

**ESTELA MARISA MACHADO RIBAS COMPARIN**

**HUMANIZAÇÃO, BIOPOLÍTICA E  
GOVERNAMENTALIDADE NA SAÚDE: TENSIONAMENTOS  
EM UNIDADES BÁSICAS DE CAMPO GRANDE, MS**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2012**

**ESTELA MARISA MACHADO RIBAS COMPARIN**

**HUMANIZAÇÃO, BIOPOLÍTICA E  
GOVERNAMENTALIDADE NA SAÚDE: TENSIONAMENTOS  
EM UNIDADES BÁSICAS DE CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Anita Guazelli Bernardes.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2012**

### Ficha Catalográfica

Comparin, Estela Marisa Machado Ribas  
C737h Humanização, biopolítica e governamentalidade na saúde:  
tensionamentos em unidades básicas de Campo Grande, MS;  
orientação, Anita Guazelli Bernardes. 2012  
137 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2012.

1. Saúde pública 2. Trabalhadores da saúde 3. Política de saúde –  
Campo Grande, MS I. Bernardes, Anita Guazelli II. Título

CDD – 614.0981722

A dissertação apresentada por ESTELA MARISA MACHADO RIBAS COMPARIN, intitulada “HUMANIZAÇÃO, BIOPOLÍTICA E GOVERNAMENTALIDADE NA SAÚDE: TENSIONAMENTOS EM UNIDADES BÁSICAS DE CAMPO GRANDE, MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Anita Guazelli Bernardes  
(orientadora/UCDB)

---

Profa. Dra. Betina Hillesheim (UNISC)

---

Profa. Dra. Andrea Scisleski (UCDB)

---

Prof. Dr. Márcio Luiz Costa (UCDB)

Aos meus pais, fontes de sabedoria, afeto,  
dedicação.

Ao meu querido esposo, pelo incentivo e apoio  
nas minhas escolhas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, fonte de luz da minha vida.

Aos meus pais, Edmundo e Tania, por terem me proporcionado a Educação, pelo incentivo ao estudo e por torná-lo familiar no meu cotidiano.

Ao meu querido esposo, Mauri, pela colaboração em participar ativamente das minhas escolhas, por ter me ajudado indiretamente a tornar real este momento, pelo amor, carinho e companheirismo.

Aos meus familiares, em especial à minha prima Aline, que me ensinou na nossa infância a passear pela Biblioteca do SESI, Passo Fundo, RS, quando descobri que viajar pelos livros era muito bom.

À minha querida amiga Luzia Alencar, Coordenadora de Tecnologia da Informação, Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, MS, que acreditou na proposta deste estudo, pela sua dedicação em ter tornado reais os encontros nas Unidades Básicas de Saúde e por incluir uma quarta Unidades de Saúde 24 Horas. A ela, o meu eterno agradecimento.

Às gerências das Unidades de Saúde, pela receptividade, e aos participantes da pesquisa, que me ensinaram com simplicidade, carinho e sabedoria as suas práticas de trabalho na Saúde Pública.

À querida professora Anita, minha gratidão pela sua paciência, dedicação, contribuições afetivas e científicas. Obrigada pela oportunidade de ter sido minha professora em dois momentos, na graduação em psicologia e como minha orientadora do mestrado.

Aos meus professores do mestrado, que apresentaram seus saberes e práticas, responsáveis pelo meu crescimento na caminhada educacional. E aos professores doutores Andrea Scisleski e Márcio Luis Costa (UCDB) e a professora convidada Betina Hillesheim (UNISC), colaboradores para o enriquecimento de minha dissertação, por participarem da minha banca.

*Eu tenho uma espécie de dever, dever de sonhar,  
de sonhar sempre, pois sendo mais do que um  
espetáculo de mim mesmo, eu tenho que ter o  
melhor espetáculo que posso.*

*E, assim, me construo a ouro e sedas, em salas  
supostas, invento palco, cenário para viver o meu  
sonho entre luzes brandas e músicas invisíveis.*

Fernando Pessoa (1888-1935)

## RESUMO

A partir de minha prática em serviços de saúde da rede pública e das vivências expressas por trabalhadores inseridos no contexto da saúde, percebi a importância de problematizar a maneira como esses profissionais são capacitados para o “saber cuidar”, considerando-se o modo de gestão proposto pelo Programa Nacional de Humanização, inserido no Sistema Único de Saúde. O objetivo geral deste estudo é fazer uma genealogia da relação entre trabalho e saúde no âmbito das políticas públicas para compreender de que modo as relações de saber e poder constituem os processos de trabalho de profissionais da saúde que atuam na rede básica em Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de Saúde 24 Horas, localizadas em Campo Grande, MS. Utilizei-me de Michael Foucault como base na literatura científica para abordar as formas de construir verdades, saberes e poderes que permeiam as relações intersubjetivas, enfatizando as relações de trabalho, sejam estas simétricas ou assimétricas; ao mesmo tempo, dialoguei com autores contemporâneos, discutindo os domínios de saber da Saúde Pública, Saúde Coletiva, Gestão em Saúde e Psicologia Social da Saúde. Os participantes da pesquisa foram os profissionais lotados nos serviços mencionados, nas áreas: administrativa, médica, enfermagem, serviço social, psicologia, odontologia, e outras. Para o desenvolvimento deste estudo, utilizo como ponto de apoio a abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos, alinhada com pressupostos do construcionismo social. O delineamento da metodologia efetivou-se pelas oficinas focais com o tema Relações de Trabalho na Saúde Pública, com uso das associações livres geradas pelos sujeitos da pesquisa. As práticas e discursos de saberes e poderes no contexto de seus cotidianos de trabalho foram transcritas e analisadas. Tais discursos, associados a tecnologias e dispositivos, conforme dito por Michael Foucault, ofereceram subsídios para compreendermos aspectos que compõem os múltiplos sentidos das relações de trabalho e sobre o “saber cuidar”, fazendo uso da tecnologia de si. Foi possível perceber na análise que as práticas por meio dos discursos são indissociáveis; mesmo quando ocorrem rupturas sobre um modo de verdade, as relações de poder estão presentes. Desse modo, ao mesmo tempo em que se desconstroem significados, também ocorrem ressignificações. A herança de modos de governar está inserida no contexto da saúde, seja pelas governamentalidades da Idade Média voltada para territórios e conseqüentemente o que está inserido neste, a exemplo da população, seja por outros modos de governo, como o de polícia, o da disciplina por meio da vigilância, os modos de construção de verdades firmados em modo jurídico como fonte reguladora, a biopolítica, o liberalismo e o neoliberalismo, desaguando nos processos da Saúde Pública e Saúde Coletiva e assim compondo um tecido humano formado por trabalhadores e usuários que vivenciam modos de saberes e poderes no contexto histórico e social.

Palavras-chave: Saúde pública e coletiva. Governamentalidade na saúde. Trabalhadores da saúde. Práticas discursivas e produção de sentidos.



## ABSTRACT

From both my practice in public health services and experiences expressed by workers in the health context, I noticed the importance of problematizing the way those professionals come to 'know how to care', considering the management system proposed by the National Humanization Program, which is part of the Unified Health System. The general objective of this study is to perform a genealogy of the relationship between work and health at the level of public policies, in order to understand how knowledge and power relationships constitute work processes of professionals that work in Basic Health Units and in a 24-hour Unit in Campo Grande/MS. I have used Michael Foucault to address the ways of constructing truths, knowledges and powers that permeate inter-subjective relationships, emphasizing either symmetric or asymmetric work relations; at the same time, I have established a dialogue with contemporary authors, discussing the knowledge domains of Public Health, Collective Health, Health Management and Social Psychology of Health. The research participants were professionals working in the services mentioned, in the following areas: management, medicine, nursing, social service, psychology, odontology, etc. In order to carry out this study, I have been supported by the theoretical-methodological approach of discursive practices and meaning production, aligned with the assumptions of social constructionism. The methodology was designed from focal workshops on the theme of Work Relationships in Public Health, by using free associations made by the research subjects. The practices and discourses of knowledges and powers in their daily work context were transcribed and analyzed. Such discourses, associated with technologies and devices, grounded on Michael Foucault, supported the understanding of aspects that constitute the multiple meanings of work relationships and 'knowing how to care', with the use of the technology of the self. It was possible to notice that practices through discourses are not dissociable; even when disruptions of a mode of truth occur, power relationships are still present. Therefore, at the same time that meanings are deconstructed, re-significations also take place. The heritage of modes of governing is inserted in the health context, either through governmentalities from the Middle Ages, insurer territories and consequently what is inserted in the simple population, or through other government modes, such as the police, the discipline through surveillance, modes of construction of truth settled in a juridical mode as a regulating source, bio-politics, liberalism and neo-liberalism, leading to processes of both Public Health and Collective Health, thus composing a human fabric formed by workers and users that experience modes of knowledges and powers in the historical and social context.

Keywords: Public and collective health. Governmentality in health. Health workers. Discursive practices and meaning production.

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 9   |
| <b>2 GOVERNAMENTALIDADE E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO</b> .....  | 15  |
| <b>3 GOVERNAMENTALIDADE E GESTÃO DE SAÚDE (SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA)</b> .....                      | 23  |
| 3.1 GOVERNAMENTALIDADE E HUMANIZAÇÃO.....   | 43  |
| 3.2 GOVERNAMENTALIDADE E BIOPOLÍTICA .....  | 58  |
| 3.3 GOVERNAMENTALIDADE.....   | 67  |
| <b>4 HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE SEGURANÇA</b> .....  | 84  |
| 4.1 TENSIONAMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA .....  | 89  |
| 4.2 O ENVOLVIMENTO HUMANO: UNIDOS POR CLASSES DE TRABALHO E SUAS RELAÇÕES SIMÉTRICAS E ASSIMÉTRICAS ..... | 108 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 122 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 129 |
| <b>APÊNDICES</b> .....  | 135 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 137 |

## **1 INTRODUÇÃO**

---

Em minhas vivências anteriores e práticas de trabalho na área de gestão em saúde, como administradora e inserida nos serviços de saúde da rede pública vivenciando as estratégias e políticas de gestão propostas como modos de governo, observei a importância de compreender como se constituem os processos de trabalho na saúde no que tange à produtividade, ao envolvimento dos trabalhadores, às suas percepções nas relações de trabalho e ao modo como é transmitido o saber cuidar aos usuários que ali estão à espera de um atendimento e acolhida. Diante da minha preocupação e interesse em compreender tais processos que envolvem o cotidiano do trabalho, decidi ampliar minha vertente como administradora e adentrar no campo da Psicologia Social.

Frente a preocupação em conhecer as demandas dos trabalhadores da saúde no que diz respeito à relação com o trabalho, observo a importância de despertar a reflexão sobre como são produzidas as relações de trabalho e as atividades realizadas no cotidiano, em busca da compreensão das formas de atendimento em saúde e discussões sobre as estratégias de atuação e gestão em saúde. A produção, as mobilizações, os fios condutores no campo social da saúde considero integrantes dos profissionais acionadores e utilizadores de seus saberes e poderes técnicos, científicos, como se relacionam entre si enquanto colegas de trabalho, hierarquias dentro de uma instituição, e quanto produtores do cuidado pela proteção, prevenção, assistência educacional, integração da comunidade que ali buscam atenção à saúde sendo também produtores de saberes e poderes.

Portanto, meu objetivo é fazer uma genealogia da relação entre trabalho e saúde no âmbito das políticas públicas para compreender de que modo as relações de saber e poder constituem os processos de trabalho de profissionais da saúde que atuam na rede básica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade de Saúde 24 Horas, localizadas em Campo Grande, MS. O percurso da análise considera os acontecimentos históricos e políticos, da utilizando autores do campo da Psicologia Social Construcionista que nos apresentam ferramentas conceituais, tais como relações de saber/poder, produção de subjetividade que se constituem a partir dessas relações. Essas ferramentas auxiliam na compreensão dos processos de trabalho na saúde e situam a análise dentro de um campo que parte da reflexão sobre as práticas sociais para então compreender os modos de produção da subjetividade. A análise das relações de saber/poder, como constitutivas dos processos de trabalho na saúde, sustenta-se nos conceitos de governamentalidade e de biopolítica para considerar a relação. Ou seja, utilizo a ferramenta de apoio da Psicologia Social Construcionista como material para compreensão de saberes que me auxiliaram a criar a metodologia das oficinas oferecidas aos

participantes, e utilizo à perspectiva foucaultiana para compreender como se estabelecem as relações de saber e poder nos serviços de saúde envolvendo as relações de trabalho e consequentemente os tensionamentos provocados pelas práticas cotidianas no interjogo de saberes e poderes. Tais ferramentas funcionarão como pontos auxiliares e condutores para discussão da proposta de uma das políticas de governo, aqui a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) – HumanizaSUS, sabe-se que não é a primeira e provavelmente não será a última como fio condutor de estratégias de ação, segurança, controle e prevenção voltadas para a população. Será nesse estudo a ênfase que gerou o meu interesse em seguir o estudo por meio do Mestrado em Psicologia e a cursar Psicologia trazendo a minha vivência profissional juntamente com a HumanizaSUS, como uma prática no contexto social da saúde.

Essas práticas sociais são perscrutadas a partir da área da Gestão em Saúde, dos planos estratégicos associados à proposta de reelaboração das formas de atenção à saúde segundo a HumanizaSUS, utilizada como ferramenta para discussão na Saúde Coletiva. Essa proposta de Gestão em Saúde ressalta a necessidade de humanização e integralidade, sendo necessário o engajamento das pessoas que compõem os serviços de saúde por meio da participação na exposição de suas ideias, anseios e objeções, com a finalidade de compreender as relações estabelecidas no seu cotidiano de trabalho, pois as práticas de gestão são constitutivas do contexto social daqueles que estão à espera dos serviços de saúde.

As ações e propostas governamentais, como as de humanização e de integralidade na saúde, propõem a participação dos trabalhadores de saúde, sem especificar funções e profissões, uma vez que as equipes de saúde se constituem por relações intersubjetivas dos coletivos, considerando todos os possíveis profissionais dispostos na rede de relações em saúde. Dessa forma, compreende-se que as práticas de gestão produzem tanto o contexto social daqueles que estão à espera dos serviços de saúde, quanto às formas de atenção voltadas para esses sujeitos, de modo a conformar as práticas de trabalho e os próprios trabalhadores.

Apoiando-me nos saberes e fazeres do que propõe a cartilha do Ministério da Saúde intitulada *HumanizaSUS: a Clínica Ampliada* (2004), tive a oportunidade de participar da capacitação com profissionais de saúde fazendo uso das estratégias de ação no intuito de trabalhar o acolhimento e práticas cotidianas na Saúde Pública. Tal capacitação resultou na expansão de participantes, em 2008, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul,

abrangendo uma rede de trabalhadores dos serviços de saúde. O objetivo dessa capacitação foi criar dispositivos de cogestão para as relações intersubjetivas, promovendo uma visibilidade maior para os profissionais da saúde sobre a dimensão afetiva, vinculadas as técnicas, no cotidiano de trabalho.

A PNH, elaborada pelo Ministério da Saúde, desenvolvendo-se a partir de 2001 recebendo o seu primeiro nome Programa Nacional de Assistência Hospitalar visando às melhorias no atendimento hospitalar, utilizando a proposta da humanização. Desse modo, a PNH toma forma no final de 2003, sendo que no decorrer deste trabalho atribuirei o termo HumanizaSUS inserido na cartilha intitulada *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde* (2006) para fazer uso das propostas de gestão, reflexão, análise, fazendo uso dos discursos dos integrantes da pesquisa.

Para este estudo, utilizei como proposta o primeiro grupo trabalhado em 2008, correspondendo aos primeiros integrantes da capacitação embasada na proposta do PNH, agora em suas unidades de trabalho. Em seus locais de trabalho, encontrei além dos participantes presentes nos primeiros encontros da capacitação, um número maior de profissionais dispostos integrarem esta pesquisa, por meio das oficinas realizadas. Desse modo houve a oportunidade de conviver com integrantes do curso de capacitação e a integração de outros que não participaram, mas que se dispuseram a integrar a pesquisa.

Como material de trabalho, utilizei para a capacitação a cartilha HumanizaSUS, que propõe a construção de Grupos de Trabalhos Humanizados, configurando-se como uma “parada” e um “movimento” que possibilitam a participação coletiva sobre o próprio trabalho e um espaço onde todos tenham o direito de dizer o que pensam, criticar e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

A HumanizaSUS propõe o uso de laboratórios, em que as tentativas de aprendizagem, realizadas por meio do diálogo, são planejadas e vivenciadas pelos grupos de trabalho, tendo em vista a importância de se criar uma visão compartilhada, aplicada aos grupos trabalhados na capacitação.

Fazendo uso de uma primeira vivência com grupos nas capacitações realizadas em 2006 e 2008, para este estudo, centralizado no grupo trabalhado em 2008, além das ferramentas conceituais foucaultianas e da cartilha HumanizaSUS, incluí as considerações de Mary Jane P. Spink, em *A Construção Social do Saber sobre a Saúde e a Doença* (2003),

sobre Psicologia Social da Saúde e Saúde Coletiva, em uma perspectiva do Construcionismo Social, que inspirou o percurso metodológico da pesquisa. Isso significou um convite para dominar as convenções que atravessam nossos campos relacionais e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas.

Para Spink e Frezza (2004, p. 32), o construcionismo “[...] é um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social [...]”. Essa conformação do percurso da pesquisa aponta para a relevância de analisar os discursos como ações na saúde, pois possibilita compreender o processo de construção dos repertórios interpretativos e sua variação nos diferentes discursos, como, por exemplo, as relações de trabalho, tomando como contraponto as discussões no âmbito da Saúde Pública, Saúde Coletiva e Psicologia da Saúde.

Nesse cenário, associado às minhas vivências anteriores como administradora inserida no campo da saúde, bem como participante do processo de capacitação e reflexões diante proposta da PNH nos serviços de Saúde Pública, e agora cursando o último semestre do curso de psicologia, percebi a oportunidade de, no mestrado, desenvolver uma pesquisa para compreender os processos de trabalho nas UBS, enfocando a vivência e as ações cotidianas diante dos enfrentamentos entre Saúde Pública e Saúde Coletiva na gestão dos serviços de saúde. Isso significa utilizar como fonte de pesquisa as discussões de saberes e fazeres do cotidiano dos trabalhadores da saúde, buscando entender os modos como se constituem os processos de trabalho presentes no contexto da saúde.

A problemática acima exposta gerou a questão inicial como fio condutor deste estudo: de que modo as relações de saber e poder constituem os processos de trabalho? Tal questão apresenta-se tendo como percurso investigativo uma genealogia dos processos de trabalho na saúde a partir dos conceitos de governamentalidade e biopolítica.

Proponho pesquisar os campos de saber, a partir de repertórios linguísticos, que constituem as relações entre profissionais da saúde que atuam na atenção básica em suas práticas cotidianas mediante uma intervenção nos processos de trabalho a partir da PNH. Esse procedimento configura a investigação como uma forma de pesquisa-intervenção, que se constituiu por um conjunto de oficinas elaboradas por uma lógica construcionista (SPINK, 2003). Para a construção dessas oficinas, focalizaram-se aspectos ressaltados pelas perspectivas da Saúde Coletiva em diálogo com a Gestão e a Psicologia Social da saúde.

Ao considerar as articulações de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Gestão e modos como isso constituem as formas de trabalhar e ser trabalhador na saúde, busco construir uma forma de observar fenômenos sociais que tenham como foco a tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade, com vistas a produzir uma ferramenta útil para transformações da ordem social. Assim, proponho o estudo para compreender modos de trabalho na saúde.

Início apresentando a discussão sobre governamentalidade e formas de produção do conhecimento a partir desse operador conceitual. O intuito é abordar a presença do construcionismo social como forma de posicionamento epistemológico, englobando os modos de produção de verdade por meio das práticas discursivas e produzindo os saberes como conhecimento e formas de verdade expressas pela perspectiva de Foucault e de demais pensadores que dialogam no decorrer desta dissertação. Na sequência, como estratégia de construção do objeto de pesquisa – formas de trabalho na saúde –, apresento as práticas de gestão de saúde envolvendo as formas de governamentalidade e a biopolítica. A partir disso, essas formas de gestão serão correlacionadas à PNH, em que são expostas algumas estratégias de gestão e de acolhimento como modos de governo no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. Essa primeira formulação do objeto e, portanto, do problema de pesquisa encaminha a investigação para o aprofundamento das ferramentas conceituais – biopolítica e governamentalidade. Partindo dessas discussões conceituais e da construção do objeto desta pesquisa, faço uso da ferramenta proposta por Spink (2003), utilizando uma adaptação da oficina de risco, como estratégia de uma pesquisa-intervenção, em que se pesquisa com, e não apenas sobre, mediante a qual os participantes constroem um campo de enunciações sobre seus cotidianos de trabalho, envolvendo o usuário, colegas de trabalho e chefias. As oficinas são analisadas mediante a ferramenta conceitual de governamentalidade biopolítica, no campo de articulação exposto anteriormente – Saúde Pública, Saúde Coletiva, gestão e Psicologia da Saúde, na correlação com a PNH –, tendo como fio condutor os modos de trabalho na rede de Saúde Pública. Este último capítulo situa a humanização como um dispositivo de segurança, na medida em que ela se constitui mediante a relação entre governamentalidade, biopolítica, Saúde Pública e Saúde Coletiva.



## **2 GOVERNAMENTALIDADE E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO**

---

O campo de compreensão das formas de governamentalidade engendra-se como possibilidade conceitual de análise no campo do Construcionismo Social para que possam ser compreendidas as práticas discursivas e a produção de sentidos com base nas relações de saber e poder. A governamentalidade é uma ferramenta conceitual que permite um exercício genealógico sobre como se produzem formas de ser e de viver, não a partir de uma filosofia do sujeito, mas a partir de uma filosofia das práticas. Desse modo, a governamentalidade permite a compreensão, no que tange a este estudo, dos processos de trabalho mediante reflexão sobre mecanismos de governo de si e do outro que constituem certas ontologias. A governamentalidade conforma-se como apoio para este estudo, uma vez que, para compreender os modos como se estabelecem as relações de saber e poder, é necessário caminhar pelas diferentes formações históricas forjadas por relações entre governantes e governados, por tecnologias de governo que vão conduzir/produzir sujeitos e coletivos. Diante disso, o Construcionismo Social abre um campo de reflexão para as tecnologias de governo constituídas por novos dispositivos, produzidos em campos de experiência em um contexto histórico e social situado.

Segundo Rose (1999), são questões importantes para investigação, nessa linha de reflexão, o poder com as autoridades e aqueles que não o são e não exercem o papel de governo. Importante também, para o autor citado acima, é a atenção para a natureza de problemas, ações, maneiras, técnicas e objetivos que cada forma de governo estabelece como controle, direção, planejamento dos outros ou produção de territórios para outros sujeitos, organizações, entidades ou eventos – e é dessa forma que também se pode pensar nos serviços de saúde.

A nova sociologia de governo é resultante da interação ao alcance dos indivíduos na sua singularidade. Rose (1999, p. 17, tradução nossa) diz que

[...] parece que o poder político com o termo governamentalidade tem pouco em comum com o uso normativo da ‘noção de governança’ e que por isso requer uma investigação do exercício do poder político além do Estado, indo além das regras e legitimações.

Nas práticas sociais e produção de saberes, Muchail (2004) trata de uma nova interpretação do que foi dito por Foucault (2003) sobre a compreensão das palavras verdade e poder. Muchail (2004) expressa a hipotética existência de dois âmbitos de saberes. Um se situaria na ocupação com a verdade, ou seja, com o que de fato é a verdade, enquanto que o

outro âmbito seria uma compreensão do mecanismo social – uma análise que permitisse reconhecer o lugar do poder e suas formatações, presentes no cotidiano, atuando nas relações sociais.

Muchail (2004) parte do entendimento dos saberes em relação às práticas sociais, ou seja, os saberes/verdades são compreendidos quando atualizados pelas práticas nas relações de poder. A autora considera o entendimento dos saberes em relação às práticas sociais, ou seja, os saberes/verdades são compreendidos quando atualizados pelas práticas nas relações de poder. Tal análise reforça a necessidade de identificar e compreender como as variáveis do poder interferem nas relações intersubjetivas, ou seja, por serem móveis, habitam uma experiência tanto de interioridade do indivíduo, quanto de exterioridade em termos de redes sociais e, conseqüentemente, entre os modos de relação que se estabelecem entre si.

Na apropriação da verdade, do saber, é que podemos pensar na subjetividade e nas problematizações das modalidades de condutas do indivíduo para a compreensão das formas como nos posicionamos, como somos posicionados em uma rede discursiva constituída por diferentes estratégias de governo de si e do outro, objetivando formas de liberdade, mas também de controle.

Na perspectiva de compreender a verdade e os sentidos que produzem as nossas ações, o Construcionismo serve como campo de análise para a Psicologia Social, pois, nas palavras de Spink e Frezza (2004, p. 23), “A expressão construção social é utilizada para falar da ação bem como uma proposta de abordagem teórica [...]”. Para melhor compreensão, as autoras mostram como se constroem os discursos, os repertórios linguísticos, os posicionamentos por meio do Construcionismo Social, sendo ponto também de reflexão quando atrelados às questões discutidas sobre a governamentalidade.

Este trabalho apoia-se em uma posição construcionista de Spink e Frezza (2004), que orienta a reflexão e as formas de investigação para falar da ação na construção social e na abordagem teórica e constituinte de três movimentos interdependentes que se deslocam para a compreensão desta ferramenta de apoio para a apropriação do saber: a Filosofia como a reação ao representacionismo; a Sociologia do Conhecimento como uma desconstrução da retórica da verdade; e a Política, nomeada como *empowerment* de grupos marginalizados.

O Construcionismo, sob o olhar da sociologia do conhecimento, inicia-se com o estudo de questões epistemológicas, “[...] como campo empírico, a história das idéias ou das

ciências [...]” (SPINK; FREZZA, 2004, p. 24). Estabelece-se uma articulação do campo das ideias com o campo empírico, deixando de ser o primeiro apenas uma representação da realidade, para passar a ser compreendido como aquilo que permite o acesso e a produção do próprio campo empírico. Nesse sentido, segundo Spink e Frezza (2004, p. 24), a noção de construção social apoia-se no “[...] pressuposto de que a realidade é socialmente construída, devendo a sociologia do conhecimento analisar teoricamente a tipificação, a institucionalização e a socialização [...]”, partindo da proposta de compreensão de que significados subjetivos são produzidos coletivamente de acordo com estratégias sociais de objetivação de verdades.

Fazendo uso da conceituação da construção social, pode-se pensar nas técnicas da governamentalidade e em como se elaboram rotinas por meio da disciplina, intrinsecamente ligada ao poder e saber, uma vez que se busca construir compreensões a respeito do indivíduo/população.

Na linha de reflexão do Construcionismo, a investigação socioconstrucionista tem a preocupação, especialmente, com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si próprios) em que vivem (GERGEN, 1985). Spink e Frezza (2004, p. 24) afirmam a importância da investigação das bases históricas e culturais para compreender com se constituem os modos como estão localizados os posicionamentos ao dizerem que o conhecimento é construído junto com as pessoas e um esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas em nossa cultura; por consequência desse processo, posicionamo-nos pelo conhecimento.

A desconstrução possibilita uma desfamiliarização com construções conceituais que se transformam em evidências e que se colocam em grandes obstáculos para novas construções. Spink e Frezza (2004, p. 27) concluem que “[...] decorre daí a espiral dos processos de conhecimento, um movimento que permite a convivência de novos e antigos conteúdos (conceitos, teorias) e a resignificação contínua e inacabada de teorias que já caíram em desuso.” Esse processo dá-se mediante uma luta política, ou seja, jogos de poder que atualizam a produção de verdades. Essa produção de verdades, essas lutas políticas conformam-se por meio de procedimentos de governamentalidade.

Para o Construcionismo, o sujeito e o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Spink e Frezza (2004, p. 29) concluem que

não existe verdade absoluta, compreendendo que o processo da “[...] desfamiliarização da objetividade implícita na retórica da verdade baseia-se na crítica da concepção de verdade como conhecimento absoluto [...]”.

Apresentar a compreensão do construcionismo torna-se importante para que possam ser compreendidas as práticas discursivas e a produção de sentidos com base nas relações de saber e poder. Desse modo, situar sujeitos e objetos como construções sociais, encontrando nas formas de governamentalidade os procedimentos que os tornam possíveis, implica percorrer um campo de práticas discursivas que constituem os modos como os indivíduos vivem e como se relacionam consigo mesmos e com o mundo mediante um conjunto de verdades, de sentidos. As práticas discursivas são tomadas como categorias de análise para a compreensão das formas de governamentalidade.

O discurso, linguagem social ou *speech genre* são conceitos que focalizam o habitual gerado por processos de institucionalização. Ou seja, o conceito de práticas discursivas remete, por sua vez, aos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos de uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 45).

Podemos definir, assim, práticas discursivas como linguagem em ação que, por meio de vozes, possibilitam a compreensão dos sentidos que se constituem no confronto de inúmeras vozes e jogos políticos presentes no cotidiano da sociedade.

Spink e Medrado (2004) propõem pensar no tempo histórico nomeando tempo longo, tempo vivido e tempo curto. O tempo longo é nomeado pelos conteúdos culturais correspondentes a uma determinada época, e o tempo vivido é definido como processo de ressignificação desses conteúdos históricos a partir dos processos de socialização primária e secundária, correspondentes às experiências da pessoa no curso da sua história pessoal. É nesse nível que ocorre a aprendizagem das linguagens sociais, incluindo os afetos. O tempo curto refere-se ao acontecimento, à interanimação dialógica, o que proporciona entender a dinâmica da produção de sentidos, a construção do discurso.

Quando nos distanciamos no tempo curto, adentramos no espaço da abstração, ou seja, tipos de papéis, regras, linguagens sociais que povoam nosso universo. Portanto, tornam-se importantes as interfaces entre tempo longo, vivido e curto para processar a produção de sentidos.

A ressignificação do indivíduo como sujeito, na perspectiva construcionista, torna-se papel de grande influência, pois a pessoa está envolvida nas relações sociais, na intersubjetividade. Tal interação dialógica proporciona o processo do “posicionamento” identitário e nos repertórios sugeridos por Spink e Medrado (2004).

Davies e Harrés (1990) definem a noção de posicionamento como importante instrumento de compreensão dos processos de produção social, na medida em que organizam e localizam os sujeitos na sociedade por meio de ações que constituem níveis de realidade social, psicológica e linguística, mediante práticas discursivas. Define-se, então, como se posicionam, que papel exercem diante de uma visão contrária ou constante em suas relações interpessoais. O posicionamento é o processo discursivo por meio do qual os *selves* são posicionados nas conversações como participantes observáveis e subjetivamente coerentes em linhas de história conjuntamente produzidas.

Diante disso, proponho compreender o modo como as pessoas se relacionam, se identificam, realizam suas atividades em uma instituição de Saúde Pública, interpeladas por discursos que as posicionam frente às normatizações da instituição, às suas diferentes profissões como cuidadores, que tornam um grupo homogêneo pelo objetivo do cuidar e individual por suas ações específicas e percepções sobre as relações de trabalho.

Na visão construcionista, a produção de sentidos se processa no contexto da ação social. Alia-se à tradição hermenêutica de processo criativo mediado pelas expectativas e pressupostos que a pessoa traz para a situação, à tradição interacionista de valorização da presença – real ou imaginada – do outro e à onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas. (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 59).

Nesse caso, a ação social constitui a produção de verdades no contexto do trabalho nas UBS propostas para este estudo frente à realidade das relações interpessoais.

Para Íñiguez (2002, p. 130), “O conhecimento sempre é o resultado de uma construção coletiva e, para o construcionismo social, todas as formas de interação social são importantes, mas fundamentalmente a linguagem, enquanto forma de interacionismo [...]”. Analisar o conhecimento como construção coletiva permite que este estudo localize a produção de verdades no espaço dos jogos políticos, ou seja, das formas de governamentalidade. É com base nesse campo de produção de verdades e formas de governamentalidade que o trabalho na saúde se torna analisável neste estudo.

Foucault (2003) evoca as questões sobre como se constitui o sujeito e seu conhecimento como formas de dominação e poder, estabelecendo três eixos para que se possa compreender uma pesquisa em que se faz uso de tal metodologia. No primeiro eixo, o autor sugere o uso da história como ferramenta auxiliar para a análise discursiva, associado às práticas sociais, as quais são importantes para que se possam entrelaçar e confrontar as formas de verdades. Desse modo, utilizo as formas de verdades trazidas pelos participantes da pesquisa em suas práticas sociais, o que resulta no segundo eixo, que é a análise dos discursos responsáveis pela estruturação sintática do construcionismo, embora sejam perspectivas e formas de se construir e constituir formas de saber, de verdade e de domínios de poder. O discurso, segundo Foucault (2003), proporciona uma interlocução de enunciados, que podem ser polêmicos enquanto formas de verdade, saber e poder, bem como estratégicos.

Assim, resulta o terceiro eixo de pesquisa, que nada mais é que a compreensão de como se formam o conhecimento, as rotinas de trabalho, as normas, os modos de pensar, como se constituem as interações entre colegas de trabalho, as relações dos profissionais de saúde com os usuários, como se estabelecem as relações simétricas e assimétricas na Saúde Pública envolvendo indivíduo/coletivo. A partir da estruturação de tais eixos propostos, deseja-se compreender como se procede à estruturação dos saberes e práticas sociais. No terceiro eixo, propõe-se a reelaboração dos processos de desconstrução e construção das teorias dos sujeitos, mediante a análise das práticas sociais.

Tais processos se estabelecem em construções como formas de conhecimento. Para Foucault (2003, p. 16), o conhecimento é como “[...] um clarão, como uma luz que se irradia mas que é produzido por mecanismos ou realidades que são de natureza totalmente diversa [...]”. Ele conclui que o conhecimento é uma invenção, uma forma de verdade que podem ser confrontadas entre si, deploradas, hostilizadas ou amadas; quando apaziguadas, podem ser afastadas de si ou, por fim, compreendidas. São sentimentos instintivos do ser humano que podem se solidificar, bem como criar rupturas em suas raízes, ou seja, nessa relação de intersubjetividades, se estabelecem as relações de saber e poder que constituem formas de conhecimento.

Nesse sentido, as formas de governamentalidade são estratégias de produção de verdades e de subjetividades, ou seja, são construções sociais que organizam a vida cotidiana e naturalizam os processos e fenômenos sociais. Íñiguez (2002, p. 128) afirma que “[...] questionar as verdades geralmente aceitas não é apenas a maneira que nos ensinaram a olhar o

mundo, mas também a forma como nos ensinaram a olhar para nós mesmos [...]”. Sendo assim, ao tecer-se uma articulação do Construcionismo com as ideias de Foucault (2009a), o olhar volta-se para a compreensão não apenas do que é dito, mas do que está presente no silêncio, nos bastidores de ações e condutas – a subjetividade presente em forma de verdade.



**3 GOVERNAMENTALIDADE E GESTÃO DE SAÚDE (SAÚDE  
PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA)**

---

Para refletir sobre os processos de gestão na saúde a partir das considerações anteriores, é importante situar o problema em um campo conceitual que permite colocá-lo em análise, ou seja, retirá-lo de uma condição de evidência histórica para pensá-lo como uma problemática histórico-política. Como problemática histórico-política, as formas de gestão em saúde são analisadas mediante as formas de governamentalidade forjadas tanto pelo campo da Saúde Pública quanto pelo campo da Saúde Coletiva. Isso requer uma aproximação inicial com o conceito de governamentalidade para compreender as formas de gestão dentro de um campo construcionista, isto é, parte-se de um conjunto de práticas sociais para se compreenderem os modos de trabalho na saúde.

Quando se trata de governamentalidade, Foucault (2011, p. 15), a partir de 1980, introduz uma nova problematização nos seus estudos sobre as relações de poder, através da qual renovou seu método de análise: trata-se da “[...] anarqueologia dos saberes, que consiste no deslocamento analítico do eixo Poder-Saber para o eixo do governo dos homens pela Verdade sob forma de subjetividade [...]”.

A verdade pressupõe relações de poder que a atualizam, segundo Foucault (2011); ainda, nenhum poder fica sem a apropriação de um saber, ou seja, de um lado, a sociedade e, do outro, o Estado, a ciência. Desse modo, pensa-se sobre o estudo proposto como uma análise para a compreensão das formas de verdades vinculadas às jurisdições em formato de leis, condutas, estatutos na Saúde Pública, em que se encontram indivíduos que formam um corpo social biopolítico e ao mesmo tempo indivíduos/empresa como força de trabalho, fonte de riqueza, de produção, promoção e proteção como cuidadores da saúde. A partir de práticas cotidianas, estabelecem-se formas de verdades e condutas permeando a ética, a estética como estrutura voltada para o cuidado, a proteção dos indivíduos/coletivos. Eles são produzidos por relações de saberes e poderes enquanto colegas de trabalho, enquanto categorias e profissões que exercem um saber científico na saúde e ao mesmo tempo um saber que é oriundo das informações da população por meio da denúncia, da insatisfação, da omissão, bem como por pontos positivos da gratificação pelo cuidado, da devolutiva de um serviço prestado que é sentido, vivenciado dentro de uma cultura que constrói seus significados.

A compreensão das formas de gestão em saúde ampara-se nos estudos que Foucault (2007a) faz sobre o nascimento da medicina como estratégia de governo, ou seja, como estratégia de governamentalidade, de governo dos homens pela verdade. O autor discute a

existência de três sistemas médicos diante dos desafios da medicina social ao falar das intervenções das técnicas de poder constituídas no século XVIII.

Primeiramente, Foucault (2007a) define que a medicina moderna é uma medicina social, pois está voltada para os corpos inseridos em suas práticas. Nos séculos XVIII e XIX, corpos envolvidos em práticas sociais eram entendidos como força de trabalho, de produção. Segundo Foucault (2007a, p. 80), “O corpo é uma realidade biopolítica, e a medicina é uma estratégia biopolítica [...]”. O autor diz que a medicina é uma estratégia que visa ao controle social e cita as três etapas da formação da medicina social, enumeradas a seguir.

A primeira é nomeada como medicina de Estado, principalmente na Alemanha. Tinha como foco a “[...] melhoria do nível de saúde da população [...]” (FOUCAULT, 2007a, p. 83), com intervenções quando necessárias. Tal país destacou-se por essa característica, pois a França e Inglaterra não tinham intervenções e estavam mais voltadas para estatísticas de natalidade, mortalidade e crescimento da população.

As intervenções nesse período na Alemanha observavam quadros de morbidades, um sistema completo de controle de natalidade e mortalidade. Esse foi o primeiro país a normatizar o ensino médico, ou seja, tendo uma preocupação com a formação, a “[...] medicina e o médico são o primeiro objeto de normalização [...]”, enquanto que nesse período a França normalizou a indústria militar (FOUCAULT, 2007a, p. 83). Outra medida de intervenção na Alemanha foi definir a importância do serviço médico especializado, o que foi importante para centralizar informações e detalhar a população.

O segundo tipo de estrutura foi nomeada como medicina social na França e caracterizada com base na urbanização. Compreende-se que a intenção dessa urbanização está em encontrar a homogeneidade, a coerência de um poder centralizador devido às diversas formas de jurisdição e verdade e ainda a questões políticas envolvendo as primeiras divergências entre burguesia e proletariado.

Nesse período, inicia-se uma medicina de exclusão, de separação entre rico e pobre, de exclusão dos doentes que estavam com peste ou lepra, os quais eram afastados das cidades como forma de medicalização da conduta. Para não acumular pessoas que pudessem propagar doenças vistas como um perigo para a população, as ações eram focadas em controlar a circulação do ar e da água. A medicalização não era privada e individualista, mas tinha uma

preocupação com o coletivo, o social e o urbano (FOUCAULT, 2007a). Grande parte dessa medicina urbana do século XVIII será responsável pela medicina científica do século XIX.

A terceira estratégia de medicina social foi a inglesa. Foucault (2007a) apresenta uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, criada como a “Lei dos Pobres”, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais, como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Pessoas com maior poder aquisitivo tratavam-se como uma forma de não ter os males “trazidos pelos pobres”.

Foi um período em que iniciaram as rivalidades entre ricos e pobres, como ocorreu na França, porém, na medicina inglesa, o pobre foi visto como o último a ser tratado. Ele passou a ser visto, no século XIX, como responsável por revoltas, passando a ter força social, sendo responsável por reivindicações.

A separação entre ricos e pobres foi realizada, pois se acreditava que eram os pobres os responsáveis pelas epidemias. Isso tornaria importante o cuidado da saúde, com prevenção e aumento na força produtiva de trabalho, mas também com uma garantia de que os pobres não seriam responsáveis por transmitir doenças aos ricos. Essa forma de separação, como uma regulação, um controle por meio do conhecimento científico, da higiene e da classificação, remete-nos à proposta panóptica, que, segundo Foucault (2008), se concretizou por meio da vigilância entre as próprias pessoas da sociedade e do olhar classificatório médico, determinando quem ficava na cidade e quem deveria retirar-se. Passa-se a fazer uso de uma tecnologia de disciplina na governamentalidade, de um regime de verificação científica determinante como modo de conduzir o coletivo governado. Tal dispositivo de segurança aparece como um regulador, como classificatório, garantindo o cuidado de uma população dita saudável e protegendo-a contra ameaças à geração de trabalho, riquezas, crescimento econômico. Há uma noção do perigo que pode prejudicar a Nação quando uma população, por exemplo, adoece, gerando uma queda na produtividade, afastamentos do trabalho, desemprego, pobreza. Esses são alguns exemplos do uso do dispositivo de segurança como cuidadores e protetores dos corpos que constituem o social.

Outro dispositivo presente aqui é o governo de polícia, pois é também uma forma de segurança para a Nação e ao que está inserida nela, voltada para uma administração do território e neste sentido ilimitada seguradora de males e pestes que prejudicam a saúde da

população, não destinada a prevenção, mas ao combate, à proteção, às possíveis interferências que prejudiquem o fortalecimento da Nação.

Na reflexão de Foucault (2007a), esse sistema passa a ser comparado como sendo a maneira de intervir nos serviços, a disciplina das rotinas de atendimento aos necessitados como era realizado nos exércitos do século XVII e nas escolas, fazendo-se assim a reorganização hospitalar. Desse modo, aliamos as formas de governamentalidade da medicina social, que apresenta o início da hospitalização na Europa, ao sistema administrativo na constituição dos serviços de Saúde Pública no Brasil. Campos (1991, p. 114) indica que esse tipo de gestão nos serviços públicos no contexto histórico do Brasil herda características organizacionais semelhantes às dos exércitos:

Planejando-se a intervenção na realidade através de dois tipos de ação: a de Campanha – quando o objetivo é o aniquilamento do inimigo – e a de Vigilância – quando se impede o ressurgimento e rearticulação do adversário. Este sistema tendeu para o enrijecimento, criando estruturas autoritárias, profundamente hierarquizadas e emperradas, inclusive com pequena mobilidade mesmo para desencadear campanhas.

A história da saúde no Brasil constitui-se por essas heranças europeias na articulação com as problemáticas que emergem como necessidades a serem respondidas para a formação do Brasil como um Estado-nação. Pensando na correlação com o nosso objeto de estudo – os processos de trabalho na saúde –, torna-se importante considerar os modos de objetivação da saúde e as práticas que a constituem como modo de construção das formas de trabalhar na saúde. Isso significa percorrer as práticas que foram forjadas no Brasil voltadas para a saúde e as modificações que as políticas públicas sofrem mediante a articulação de novos modos de objetivação da saúde. Esses modos de objetivação dizem respeito aos procedimentos de gestão da saúde a partir de uma racionalidade biopolítica, ou seja, de formas de governamentalidade dos fenômenos da vida da população no Brasil.

Segundo Scilar (2007), falar sobre o tempo vivido é refletir sobre as distintas práticas que caracterizaram a Saúde Pública no Brasil: as epidemias na época do Brasil Colônia, as dificuldades de leitos hospitalares, a luta contra a pobreza, o desconhecimento e as condições adversas para a prática médica. Esse tempo vivido apresenta um conjunto de práticas discursivas que, assim como respondem a essas urgências históricas, também constituem os modos como a saúde passa a ser objetivada por formas de governamentalidade.

As políticas públicas de saúde no Brasil organizam-se, a partir da constituição do País como um Estado-nação, por três eixos principais: Sanitarismo Campanhista, Sanitarismo Desenvolvimentista e reforma sanitária. Essa composição das políticas públicas de saúde dá-se mediante sua articulação com a Previdência Social (CUNHA; CUNHA, 2001). Tal articulação se estabelece como governamentalidade quando da necessidade de resposta do Estado às urgências da população. As urgências da população diziam respeito tanto às citadas no parágrafo anterior, caracterizando-se como problemáticas sociais, quanto às trabalhistas, que começam a aparecer nas primeiras décadas do século XX em razão de uma transformação de regime escravocrata em trabalho assalariado. A questão social – pauperismo, epidemias, mortalidade, desemprego – juntamente com a questão trabalhista ligada à seguridade são tomadas de distintos modos: um deles seria como atender à população no que tange às necessidades sanitárias e o outro como atender o trabalhador no que tange às necessidades de direitos. Isso acaba por aproximar a medicina e o Estado, como uma estratégia política. Entretanto, a medicina no Brasil, com heranças europeias, caracteriza-se por duas linhas: uma nomeada de medicina clássica, voltada para os processos de enfermidade e cura; outra de medicina social, voltada para os processos de higiene social e controle epidêmico. Com isso, a Saúde Pública, enquanto foco das formas de governamentalidade, em um primeiro momento, não será constituída pelo objetivo de cura, e sim de controle e vigilância, enquanto que a saúde do indivíduo será foco não de uma política pública, e sim da medicina clássica de caráter privado.

Segundo Merhy e Queiroz (1993), quando se trata do desenvolvimento da Saúde Pública, iniciada por Emílio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, é importante ressaltar que, ao compor a teoria bacteriológica, considerada mais adequada no campo da saúde na época, proporciona-se tal objetivação da saúde compreendida como os processos de enfermidade vistos como um processo coletivo, assim como a proposta do nascimento de uma biopolítica na Europa do século XVIII. Foucault (2008) faz uma analogia com as formas de regulação, das relações estabelecidas entre governantes e governados, como forma de um cuidado que, ao mesmo tempo em que permite aos governados expressarem suas formas de verdade, também os submete às leis, oriundas de verdades construídas pelo corpo social e biopolítico. As tecnologias de gestão passam a ser compreendidas como estratégias que podem gerar fontes de desenvolvimento cultural, de conhecimento, de trabalho, da competência, da boa formação oriunda de um sistema educacional e, conseqüentemente, responsável pelo desenvolvimento local e por suas peculiaridades, produzidas por

procedimentos de governamentalidade, seja a necessidade da instrução da higiene e saneamento, sejam técnicas de cuidado como proteção e erradicação de doenças e pestes. As estratégias de prevenção de endemias são estratégias de cuidado e proteção herdadas das práticas liberais, neoliberais e biopolíticas originárias do sistema americano e europeu.

No início do século XX, a partir da teoria bacteriológica, novas ideias contribuíram para a formação de um movimento em Saúde Pública, nomeado de Sanitarismo Campanhista. O Sanitarismo Campanhista nasceu com a Reforma de Carlos Chagas, em 1920-1923. Havia uma visão de combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de “intervenção sobre os corpos individual e social” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 286). Já a assistência médica ao trabalhador baseava-se em uma lógica privatista, na medida em que o acesso à ela se dava mediante a participação do trabalhador nas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs); a Saúde Pública focalizava o controle das epidemias.

Nessas primeiras décadas do século XX, a saúde não figurava na agenda das políticas de governo, tratando-se de uma medida de contenção epidemiológica e minimização dos efeitos no que tangia aos prejuízos à mão de obra. A racionalidade que organizava as ações de saúde baseava-se em um discurso biomédico, que, entre outras coisas, conformou a teoria bacteriológica. Isso significa focalizar a doença mais do que a arte de curar. O funcionamento da doença engendrava-se em um corpo constituído como máquina, sendo uma disfuncionalidade, alteração, deformação da própria máquina. Isso implicava tanto as modalidades de intervenção da assistência médica via CAPs, quanto as intervenções em Saúde Pública, ou seja, a busca pela monocausalidade, formas de contágio e individualização dos processos de morbidade.

Tais intervenções, como um combate, uma invasão dos corpos, remetem-nos às formas de governos expostas por Foucault (2006) como ferramentas de saber e poder por meio da individuação dos corpos que ocorre na disciplina, uma forma de governo de polícia que assegura a sociedade pelo controle da Saúde Pública. Esse controle dos corpos, além de exercício da função médica, também se dava por procedimentos de administração de postos de saúde, hospitais e da vida cotidiana.

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, pois até então as pessoas eram atendidas basicamente de duas formas. As que tinham recursos utilizavam a clínica particular; se eram pobres, dependiam da caridade das Santas Casas e de raros postos

de saúde. Frente a esse contexto é que se iniciam os debates sobre o processo saúde-doença e o envolvimento do governo para proporcionar atendimento médico- assistencial. Entretanto, Merhy e Queiroz (1993) afirmam que nesse período a Medicina e a Saúde Pública eram vistas como campos distintos. O primeiro curava através da clínica em uma lógica privatista atrelada a recursos pessoais ou das CAPs, que apenas eram fiscalizadas pelo Estado; o segundo era para prevenir doenças de massa, por meio da higiene e controle sanitário por parte do Estado, contando com recursos reduzidos. Isso significa que a construção das políticas públicas de saúde no Brasil partiu de uma cisão na racionalidade que a organizava: de um lado, uma medicina curativa/privatista e, de outro, uma medicina social higienista.

Associando-se as emergências históricas apresentadas por Foucault (2008), é possível pensar um tipo de organização biopolítica como forma de governamentalidade, mas também os dispositivos da disciplina na tentativa de normatização, individualização e controle da população por meio da vigilância. Nesse período de 1920 a 1930, embora tenha havido o nascimento da Previdência Social no Brasil e do Ministério do Trabalho, inicia-se uma preocupação com a urbanização, mas beneficiando aqueles que possuíam vínculos empregatícios, marcados pela empresa privada; a saúde era apenas vista como um seguro, e não como serviços de saúde, como virá a ser remodelada de 1930 a 1945, com o Governo de Getúlio Vargas. O governo de Getúlio Vargas fará um recorte entre atribuições do serviço de saúde e funções específicas, afetando diretamente a diminuição de despesas com o cuidado médico-hospitalar da Previdência Social (inicialmente pelas CAPs e posteriormente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs), desse modo, novamente se reorganizando com a criação de institutos como o IAPs, organizados para atender categorias profissionais, e não mais pelo vínculo empregatício com empresas privadas.

As políticas públicas desse período organizam-se como forma de resposta às profundas crises trabalhistas engendradas pela busca de apoio e suportes sociais ao trabalhador. Dessa forma, a Previdência Social passa a ser definida como seguro/suporte, privilegiando benefícios, tais como acesso a bens materiais, com redução na prestação de serviços de saúde (serviços de saúde entendidos como concessão provisória e secundária). Quem se utilizava desses serviços eram pessoas que possuíam empregos previstos de acordo com as normas do Ministério de Trabalho, criado nesse período juntamente com a Consolidação das Leis de Trabalho, favorecendo apenas aqueles que contribuíam com a previdência nesse momento com categorias ampliadas. Esse período caracteriza-se pelo auge do Sanitarismo Campanhista, na medida em que começa a ocorrer uma interiorização das



ações em território nacional, expandindo as estratégias de controle e vigilância das epidemias de massa (CUNHA; CUNHA, 2001).

Compreendendo-se que as políticas de saúde são estratégias das formas de governo da população, mediante o que Foucault (2011) chama de governo pela verdade, os serviços de saúde produzem novos sentidos e práticas de intervenção no cotidiano como forma de governo. Trata-se de uma forma de governamentalidade marcada por distintos modos de gestão da vida da população, com características individualistas, mesmo havendo as intervenções de combate às patologias como a malária, leishmaniose, peste, febre amarela, entre outras presentes no país. O trabalho da medicina no Brasil, entre os anos de 1930 e 1945, pode assemelhar-se ao do médico sanitário exercendo uma construção de suas atuações e contribuições sociais no que tange a uma racionalidade da medicina social, ou seja, uma função mais próxima de uma figura de polícia médica do que curativa. Isso conforma um processo histórico da figura da medicina no Brasil assumindo funções administrativas semelhantes às do século XIX na Prússia. Nas palavras de Foucault (2007a, p. 84), “[...] aparece, neste momento, o médico como administrador da saúde [...]”. As ações em Saúde Pública nesse período constituem-se por estratégias de um poder centralizador, normatizador, com políticas de controle e combate semelhantes às do exército, com a medicina assumindo um lugar privilegiado nesse dispositivo.

As estratégias de ação em Saúde Pública sem ênfase na preocupação com a miséria e as péssimas condições de higiene assemelham-se ao período em que a Medicina Social na França, no século XIX, aplica uma medicina de exclusão do indivíduo, compreendida como internação. Por meio do isolamento, os indivíduos poderiam ser tratados sem oferecer risco à população. Era uma medicina que se utilizava da disciplina proposta pela utopia do Panóptico de vigiar e classificar – uma disciplina semelhante à dos exércitos. Além do modo de cuidado pela vigilância, herda termos utilizados pelos exércitos, como “estratégia” e “combate”, aqui também presentes na Saúde Pública quando utilizados em campanhas para atender determinadas epidemias que atingiam a população, como o exemplo citado por Scilar (2007) na apropriação da palavra “combate” para divulgação de campanhas – em suas palavras, “combate à varíola”, entre outras epidemias vivenciadas no Brasil.

Tal método de vigilância, utilizado para uma higiene pública tida como medicina urbana, a qual era responsável pela análise de regiões que poderiam oferecer risco à sociedade, preocupa-se com o modo como ocorre a rede de circulação de ar, o modo de

classificar os sujeitos que podem oferecer perigo à população e com métodos de saneamento. Dessa maneira, a medicina, por meio de sua socialização, cria práticas discursivas, formando métodos de trabalho no que diz respeito ao atendimento da demanda do social e tornando-se um saber estruturado e científico. Aqui surgem pesquisadores preocupados com a circulação de ar, que envolve as ciências médicas e químicas, promovendo uma medicina coletiva, social, urbana (FOUCAULT, 2007a).

A importância da compreensão das formas de emergência da Saúde Pública e de sua distinção da assistência médica apresenta-se, no que tange à problematização dos processos de trabalho na saúde, em razão do modo como o trabalho na saúde e, mais especificamente, na Saúde Pública se conforma na Contemporaneidade. Essas marcas, Foucault (2007a) nomeia de troncos de uma raça, ou seja, linhas que constituem um objeto, mas, à medida que este se naturaliza, elas desaparecem, tornando-se não mais uma construção histórica, e sim uma evidência. As formas de gestão dos processos de trabalho na saúde constituem-se como procedimentos estratégicos de governamentalidade, e esses procedimentos constroem uma história do presente a partir de respostas a urgências históricas e práticas sociais que as conformam: uma racionalidade forjada por um modelo biomédico articulado às formas de governo da população em que, de um lado, se combatem epidemias de massa e, de outro, há uma assistência à saúde privada.

À medida em que os espaços brasileiros se tornam cada vez mais urbanizados e industrializados, recebem ênfases no progresso nacional a partir da correlação entre economia e desenvolvimento, as políticas sociais terão dois marcos importantes, sendo o primeiro a Comissão de Planejamento e Controle das Atividades Médico-Sanitárias e o segundo a ênfase na descentralização e municipalização de saúde, realizada por meio da III Conferência Nacional de Saúde. O período de 45 a 66 foi considerado um novo movimento pela democratização e um processo nomeado como Desenvolvimentista, aliado ao crescimento acelerado nos processos de urbanização e industrialização, conforme Cunha e Cunha (2001), com o médico aparecendo como um coadjuvante na administração em serviços de saúde. Essa estratégia começa a focalizar a saúde como um corolário do desenvolvimento econômico, ou seja, a saúde deixa de figurar apenas como uma forma de controle da população e passa a ser considerada como aquilo que, em decorrência do crescimento econômico, apresentará melhores indicadores, o que gradativamente aproxima a saúde e a economia do País. Essas configurações passam a organizar as estratégias de saúde mediante um Sanitarismo Desenvolvimentista.

Porém, somente a partir dos anos 1960 é que se iniciou uma forte tendência à extensão dos benefícios à população rural, enfrentando-se dois momentos, sendo um deles a ruptura da democracia, marcado por um período de autoritarismo sem ter a possibilidade da partilha, da representação por parte dos trabalhadores. Esse período tem como marco um aumento nos gastos com assistência médica (1964). O segundo momento tem a criação da Lei Orgânica da Previdência Social, ampliando os benefícios e assistência médica, além de uniformizá-los. Essa década é marcada pela criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). As tentativas de normatização, segundo Foucault (2003), são estratégias de saber e poder para institucionalizarem-se normas e estruturá-las por meio de dispositivos como o trabalho. Nesse sentido, nesse discurso sobre a história social, há o impulso para refletir sobre as ações em saúde no contexto atual. Meihy e Bertolli Filho (1990, p. 161) afirmam que:

A história da Saúde Pública se coloca como uma variação ou ramo da história social, espaço útil para se refletir sobre a continuidade e/ou ruptura das relações entre o poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e as implicações íntimas, constantes na prática da ética política. Trata-se de uma história da circulação da vontade governante manifestada nos cuidados médicos e nas aceitações populares.

Segundo Campos (1991), a Saúde Pública passou a destacar-se entre os anos 1930 e 1970, na discussão da breve história do “acaso” da Saúde Pública, frente às políticas de saneamento, movimentos sanitaristas e modificação de morbimortalidade da população brasileira, em que são controladas as principais epidemias de distribuição predominantemente urbana (varíola, febre amarela, febre tifóide), permanecendo, contudo, graves problemas coletivos de saúde e alto índice de mortalidade infantil, entre outros problemas rurais, como a esquistossomose. Isso demonstra, pela perspectiva de Foucault (2000), como uma metodologia voltada para a disciplina atua como forma de governar e conduzir as epidemias, pensando-se na população como um todo sem estratégias de prevenção e promoção de saúde. Além disso, era uma época constituída por uma forma de medicina orgânica/biomédica semelhante à do século XIX, definida por Foucault (2000, p. 19) “[...] pela individualidade do sujeito doente; ela permite isolar na sua originalidade mórbida e determinar o caráter próprio de suas reações patológicas [...]”. Ainda, a incapacidade de abstrair diante das doenças uma preocupação social é herança do desenrolar a saúde como forma de governamentalidade no Brasil. A Saúde Pública, nesse contexto, é preocupada com o “indivíduo”, envolvendo o termo “saúde-doença” de um modelo biomédico e tecnicista.

O pensamento de Meihy e Bertolli Filho (1990) e a perspectiva de Foucault (2006) demonstram formas de governo por meios de dispositivos de segurança, de polícia como asseguradora da ordem na saúde e do cuidado da população, controlando-se os corpos por meio do combate às epidemias, termo utilizado nos exércitos e aqui aplicado como um dispositivo da disciplina no período do Sanitarismo Desenvolvimentista. A criação do INPS é um marco como forma de governo, pois “[...] propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos [...]” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 292). O INPS, resultado da aglutinação dos IAPs, estrutura-se em um modelo de assistência por meio de convênios com empresas. Suas articulações cresceram, sedimentando-se e atingindo, na década de 80, uma estrutura hegemônica que aos poucos enfrenta um movimento contra essa forma de governo. O sistema de saúde nomeado INPS era vinculado a um único ministério, o Ministério de Saúde, mas subdividindo-se entre outros Ministérios, como o da Educação, do Trabalho e dos Transportes.

A figura do sanitarista quase não tinha espaço no que tange a empregos, enquanto o país crescia tecnologicamente sem planejar questões de meio ambiente, e os tratamentos eram direcionados para o “indivíduo” (tratamento médico-curativo), com predomínio do hospital sobre o ambulatório, sem preocupação com o coletivo. Entrelaçando-se isso com a realidade estudada por Foucault (2007a), é possível refletir que o movimento sanitarista se assemelha a uma medicina social na Europa dos séculos XVII e XVIII, vivenciando a discussão do que é coletivo no sentido de doenças atingirem uma rede social, e ao mesmo tempo como uma medicina individualista, em que a relação de saber e poder está voltada às demandas centralizadas do indivíduo como uma forma de controle dos corpos e uma forma de governo, utilizando dispositivos de disciplina e de segurança como estratégia de combate às epidemias.

Tal forma de governo sinaliza que os sanitaristas, sem papéis definidos e reconhecidos, e a maneira como era compreendida a relação médico-paciente mostram, na medicina moderna, um ponto de retorno a uma tecnologia do corpo social, discutida por Foucault (2007a) no nascimento da medicina social. Isso ainda sem pensar em estratégias de prevenção, em que a preocupação com as epidemias era conduzida sem critérios de planejamento preventivo, e havia uma ênfase em delinear fatores situacionais. A preocupação com o indivíduo era resolvida separadamente dos movimentos sanitaristas, conforme Campos (2000b, p. 226) relata que “[...] na Saúde Pública tradicional, o sanitarista foi um especialista isolado, que trabalhava com programas verticais com forte grau de imposição autoritária [...]”.

Foucault (2007a, p. 80), ao abordar a medicina social, aponta a tentativa de uma prática social em que os corpos desenvolvem uma tecnologia social, individual, a que se refere a relação médico e paciente, assemelhando-se à “[...] medicina medieval em que o cuidado era individualista e as dimensões coletivas da atividade médica extraordinariamente discretas e limitadas [...]”. A Saúde Pública é uma tecnologia dos corpos que surgiu por volta do século XVIII e início do século XIX como forma de produção e força de trabalho, portanto, uma biopolítica que se inicia no corpo, mas que tem como objetivo as formas de viver (FOUCAULT, 2007a).

Paim e Almeida Filho (1998) citam os processos socioculturais e psicossociais na saúde quando retratam a importância do reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade governamental em garantir os cuidados básicos à assistência da população brasileira. Isso se assemelha a uma administração em saúde na Inglaterra no final do século XIX, em que o direito ao atendimento não era somente de uma classe favorecida que poderia pagar pelos serviços em saúde, mas de toda a população com carência de cuidado em saúde. No entanto, o principal interesse nos pobres derivava de sua importância como trabalhadores, que não poderiam adoecer, pois isso comprometeria a produtividade de seus empregos, e não poderiam transmitir doenças aos ricos.

Modificações nas formas de objetivação da saúde engendram-se entre outros fatores após a Segunda Guerra Mundial, o que passa a ser definido pela Organização Mundial de Saúde como “situação de perfeito estado físico, mental e social” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946). Isso conforma um campo mais amplo de ações em saúde. As formas de governamentalidade anteriores na Europa sobre a perspectiva reflexiva de Foucault (2000) estabeleceram-se na intenção de governar uma demanda oriunda de população como forma de controle e normatização do normal e patológico, normatizando uma “visão orgânica entre o doente e o meio”, sendo a população vista como ponto central das temáticas de cuidado à saúde. Com as novas demandas sociais, ao orgânico, somar-se-ão o psicológico e o social. Entretanto, a lógica que estrutura essa definição da saúde é produzida por um discurso biomédico articulado por uma biopolítica, na medida em que o corpo individual ou coletivo é mecanicamente esquadrihado nas três dimensões: biológica, psicológica e social.

A Saúde Pública no Brasil, a partir da década de 1970, entra em crise com o surgimento de um novo movimento sanitário, nomeado de reforma sanitária, que reivindicava acesso ao conjunto de informações geradas na rede privada e denunciava

dificuldades enfrentadas pelos serviços públicos, também voltados para a atenção individual, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Desse modo, a medicina social faz um movimento como forma de governo, apresentando uma demanda de descentralização e desejo de mudanças por meio de novas estratégias de conduta e organização pelos mesmos dispositivos de segurança e disciplina quanto ao atendimento nos serviços de saúde e à necessidade de integração, pensando na construção de um processo de uma rede social não apenas como alvo de epidemias, mas como população inserida em um contexto social. Somente a partir da década de 1970 é que se iniciou a apresentação de propostas para tratar os problemas de saúde usando-se termos como coletivo e universal. Esse processo passa a considerar a Saúde Pública como um modelo hegemônico, privatista e assistencialista, criando outra racionalidade, nomeada de uma Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva focaliza a assistência à saúde de forma direta e indireta, compreendendo que o indivíduo/coletivo são indissociáveis (FOUCAULT, 2006). Esse período é marcado por um processo de redemocratização do país, enfrentando-se uma nova construção de saúde, tanto nos sentidos ideológico e financeiro, quanto no político-institucional (CUNHA; CUNHA, 2001). Consolidam-se novas propostas até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988,

[...] reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população [...] (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 298).

As propostas de trabalho na saúde se ressignificam, dando novos sentidos ao processo da assistência e afastando-se daquilo que legitimava um processo de “medicalização” do corpo social em razão de uma racionalidade biomédica em que o saber médico prevalece no cuidado e assistência por meio do diagnóstico e da medicalização apenas no processo de “combate” a doenças e epidemias nos contextos da prática do sanitarismo, urbanização e desenvolvimento industrial (CAMPOS, 1991). A reforma sanitária, nas afirmações de Campos (1991), sugere a importância de ir além do próprio tratamento à saúde, ou seja, de considerar a inserção de custos de aquisição de materiais como complementação das atividades médicas, de equipamentos e, ainda, do modelo de produção de serviços de saúde. Após todas essas crises, redireciona-se o sentido das preocupações teóricas e redefine-se o objetivo de trabalho, voltando-se agora, principalmente, para o planejamento e para a administração dos serviços de saúde, com diferentes alternativas para a reorganização destes.

A questão que se coloca para o trabalho na saúde a partir da reforma sanitária é que ele opera com linhas distintas de significação: uma o constitui por uma racionalidade neoliberal, e outra, pela racionalidade da Saúde Coletiva. No contexto atual, ao se falar de um sistema de produção de trabalho, constituído por uma lógica da Saúde Coletiva, nos serviços de saúde, o importante em termos de resultado é a promoção, proteção e prevenção em saúde, de maneira que seja integral e de direito dos cidadãos. Entretanto, ao se pensar no profissional de saúde, esse contexto neoliberal que superdimensiona as técnicas de trabalho como forma de saber e atender quantitativamente assemelha-se a um sistema da medicina social alemã, que foi a primeira a normatizar as tarefas e a formação do médico com o dispositivo da disciplina e sua forma de governo de política, em que as normas se transformam em estratégias de saber e poder, conformando uma ética nomeada por Nardi (2006) de normativa na estruturação do tratamento e cuidado. Essa forma de gestão do trabalho neoliberal, embora com modificações tayloristas a partir da década de 1970, constituiu-se na modernidade no caminhar das diversas teorias da Administração. Uma delas, a Teoria Clássica, do modelo Taylorista, expõe a sua proposta de atuação com a ênfase nas tarefas, trazendo um modelo mecanicista durante o período da industrialização, embora se reporte à produção de serviços como na saúde. Desse modo, constroem-se perspectivas sociais em que o indivíduo está inserido em um contexto coletivo, com sua subjetividade, mas reflexo de uma construção social, portanto, com práticas individuais/coletivas caminhando juntas e indissociáveis, fazendo-se como forma de governo a biopolítica.

As ações citadas por Foucault (2007a) sobre a medicina social provocam-nos a situar como são construídas as relações de trabalho na Saúde Pública diante de um cotidiano que não se resume às práticas do sujeito, mas abrangendo vivências políticas, econômicas, epidemias e prevenções trazidas pela sociedade que são instrumentos para análise deste estudo para compreender, por meio das tecnologias citadas pelo autor, como são utilizados e aplicados tais dispositivos. Eles se refletem nos processos do trabalho na saúde, nas relações da intersubjetividade no trabalho, seja nos meios de simetria ou de assimetria que atendem a uma demanda de corpos individuais/coletivos.

Com a implantação do SUS, em 1988, que foi referendado pela Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado. A partir dessa data, são formuladas propostas que vêm sendo discutidas na atualidade, com reformulações e adequações. A criação do SUS vem do interesse na universalidade no atendimento desde a

atenção básica até as maiores complexidades. Porém, é importante assinalar que, em razão das marcas da Saúde Pública no Brasil, esse sistema de atendimento, propondo o direito a todo cidadão em nível coletivo, pode remeter a um modelo de medicina social inglesa citado por Foucault (2007a) com a preocupação com os pobres. Isso porque eles são a força de trabalho, devendo, portanto, ser imunizados como uma forma de prevenção, além de esquadrihados por meio do registro de doenças como forma de controle.

Após 10 anos de implantação do SUS, as condições socio sanitárias continuaram a apresentar desafios no que tange à organização dos serviços de atenção à saúde, a partir da lógica da proteção, promoção e prevenção em saúde. Movimentos de reestruturação e remodelagem, embora apareçam como respostas às problemáticas do sistema de saúde, são desafios nos modos de gestão do SUS e suas estratégias, incluindo a importância da mobilização da sociedade em defesa da vida. Com base nisso, em 2006, foi proposto e criado o Pacto pela Saúde, estando envolvidos Secretarias Estaduais, Municipais e Ministério da Saúde, com a finalidade de garantir avanços na política e na organização do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde apresenta, nas suas diretrizes operacionais, três componentes: Pacto pela Vida, de 2006, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida é uma proposta voltada para a melhoria da qualidade de vida da população. O Pacto em Defesa do SUS visa a defender rigorosamente os princípios fundamentais dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Já o Pacto de Gestão do SUS tem por finalidade programar as políticas de acordo com os seus princípios e diretrizes, bases financeiras, tecnologias de planejamento e organização dos serviços, considerando a relação com os movimentos sociais; diante da demanda de cada época vivida, estruturam-se estratégias de atuação, desenvolvimento e planejamento como forma de governar (BRASIL, 2006b).

No entendimento dessas questões, expõem-se, na síntese do texto *Dialogando sobre o Pacto pela Saúde* (2006), as responsabilidades e compromissos para cada um dos eixos de que trata o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). As responsabilidades citadas são as que correspondem à gestão do SUS, regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão no trabalho, educação em saúde e participação e controle social, o que nos permite refletir sobre a dimensão dos aspectos envolvidos no setor saúde. Fazendo uma analogia entre a proposta estabelecida pelo pacto pela saúde e o modo de como atua o modelo médico de assistência ao cuidado da população, remete-se à um modelo



de uma medicina social europeia dos séculos XVIII e XIX a qual se propõe cuidar da população em termos de melhoria das condições e possibilidades de vida, mas que ao mesmo tempo também exerce estratégias de poder por meio da disciplina, da vigilância, não apenas daqueles que buscam o cuidado, mas do olhar como se sucedem os processos de trabalho, as relações entre trabalhadores usuários, colegas de trabalho, tal controle está instrínseco nas relações assimétricas, simétricas, nas suas horizontalidades e verticalizações de gestão tendo como ponto central a figura da medicina. Ao tratar da gestão em saúde com diversas correlações de forma de governo e seus respectivos dispositivos, considerando a forma de governamentalidade em diversas etapas na Saúde Pública, que se estruturava por uma forma hegemônica, e enfatizando a verticalidade, Campos (2000b) relata que a Administração do Serviço Público possui ainda algumas características da Administração Clássica, pois segue um modelo biomédico e tecnicista.

É importante lembrar, na história da saúde no Brasil, os gestores que fazem frente a esses movimentos, tanto os sanitaristas no modelo biomédico, quanto, atualmente, os novos profissionais que se inserem no mercado de trabalho, conquistando um espaço na Gestão da Saúde, sendo imensa e expansiva a tentativa de se criarem estratégias diante de um país como o Brasil, com diversidades de questões econômicas e socioculturais. Entrelaçadas às formas de governamentalidades citadas por Foucault (2007a), que passaram por um período desenvolvimentista de industrialização no século XIX, bem como a outras formas de governo, como a capacidade de governar a si mesmo, governar a sua família e governar um Estado, assemelham-se aos modos de gestão em saúde no Brasil como métodos estratégicos de trabalho.

A Organización Panamericana de la Salud (1994) afirma que a principal característica do sanitarista seria sua capacidade de liderança, devendo os cursos de formação produzir líderes para o setor de saúde. Aqui se percebe que a ética do trabalho na saúde se forma por uma estrutura de normatização, visando ao controle da população ao mesmo tempo em que investe na figura do trabalhador líder, característica de uma lógica neoliberal de empreendedorismo. Isso decorre tanto de pactos internacionais quanto nacionais. A implantação do SUS requer a produção de subjetividades, entre elas, a figura do sanitarista torna-se fundamental para esse processo: a Saúde Coletiva, ao considerar a saúde de modo universal, integral e equitativa, forja ações de promoção, prevenção e proteção que conformam o trabalho na saúde. Um exemplo disso é a forma da atenção à comunidade voltada para a assistência às famílias, com a constituição da Estratégia de Saúde da Família.

Ao mesmo tempo, a certificação da erradicação da poliomielite é um exemplo de uma herança da Saúde Pública com foco no combate, na erradicação das doenças.

Isso converge para a discussão das três formas de governamentalidade na Modernidade: a primeira, uma governamentalidade buscando o governo de si mesmo, como exposto por Foucault (2006, p. 287), referente ao bom comportamento e à moral; a segunda para governar a família, resultando em uma terceira forma de governar – “a ciência de bem governar o Estado referida à política”.

Paim e Almeida Filho (1998, p. 304) afirmam que a

[...] proposta da saúde comunitária inegavelmente recupera parte importante do arsenal discursivo da medicina preventiva, particularmente a ênfase nas então denominadas ciências da conduta (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas ao problema saúde.

Paim e Almeida Filho (1998) abordam as diversidades da adaptação ao termo saúde diante do contexto que envolve a participação social e o envolvimento multidisciplinar, que pode ser inserido e denominado como integralidade no sistema de saúde. No contexto atual, a subjetividade, segundo Nardi (2006), é um processo que ocorre de acordo com o dispositivo do trabalho. A preocupação multidisciplinar envolve as práticas médicas de cuidado, abrangendo trabalhadores com diversas capacitações que objetivam o cuidado. A integralidade vem como nova proposta inserida na Saúde Coletiva, a qual faz parte de um campo científico, responsável por viabilizar novas alternativas de se compreender a definição de questões como o que é saúde/doença no contexto social, mas que não deixa de ser uma forma de saber e poder, pois envolve as relações simétricas e assimétricas no trabalho. O ato de verificar qual a participação das lideranças na gestão dos serviços de saúde é uma forma de cuidar pela vigilância e pelo controle no modo como essa técnica é inserida no contexto social.

A interrogação diante disso é justamente no sentido de compreender a atuação do profissional da saúde. Trata-se de abordar as formas de subjetividade no campo de trabalho e as relações no ambiente de trabalho, incluindo-se as relações com os sujeitos que buscam o atendimento na saúde, o envolvimento social (saúde como um direito), a compreensão em nível comunitário, as condições socioambientais que propõem a promoção, prevenção de saúde e cuidado de modo integralizado e humanizado como modelos tecnológicos nos processos do trabalho.

Quando se trata da discussão visando à construção de um sistema de saúde universal, integral e equitativo a partir das demandas sociais, Birman (2005, p. 11) discute as noções de Saúde Pública e Saúde Coletiva, perguntando:

O que se entende por Saúde Pública? O que se pretende com Saúde Coletiva? Essas expressões não constituem enunciados diversos do mesmo conceito e recobrem, portanto, um mesmo campo de práticas sociais? Ou ao contrário, esses significantes denotam campos diferenciados, com superposições regionais e rupturas importantes? Indicações talvez inquietantes, já que temos naturalizada a idéia de Saúde Pública como sinônimo de Saúde Coletiva. Seus objetos técnicos seriam idênticos.

A citação acima, sobre as reflexões atribuídas à Saúde Pública e à Saúde Coletiva, indica a importância do diálogo e da articulação entre ambas as formas de compreender saúde e os serviços oferecidos à população, na medida em que conformam os processos de trabalho e, por conta disso, as formas de subjetivação. No que se refere às formas de conduta do corpo social e governamentalidade na preocupação de quais métodos a serem utilizados, segundo Foucault (2006), seria “uma problemática do governo em geral”. Por isso, na visão do autor, a forma de governamentalidade é sintética; tais atuações governamentais seriam relações de exterioridade frágeis, no sentido de sempre se modificarem e se ressignificarem conforme as formas de poder, articulando governantes e governados e promovendo novas formas de atuação e construção social.

Facchini et al. (2006) realizaram pesquisa dentro do Estudos de Linha de Base desenvolvido no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, sendo analisado o desempenho do Programa Saúde da Família nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. O eixo principal foi a Epidemiologia e a avaliação de Unidades Básicas Tradicionais e Programas Saúde da Família de diversos municípios de ambas as regiões. O estudo mostra a complexidade do termo saúde/doença em ambas as regiões, as dificuldades de adaptação dos locais, a questão de infraestrutura para o desenvolvimento dos cuidados e todo o contexto que envolve o cuidar da saúde, ou seja, gestores, médicos, enfermeiros, equipes do administrativo e usuários que buscam pelos serviços. Conforme Facchini et al. (2006, p. 679), por meio do estudo identificaram fatores que sugerem “[...] um desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) ainda distante das prescrições dos SUS [...]”.

No Brasil, na organização sanitária tradicional, vê-se esse modelo da teoria clássica de Administração, definido por Campos (1991, p. 115) como:

[...] uma estrutura pesada, com alta centralização do poder, resistente à mudança e de difícil adaptação a novas situações. Por paradoxal que possa parecer, este estilo de gestão nunca conseguiu resolver a questão da integração do médico e, em menor grau, do dentista, psicólogo e de outros profissionais ao sistema público de saúde.

Embora a administração pública tenha adotado medidas hegemônicas, heranças mecanicistas com ênfase na eficiência, voltada para o número de atendimentos, associa esta administração semelhante ao modelo mecanicista criado por Taylor, o qual propõe a ênfase das tarefas pelos tempos e movimentos, valorizando a quantidade da produção dos produtos, e nesse caso os serviços, com base no controle do tempo e na formatação das rotinas (CAMPOS, 2000).

Apesar das atividades na saúde, serem voltadas para a produção de serviços de saúde em que os resultados são sentidos, vivenciados, a subjetividade não era compreendida como o principal fator, ou seja, a ênfase estava voltada nas tarefas e na divisão de formas de controle como reguladora no modo de gestão.

Para Traverso-Yépez (2001, p. 54), “[...] estamos hoje conscientes de que não existem comportamentos ou ações separadas das relações e valorações que as pessoas fazem de suas condições de existência [...]”. Nas práticas sociais, o indivíduo é social e coletivo, e ambos são indissociáveis. Aqui as práticas da governamentalidade emergem, a exemplo das tecnologias da regulação, com efeito normatizador, juntamente com a tecnologia da disciplina, que vigia, controla, classifica. Elas se mostram intrínsecas nas relações humanas, seja entre a própria comunidade, quando um vizinho cuida de um morador próximo que necessita de cuidado, denunciando a necessidade de este ser visto por um programa de atendimento social, um Programa de Saúde da Família, quando um usuário busca atendimento, seja entre colegas de trabalho que conduzem as rotinas de saber e poder no que tange às formas de cuidar.

Nota-se a preocupação da Gestão Pública com as propostas criadas e articuladas vindo ao encontro da população, mas ainda se verifica que há muito a ser feito; para tanto, precisamos refletir sobre as práticas e propostas de trabalho, compreendendo a produção de sentidos no contexto em que acontecem as práticas discursivas na sociedade. A relação entre governamentalidade e gestão direciona a problematização dos processos de trabalho na saúde a partir da PNH. Isso significa considerar os processos de trabalho focalizando os modos de administração, tanto verticalizada quanto horizontalizada, e a participação de trabalhadores e

usuários, sendo a primeira como uma estratégia de reorganização dos serviços. Agora, além da eficiência científica, também há preocupação com a ênfase na eficácia e no ato de “dar voz”, seja ao usuário e/ou aos trabalhadores, o que corresponde a uma forma de governo democrática e participativa. Embora a estratégia sugerida seja democrática, ela não deixa de permear tecnologias de saber e poder, pois estas se estruturam de modo sintético, podendo ser desconstruídas e ressignificadas, mas sem fugir à trama do poder e da disciplina por meio de normatização, ética, moral e controle dos corpos sociais, fazendo uma biopolítica no espaço em que são vivenciadas práticas em Saúde Pública e Coletiva. Essas relações no campo da Gestão dos Serviços de Saúde enfatizam a importância de observar o espaço social em que estamos inseridos, além da percepção das práticas como constitutivas não apenas dos modos de trabalhar, mas dos próprios trabalhadores.

A partir disso, propõe-se uma discussão que articula a governamentalidade com a PNH, focalizando-se os processos de trabalho na saúde.

### 3.1 GOVERNAMENTALIDADE E HUMANIZAÇÃO

A proposta de Humanização é forjada por meio da PNH como uma tecnologia voltada para a atenção, o cuidado, o acolhimento, propondo novas formas de proteção à população (BRASIL, 2004). Tal tecnologia associa-se à governamentalidade quando é instituída uma política voltada para os cuidados do indivíduo inserido em um coletivo e passa a ser uma nova estratégia, uma nova norma reguladora, como um novo dispositivo de segurança voltado para a Saúde Pública e Saúde Coletiva, por meio do exame, da escuta, da orientação como modo de cuidado.

A primeira década do século XXI, no Brasil, tornou-se um tempo de avaliação e recondução das políticas de saúde. Isso decorre do fato de que, em 2000, o SUS completou dez anos de existência desde que se tornou Lei Orgânica. Essas avaliações deram-se tanto por meio de pesquisas, segundo Campos (2000b), quanto pelo controle social exercido nos conselhos e nas conferências de saúde. A implementação do SUS, nesse sentido, vai apresentar, nessa primeira década, uma série de políticas que tomam forma a partir da própria experiência produzida na década anterior. Entende-se por experiência a correlação, segundo Foucault (2007a), entre tipos de normatividade, campos de verdade e formas de subjetividade.

A experiência constitui-se, desse modo, mediante formas de governamentalidade, que se organizam por estratégias biopolíticas/disciplinares, bem como por relações de resistência. É com base nas formas de resistência, que seriam práticas de liberdade não exteriores às relações de poder, mas forjadas nelas próprias, que algumas urgências começam a emergir no tecido social. Essas urgências aparecem no modo como a população passa a relacionar-se com o sistema de saúde, criando novas necessidades, voltadas não apenas para as tecnologias de alta complexidade, mas principalmente para aquilo que se nomeia de tecnologia leve: formas de gestão e trabalho na saúde. Essas necessidades aparecem na formulação do Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Promoção de Saúde, ambas de 2006, mas também um pouco antes disso, em 2004, na PNH.

A PNH engendra-se a partir da realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*. Ela começa a criar forma em 2000 e, posteriormente, em 2004, com a sua institucionalização como Portaria do SUS. A PNH apresenta-se como procedimentos de modificação dos processos de trabalho, atenção e gestão na saúde em suas cartilhas, oferecidas pelo Ministério da Saúde. Com isso, são lançadas várias propostas de como adotar e abordar esse campo da saúde em construção, a exemplo da cartilha HumanizaSUS, em 2006.

A PNH, em 2004, aparece como um sintoma das políticas de saúde. Sintoma na medida em que, ao apontar a humanização como eixo transversal de todos os princípios do SUS – universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular –, tira de uma região de opacidade uma problemática relativa à dimensão humana das políticas de saúde no País. Trata-se de uma problemática, uma vez que o produto do trabalho humano na saúde é o que Lazzarato e Negri (2001) chamam de “imaterial”. Imaterial porque envolve uma modalidade de prestação de serviços e relação com os serviços impreterivelmente humana. Isso significa considerar que ainda não é possível excluir a dimensão humana do trabalho na saúde, tanto em relação ao trabalhador quanto ao usuário. Desse modo, criar uma política específica para humanizar é considerar a necessidade de produção de outras formas de subjetivação na saúde que tenham como coordenada a humanização. O humano ao qual a Política se volta não é aquele que emerge na Modernidade, que seria uma forma homogênea e idealizada como figura do progresso da humanidade extensiva para todos, mas o humano em termos de histórias de muitas vidas, o humano na sua condição de humanidade no cotidiano.

A PNH, como “conceito-sintoma”, apresentado pela cartilha HumanizaSUS, em 2006, vem responder à maneira como o sistema de saúde se encontra organizado, a partir daquilo que foi apontado anteriormente por Campos (2000a) como gestão verticalizada e mecanicista do trabalho na saúde. A PNH constitui-se como estratégia para modificar uma lógica de fragmentação dos processos de trabalho, de rede assistencial, da interação entre equipes e fragilidade para acolher a dimensão subjetiva das práticas em saúde. Junto a isso, encontra-se o baixo investimento em qualificação dos trabalhadores, a dificuldade em operar com mecanismos de cogestão que envolvam trabalhadores e usuários, bem como a dificuldade de compreensão da saúde como um direito social e político (BRASIL, 2004). São essas características que acabam por afastar o que seria caracterizado tanto como dimensão imaterial quanto humanizada do trabalho na saúde. Além disso, esses indicadores apresentam um distanciamento das próprias proposições da Saúde Coletiva que tomam forma no SUS. Nesse sentido, a operacionalização da PNH na forma do HumanizaSUS tem a ver com:

[...] dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde; proposta de uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores; estabelecimento de grupidades e vínculos solidários; aposta no trabalho coletivo na direção de um SUS acolhedor resolutivo e confortável; valorização e fomento da autonomia e do protagonismo dos diferentes sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade; compromisso com a luta pela melhoria das condições de trabalho. (BRASIL, 2006a, p. 11).

A operacionalização da PNH deve estabelecer-se como um dispositivo no cotidiano da saúde, tendo como princípio a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Isso implica ações tanto no âmbito da formação/educação permanente em saúde quanto de grupidades no interior dos serviços de saúde para a implantação da política. Essa nova modalidade de governamentalidade torna-se um mecanismo em investimento biopolítico nas formas de subjetivação na saúde. Ao articular mecanismos de normatividade tais como alteração dos modelos de atenção e gestão, como a cogestão, a corresponsabilização, o acolhimento resolutivo e confortável e o grupalismo, atualizam novos jogos de verdade, como a autonomia, o protagonismo, os vínculos solidários que compõem o trabalho na saúde em uma racionalidade da humanização.

Tal projeto visa à humanização no atendimento, propõe trabalhar habilidades interpessoais, na produção de um modelo de gestão participativa, visando às melhorias contínuas nas relações interdisciplinares do cotidiano do trabalho nas redes de serviços de

Saúde Pública e a compreensão da subjetividade construída nesses espaços. Tal proposta de humanização inicia sugerindo o acolhimento como uma tecnologia leve do trabalho na saúde, uma tecnologia do encontro. O acolhimento constitui-se como uma diretriz da PNH que qualifica e humaniza a assistência ao considerar-se a inseparabilidade entre modos de atender e de gerir os serviços. O acolhimento significa instituir no cotidiano de trabalho uma rede de conversações nas equipes multidisciplinares, intrasetoriais e intersetoriais. Entretanto, o acolhimento, como diretriz e estratégia de governo das práticas em saúde, implicará a articulação com outras diretrizes da PNH, como “[...] clínica ampliada; cogestão; valorização do processo de criação no trabalho e da saúde do trabalhador; defesa dos Direitos do Usuário [...]” (BRASIL, 2006a, p. 16).

A cartilha *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde* (2006) dá ênfase a uma aproximação, a um “estar com” e a um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão; dessa forma, trata-se de uma proposta, de uma diretriz de relevância que envolve a ética/estética/política da PNH do SUS. Outro apontamento identificado na cartilha é a atribuição do acolhimento como um dispositivo, uma forma de tecnologia, envolvendo as relações, englobando as suas práticas de construção de sentidos. Por meio de encontros de sujeitos é que ocorre o ato de se afetar e ações em que serão afetados, que possibilitam a formação de vínculos, desse modo trazendo a reflexão sobre a importância de possuir princípios norteadores ao citar o coletivo, o cotidiano, a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2006a).

Na proposta de acolhimento como tecnologia dos processos de trabalho, podemos resgatar o uso dos dispositivos de segurança e disciplina citados por Foucault (2006, 2008) como uma das formas de governar as redes como um tecido humano, em uma comunidade participativa e promotora do bem-estar daqueles que estão à espera do atendimento, bem como de promover saúde por meio do controle das regiões que abrangem os pontos de atendimento da rede pública. Como estratégia de governamentalidade, os dispositivos de segurança investem em formas que constituem a população no que tange às suas necessidades de saúde, por meio destas estabelecendo um conjunto de práticas de regulação da população.

Ao mesmo tempo em que sugere a correponsabilização, a participação como modo de governo, a cartilha *HumanizaSUS: a Clínica Ampliada* (2004) vem ao encontro dos modos de governo biopolíticos, compreendendo que o encontro entre governar e ser governando requer um “[...] cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de



poder, é uma exigência maior, um imperativo, no trabalho em saúde [...]” (BRASIL, 2006a, p. 12). Nesse caso, são incluídas as hierarquias institucionais, sugerindo-se um modo participativo, de corresponsabilizações dos integrantes do processo do cuidar e ser cuidado, mas um exemplo de tecnologia de poder e saber engendrados na figura do Estado. Um exemplo de tal proposta é avaliar como são as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, instituição e profissionais, chefias e subordinados, modos de economia, de governamentalidade. O poder não é apenas centralizador voltado para o controle por meio de simetrias e assimetrias, e sim capilar, coextensivo a todo tecido social, constitui modos de pensar e agir, e portanto, se exerce mediante a condução de condutas, por meio da norma, justificada em uma racionalidade de segurança. As relações de poder são estratégias que regulam a vida da população mediante um Estado de Segurança.

Essa proposta de gestão está atrelada à perspectiva de Foucault (2003), que sugere que tais processos de integração ocorrem por meio das relações entre sujeitos. Trata-se da importância de relatar o contexto vivido por uma comunidade que busca atendimento e, junto a esta, por profissionais que, além do conhecimento técnico de cada área da saúde, terão que atender à demanda sob a perspectiva do que é definido como humanização, como forma de governo, adequando-se a uma forma de saber e verdade em que, além das assimetrias dentro de uma instituição como um modo de governar, também se incluem as relações simétricas, a exemplo dos colegas de trabalho. A tentativa de uma simetria também pode ser compreendida quando é colocada de modo horizontal com as relações do cuidado em termos de cogestão, corresponsabilização, autonomia e protagonismo. No modo como os sujeitos são atendidos, um exemplo é o método da classificação de risco (estratégia da PNH), que, após passar por uma assimetria de demanda de cuidado, quando pertence a uma mesma classificação, passa a ser um demanda simétrica, no sentido das relações no trabalho.

A PNH aponta na cartilha HumanizaSUS a importância e a necessidade de identificar a subjetividade do grupo de trabalho e a compreensão dos sentidos construídos pelo tempo longo, vivido e curto, segundo Spink e Medrado (2004), das situações cotidianas do sistema de gestão, o que Foucault (2007a) nomeia como governo pela verdade. Assim, rodas de conversa e oficinas com trabalhadores da saúde, ao constituírem-se como atualização do acolhimento, passam dimensões como criatividade, importância do “eu como cuidador da saúde” e do “nós como grupo de trabalho”, de atenção e cuidado de pessoas que buscam atendimento, aguçando a percepção, a escuta e o diálogo, de modo a criar um

comprometimento na construção da saúde dentro de seus contextos sociais. Essas tecnologias voltam-se para a produção de novas possibilidades de subjetivação na saúde, na medida em que não apenas conformam modos de trabalhar, mas modalidades de relação do trabalhador consigo mesmo: “eu como cuidador”, “nós como grupo de trabalho”, voltados para a participação e corresponsabilização como profissionais da saúde envolvendo também o usuário.

Embora sejam sugestões estratégicas tendo como propósito a humanização, o fazer singular, visto como único e com demandas e histórias de vida diferentes por meio do acolhimento, é princípio da cartilha como forma de governo na rede de Saúde Pública, que atende um individual/coletivo, uma população, como forma de verdade e modos de saber e poder.

São incluídos critérios dentro da estratégia de humanização, ou seja, ditos como tecnologias – a ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, a estética, compreendida como uma construção de nossa própria humanidade, e a política, porque implica o compromisso coletivo. Tais ferramentas são citadas como constituintes da tecnologia do acolhimento que passam a ser inseridos nesse contexto social. Menciono a discussão de Nardi (2006, p.21), que trata das formas de trabalho, associando em sua pesquisa a subjetividade, o trabalho e a ética e incluindo a esta a moral como “norma, identificação social e prática reflexiva”.

Ao longo deste texto, a medida que menciono os modos de gestão e as políticas de gestão baseadas na cartilha HumanizaSUS, realizo uma associação com os modos de governamentalidade citados por Foucault (2006). No contexto atual, ao destacar o tema Humanização, percebo que tais propostas de gestão articulam-se com os dispositivos, as tecnologias e formas de governo citados por Foucault (2006) possibilitando a compreensão dos modos de gestão em saúde na Contemporaneidade, bem como as heranças dos modelos assistenciais citados por Foucault (2007a). Desse modo, também faço uso das reflexões de Nardi (2006) e Rose (1999), destacando suas respectivas analogias às práticas de gestão e modelos assistenciais.

Aqui cabe apresentar apontamentos de Foucault (2008) quando fala da biopolítica, em que a ênfase não é apenas no controle dos corpos como indivíduos, mas como um coletivo que, ao mesmo tempo em que é governado, também se governa, busca o atendimento,

demanda cuidado. Também é sintético, pois o indivíduo é englobado em um coletivo, podendo ser modificado conforme os tempos vividos e construídos no cotidiano.

Neste trabalho, dá-se ênfase à análise da PNH como um dispositivo de construção de sentidos no cotidiano de trabalhadores da rede pública de saúde. A PNH enfatiza a importância do olhar para o acolhimento como uma estratégia, como um modo de segurança e controle. Ao mesmo tempo a Política convida a comunidade que deseja cuidado, atenção, prevenção, proteção a participar do processo que envolve os dispositivos de segurança como coadjuvantes, e portanto uma proposta de responsabilização dos usuários unidos ao trabalhadores, ou seja, aqui as relações de poder não assumem apenas relações assimétricas e sim encontros na horizontalidade para discutir Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Estes agora são interpelados por novas coordenadas de trabalho, ou seja, novas formas de governo de si e do outro no que tange à atenção à saúde, utilizando-se das tecnologias citadas pela cartilha HumanizaSUS como instrumento de compreensão das relações de trabalho e produção de subjetividades nesse contexto (BRASIL, 2006a).

A proposta de conduzir o trabalho segundo a cartilha HumanizaSUS diz respeito a circunscrever os modos de gestão e atenção à saúde como parte do dispositivo de segurança como uma tecnologia de poder, não pensando no sentido apenas da imposição em forma de normas e leis, mas de multiplicidades de significados e ressignificações construídas pelos interlocutores na saúde. Parte-se das relações por meio das condutas; associada a isso, está presente uma segunda forma de poder, que é a disciplina por meio do controle social, retornando à utopia do Panóptico de Bentham, que, segundo Foucault (2003), se tornou real e é uma forma de poder. De acordo com o autor, de certo modo, “[...] vivemos em uma sociedade onde reina o panoptismo [...]” (p. 87). Neste estudo, pode-se pensar no trabalhador como sendo constantemente vigiado, seja por colegas, que vigiam a conduta de colegas de trabalho, seja por usuários, que avaliam o atendimento. Ao mesmo tempo, há uma forma de poder ser “[...] vigilante e contínuo, de controle de punição e recompensa em forma de correção [...]” (p. 103), de controle que é visível diante das normatizações no sistema de Saúde Pública como forma de governo e invisível quando, por meio da intersubjetividade, se podem abstrair e compreender as condutas cotidianas do coletivo. A Cartilha torna-se um instrumento de problematização do cotidiano de trabalho.

O dispositivo da disciplina, na Contemporaneidade herdada da Modernidade, é definido por Foucault (2003, p. 88) como sendo “[...] a base do poder, a forma de saber-poder

que vai dar lugar não às grandes ciências de observação como no caso do inquérito, mas ao que chamamos de ciências humanas: Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, etc.”. Para o autor, a “história da verdade tal como se faz na ou a partir da história das ciências” (p. 11) assim é construída, constituída. O autor ainda diz que a verdade pode estruturar-se de diversas formas em sociedades distintas, com domínios de objetos diferentes o que vem ao encontro da proposta de Spink e Medrado (2004) quando tratam da definição das construções sociais pelo tempo longo, vivido e curto. O inquérito surge como uma das formas de verdade no período da Idade Média, sendo de origem religiosa, por meio de investigação e testemunhos, enquanto que, no século XIX, outra forma de análise surge – o exame –, dando origem à Sociologia, à Psicologia, à Psicopatologia, à Criminologia, à Psicanálise.

Essas tecnologias interessam para este estudo no que se refere à relação com uma forma de compreender a verdade partindo da perspectiva foucaultiana, a intenção aqui não é dizer que esta é a melhor forma de verdade e sim percorrer o conjunto estratégico de regimes de verisdição que se constituem entre políticas públicas e Saúde Pública. Tanto o inquérito quanto o exame são procedimentos de governo que estabelecem os critérios daquilo que é verdadeiro, real, ou seja, são ações que conformam um campo do que é possível estabelecer como uma evidência histórica, na medida em que o procedimento o naturaliza. Isso significa percorrer as tecnologias que estabelecem procedimentos de validação de uma determinada verdade. A proposta da PNH é também tirar esses procedimentos que se naturalizam no cotidiano de uma região de opacidade, para a invenção de novas tecnologias que incorporem outras dimensões do trabalho na saúde: resolutividade, conforto, solidariedade, autonomia, protagonismo, sensibilidade.

Dessa forma, aponto que, por meio das relações ditas de saber e poder, são construídas as formas de verdade e de conhecimento, utilizando-se ferramentas como a do inquérito e a do exame, que iniciam pelo contato da intersubjetividade, pela luta, pelo compromisso entre sujeitos, sendo resultado de um jogo de afrontamentos que se estabelecem pela dominação (FOUCAULT, 2003). Para Foucault (2003, p. 18), “O conhecimento só pode ser uma violação das coisas a conhecer e não percepção, reconhecimento, identificação delas ou com elas [...]”. O autor utiliza-se de Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900) – influente filósofo alemão do século XIX –, dizendo que o conhecimento possui dupla ruptura com uma tradição Ocidental, sendo uma delas entre o conhecimento e as coisas a conhecer. Ao mesmo tempo, o conhecimento é arbitrário, porém qualquer escolha passa a ter confrontações de ideias, de saber, de dominação e de subordinação, gerando sentimentos de hostilidade, ódio, repulsa

pelo objeto, à medida que uns querem dominar os outros ou, ainda, nas palavras de Foucault (2003), “uns sobre os outros”. Constituem-se relações de poder e verdade, as quais nem sempre partem de uma classe dominadora, podem ser de cima para baixo ou de baixo para cima, ou ainda em suas lateralidades, neste estudo, cito relações que podem ser originárias das demandas da população criando tensionamentos que ora se encontram e entrelaçam-se, ora repulsam pelas práticas cotidianas envolvendo a classe de trabalhadores a exemplo de suas rotinas de trabalho entre si ou da relação entre trabalhador e usuário, em que indivíduo/coletivo passam a conhecer uma perspectiva onde se encontra situado o contexto social. Segundo Foucault (2003, p. 26), passa a ser “[...] um modelo que permite abordar o objeto destas conferências, o problema da formação de certo número de domínios de saber a partir de relações de força e de relações políticas na sociedade [...]”.

Diante dessas relações, Foucault (2003) traz formas de poder como a disciplina, que, ao mesmo tempo em que exclui pela classificação, também fixa o sujeito em uma determinada tarefa ou função nas instituições, sejam elas a escola, o hospital psiquiátrico ou a prisão, ligando-o a um aparelho de correção. As normas, segundo o autor, são uma característica do século XIX. O método de fixar é a primeira forma de regulação, ou seja, a proposta é “fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens” (p. 114) que parte de um tipo de poder disciplinar, concluindo que tal metodologia promove a produção e seus produtores fixados pela norma. Quando associados ao modelo liberal e neoliberal, no que tange às formas de disciplina que organizam o governo da população, no período da industrialização, Foucault (2008) afirma que a norma reguladora do fixar insere-se pela relação de troca, onde o tempo oferecido pelos indivíduos estabelece-se pelos processos de trabalho e seu modo de produtividade, produção de riquezas, tendo em troca o salário, fonte geradora das riquezas do indivíduo originárias pelo trabalho e inseridas no contexto social. Além das relações de trocas, a normatizações não surgem apenas como imposição, mas como forma de distinção de saberes, de “formar, valorizar, segundo um determinado sistema, o corpo do indivíduo” (FOUCAULT, 2003, p. 119). A disciplina torna o trabalho na saúde fragmentado e focaliza a dimensão tecnicista em termos de habilidades e competências do profissional. Isso provoca, em termos de conjunto, uma individualização das formas de atenção, que, ao invés de operarem em rede, funcionam como peças isoladas de uma engrenagem mecanizada.

Foucault (2003) traz tipos de poderes como polimorfos e polivalentes, devido ao modo de reter, de conter os corpos com o objetivo de atingir a produção voltada para uma economia,

incluindo a política e seus modos de gestão. Nos serviços públicos de saúde, um exemplo da atuação de tipos de relações de poder que cito pode ser refletido quando são oferecidos concursos públicos, os quais têm suas medidas de recrutamento, de seleção pela classificação dos indivíduos, de critérios de inclusão ou exclusão por meio do conhecimento como forma de saber pela cientificidade, assim atuando também como uma fonte reguladora, estabelecida por normatizações e verisdições, que se constituem formas de saber e poder.

Associo as práticas de trabalho e como se constituem as construções sociais de uma instituição pública ao apresentarem tipificações, exclusividades de um aparelho de produção de saúde, ou seja, o modo como se estabelecem as contratações de trabalho, seja pelo oferecimento de uma estabilidade no trabalho diferenciada das empresas privadas, seja pelo uso da troca como normatizadora e geradora de serviços. Assim, pode-se pensar que as instituições se utilizam de vários tipos de poder quando retêm o conhecimento técnico profissional em troca do salário, estando vinculadas a normas, a modos de estabelecer o compromisso entre as partes pelo contrato de trabalho, a modos como se constituem os direitos de punir e recompensar, a maneiras como se deve produzir o cuidado.

Todos esses fatores citados são um poder judicializado como forma de saber e verdade e também são micropoderes inseridos nas especificidades de cada instituição. Unido a tantas formas de poder e saber, como o judiciário e o do sequestro, nomeado desse modo porque retém o indivíduo no mecanismo de produção, inclui-se o poder epistemológico, que tem por características todos esses poderes englobados em forma de saber, o que faz com que o indivíduo seja analisado, controlado, vigiado, podendo proporcionar mudanças constantes na rotina do trabalhador, com tentativas de melhorias tecnológicas que posteriormente se tornam fundamentais nos meios de produção em que a vigilância controla e registra as práticas no trabalho, admitindo um saber técnico e da maquinaria de produção. Tal meio de produção engloba a análise de comportamentos do indivíduo; nesse caso, a vigilância na saúde também é polimorfa, entre colegas de trabalho, chefias, subordinados, usuários responsáveis pela demanda da produção de saúde e bem-estar como instrumentos de análise do trabalho. A ênfase não se estabelece na racionalidade da Saúde Coletiva, em que saúde é um direito à vida, e não um produto dos serviços de saúde. Foucault (2008) diz que o dispositivo da disciplina é isomorfo; o que é polivalente e polimorfo são as formas de poder e saber no contexto do trabalho, formando-se dentro das instituições os micropoderes e microssaberes característicos de uma mesma instituição.

Isso implica o que Foucault (2011) assinala como articulação das relações de poder com as formas de verdade que têm por finalidade libertar-se de uma hipótese repressiva, da “potência do não”. As relações de poder e verdade conduzem condutas, constituem paradoxos, podem tanto iluminar quanto encobrir sentimentos de hostilidade, cinismo, tornando-se em não-ditos, em segredos, silêncio. Para o autor, o segredo torna-se soberano e pode ocorrer de cima para baixo, de baixo para cima e em suas horizontalidades, movimentando-se entre retenção e abertura e, conseqüentemente, produzindo relações de poder, na tentativa do empoderamento, da apropriação de algo que retém o saber. A cada momento em que se questiona o que é uma verdade epistemológica, se produz uma experiência de anarquia, quando se querem considerar outras verdades, compreender a subjetividade, pelo tempo longo, vivido e curto, pelos sujeitos que constituem a teia humana nas relações de trabalho.

A PNH emerge como uma experiência de forma de saber e verdade propondo a participação dos envolvidos, ou seja trabalhadores, colegas de trabalho e usuário em vivenciar a política e suas arestas, o que não significa a inexistência de governo, mas a distribuição das formas de governar – cogestão e corresponsabilização – que implicam a produção de novas verdades e modalidades de cuidado de si e do outro. A PNH é uma proposta de descentralização dos processos de gestão do cotidiano de trabalho na saúde, ao mesmo tempo em que transversaliza a experiência de integralidade e equidade em saúde que cria a necessidade da rede em saúde. A PNH serve como um dispositivo; segundo Foucault (2011, p. 26),

[...] não se trata de estabelecer um critério de verdade, mas descrever as articulações obscuras entre o poder político e a verdade na configuração disto que precisamente é chamado de o real, por isso a noção de relativismo epistemológico.

O que está em jogo é a subjetividade, presente nas formas de governo, como a biopolítica, preocupada com as relações humanas e voltada para a articulação entre si da produção das modalidades de trabalho e subjetividades possíveis. A biopolítica, como parte do dispositivo de segurança e da disciplina, como forma de governo, engloba os processos populacionais – em que podemos citar a atenção, promoção e prevenção da saúde – que garantem um controle do individual/coletivo, tendo como finalidade a melhor maneira de governar, e não a prática governamental real.

Ao abordar a subjetividade, Nardi (2006) a cita como “como um processo”. No caso deste estudo, o “trabalho como dispositivo” torna-se um vetor de constituição dos processos de subjetivação. O autor acrescenta a essa perspectiva de trabalho como um dispositivo de produção de subjetividades que “trabalho como categoria construída e como fator de coesão social” emerge na modernidade e se torna foco de dispositivos de controle como modo de governo da população. Ou seja, o trabalho é um modo de filiação social que acaba tornando-se central em uma racionalidade liberal e, posteriormente, neoliberal, na medida em que é por meio dessa filiação que se estabelecem normas e procedimentos de governo da população, tecnologias de coesão social que agem tanto nos corpos individuais quanto em conjunto. Isso significa a constituição de uma série de procedimentos de controle dos processos de trabalho e do próprio trabalhador, o que aponta para a importância que a gestão dos processos de trabalho assume como modo de normatização da vida cotidiana. O trabalho torna-se, assim, um objeto privilegiado de investimento das formas de governamentalidade. Portanto, falar em modificações das políticas de saúde é considerar a necessidade de investimentos nos processos de trabalho e, por conta disso, nas formas de subjetivação.

Compreende-se que a subjetividade se constitui tanto como uma experiência individual, no que tange ao modo como o sujeito se pensa e se reconhece, quanto em um plano coletivo, pois é sempre um processo social de produção de modos de ser e viver que forja as modalidades de subjetivação. Essa indissociabilidade entre o plano individual e coletivo, nas palavras de Spink e Frezza (2004), são construções sociais. Nardi (2006) menciona o vínculo pelas relações e seus modos de subjetivação como um processo inserido nas relações experienciadas pelos sujeitos, agora não mais apenas voltado para a política, mas para uma economia, englobando uma sociedade. Assim, esse autor propõe compreender os modos e as produções de subjetivação.

A compreensão das formas de subjetivação dá-se a partir da análise dos modos como são construídas e vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano as relações entre governo e verdade, ou seja, a genealogia das formas de saber e poder, citada por Nardi (2006, p. 23), como aquilo que “[...] corresponde à construção de lógicas específicas que os sujeitos utilizam para compreender quem são [...]”. Se a produção de verdade refere-se ao saber que os indivíduos utilizam para compreender a si mesmos, ao mesmo tempo, cada verdade sustenta também um ideal para cada grupo, cultura e sociedade. As verdades produzidas vão servir como justificativa para as formas de dominação e para as formas de resistência que marcam os modos de subjetivação de cada contexto. De certo modo, Foucault (2009a) cita como podem



ser pensadas e construídas formas de verdades sob diversos prismas, como o interesse pela dominação, mas não se tratando apenas de uma soberania que tenta governar uma população por meio de normas, ética e estética, mas também um domínio de práticas de liberdade.

Nardi (2006) diz que a subjetividade funciona como um processo no dispositivo dito trabalho. Segundo o Minidicionário Larousse da Língua Portuguesa (2009), o termo trabalho tem origem no latim *tripalium*, instrumento de tortura composto de três paus; significa sofrimento, esforço, luta. No português, é definido como “[...] atividade humana aplicada à produção, à criação ou ao entretenimento. Produto dessa atividade; obra. Atividade regular e remunerada.” (MINIDICIONÁRIO..., 2009, p. 811). Trata-se do significado de trabalho trazendo-o ao contexto atual. Nardi (2006) traz a história, definindo significados de outras épocas, como a herança católica do trabalho associada ao castigo, enquanto que, na Reforma Protestante, o significado do trabalho está relacionado com vocação. Compreende-se que o trabalho realiza o sentido de uma relação indissociável do individual/coletivo em função de uma sociedade, desse modo estabelecendo relações de subjetivação, de verdade, de normas, éticas, valores, conhecimento, produção, entre outras formas que se vinculam ao dispositivo do trabalho.

De acordo com Nardi (2006, p.29), para Émile Durkheim (1858-1917), considerado um dos pais da Sociologia Moderna, na virada do século XIX para o século XX, o trabalho é apontado como a categoria central da solidariedade orgânica que caracteriza as sociedades modernas, defendendo-se que a divisão do trabalho é elemento central da coesão social. Assim, nos é trazida a questão da indissociabilidade por meio das relações do e no trabalho, de uma estrutura estética (moral, ética), sintética (móvel).

Nardi (2006, p. 30) situa o trabalho como assumindo uma forma contratual, ao que associamos de fato a biopolítica, por formas de contratualizações formais, caracterizando o emprego que, em suas palavras, “[...] é uma forma de integração por excelência da sociedade salarial, a qual é regulada pelo conjunto de regras e proteções que caracterizam o que veio a se chamar de Estado Social [...]”; ou seja, pactos sociais são característicos da era industrial, que se “[...] sustenta na promessa do pleno emprego e na segurança associada à regulamentação das relações de trabalho [...]” (p. 31).

Essa estrutura construída no contexto social associando a proposta da Humanização nas Redes de Saúde Pública, quando se estabelecem regulamentos e estratégias de atuação

para um melhor acolhimento, também propõe formas de construir ou ressignificar as dinâmicas nas relações de trabalho, em que a seguridade se faz pelo contrato de trabalho, proposta de pagamento por produtividade – pequenos exemplos de rotinas inseridas em uma estratégia de biopolítica. Nesse propósito, trabalhar a humanização de modo criativo é uma das formas de trabalho citadas por Nardi (2006) como um ideal aristotélico que possuem três modos de desregulamentação, podendo ocasionar rupturas da coesão social, a exemplo da globalização econômica, da insatisfação de trabalhadores ligada a diferenças de salários e condições de trabalho envolvendo as mesmas categorias de trabalho e entre categorias distintas e, por último, à divisão de trabalhadores fixos e temporários. Diz ainda que esses fatos, em que ocorrem rupturas, são próprios de uma cultura ocidental. Segundo o autor, “[...] é a passagem do Feudalismo para o Capitalismo que assinala o surgimento de uma sociedade de indivíduos. A Revolução Francesa e a Revolução Industrial são acontecimentos que permitem a consolidação desta ruptura [...]” (p. 35). O autor conclui que, mesmo de forma irregular, na sociedade moderna, o trabalho foi um dispositivo de integração social, bem como de criação de seus próprios significados e sentidos constituídos por formas de saber e poder, por meio de regulamentações próprias, criando uma finalidade, com peculiaridades existenciais para o Capitalismo.

Na Contemporaneidade, algumas estratégias de práticas no trabalho são citadas em momentos distintos em países em que a industrialização se desenvolvia voltada para a produtividade em excelência, mas algumas de suas práticas ainda se difundem quando falamos em produção de um saber, de uma produção invisível voltada para a atenção e cuidados com saúde, em que se deve avaliar o número de demandas, mas compreender qualitativamente tais necessidades e busca pelo cuidado.

Herdamos significativamente alguns aspectos da Teoria Clássica da Administração para compreender os significados da produção e trabalho como dispositivo, citado por Nardi (2006).

A teoria clássica, dentre outras que a seguiram, é a que se inicia no período industrial, quando Taylor estrutura as tarefas dos operários, buscando, por meio de tempos e movimentos, a eficiência na produtividade no trabalho. Tal teoria implicava a adequação das condições de trabalho, a análise dos melhores movimentos musculares realizados pelos operários, que, quando adequados à rotina, teriam uma melhor eficiência no trabalho. A ênfase aqui era direcionada exclusivamente às tarefas, com objetivo de produção e altos

salários oriundos dessa produção acelerada. Já Ford é conhecido pela importância da produtividade, do quanto se produz, com a pressa em recolocar o produto no mercado e operários trabalhando por produção. Os pontos em comum são a ênfase na produtividade e a análise criteriosa da ambiência para que os operários possam trabalhar; a fadiga considerada é apenas a muscular, física, sem considerar a mental; há preocupação com a eficiência (quantidade), sem enfatizar as relações humanas e a produção da eficácia nos serviços.

Somente com Elton Mayo, que desenvolveu a Teoria das Relações Humanas, põe-se em xeque a teoria Clássica da Administração, quando se identifica o homem como social, “deslocando a ênfase nas tarefas para a ênfase nas pessoas” (CHIAVENATO, 1993, p. 135). A ênfase nas pessoas começa a engendrar um modo de gestão voltado não especificamente para a ação realizada pelo trabalhador, mas fundamentalmente um modo de ser e tornar-se trabalhador. Ou seja, há uma migração do corpo para a existência, constituindo novas formas de governo, tais como os procedimentos de motivação no trabalho. Isso significa procedimentos mais sutis de controle, na medida em que investem na relação do trabalhador com o trabalho, não configurando mais apenas uma relação linear de troca entre mão-de-obra e salário, mas uma relação de dar-se por inteiro.

Segundo Nardi (2006, p. 63),

O taylorismo e o fordismo impuseram um modo de subjetivação marcado por processos disciplinares vinculados a uma forma particular de organização do trabalho, a um código moral e a um modelo de comportamento que se estendiam da fábrica e do sindicato para a família, para a escola e, mesmo, para a forma particular de urbanização dos bairros operários.

Na atualidade, Nardi (2006) sintetiza que o *empowerment* tem o seu papel no trabalho como a responsabilidade de erros realizados pelos trabalhadores, uma semiautonomia visando a uma tentativa de autorregulação e rotatividade de tarefas, resultando em um aumento de exigências. Aqui acrescento e exemplifico as tramas da governamentalidade, a exemplo da tecnologia do controle por meio da disciplina, da vigilância, do conhecimento como normatizador, dos contratos, herdadas da Idade Média e da Modernidade.

Rose (1999) compreende como novas formas de tecnologias aquelas que nomeia como tecnologias de governo, de tecnologia humana, cujas capacidades reunidas devem ser compreendidas e postas em prática por meios técnicos. Tal união humana é heterogênea

devido à diversidade de objetos, conexões sem uma essência única. O autor cita dois exemplos de tecnologias de governos, que seriam a administração científica criada por Taylor no início do século XX, sem envolver alianças e compromissos, apenas o lado voltado para um processo de produção, e a da escolarização, com a educação de uma sociedade segura, o bem-estar infantil, a justiça criminal e muito mais, de modo híbrido, heterogêneo, de obrigações profissionais, sendo um complexo e móvel resultado das relações entre pessoas, coisas e forças.

Na atualidade, isso está presente pelas formas de saber instituídas por novas estratégias de trabalho, em que o trabalhador deverá adequar-se e empoderar-se de novos conhecimentos, normas e éticas, bem como de conhecimento técnico, conhecendo a sua demanda e colaborando com seu trabalho produtivo, de modo a sobreviver no mercado de trabalho. Essas estratégias articulam-se em estratégias de governamentalidade biopolítica que recaem sobre as formas de Humanização na saúde. Desse modo, a Humanização na saúde é um campo de tensão engendrado por aquilo que se constitui tanto em campo da Saúde Coletiva, quanto em campo da Saúde Pública. As estratégias de governamentalidade biopolítica no que tange à relação entre gestão, Política de Humanização na Saúde e processos de trabalho na saúde engendram um campo de lutas, de jogos de poder que fazem aparecer como acionadores e normalizadores da segurança. Essas considerações trazem para este estudo a necessidade de aprofundar os conceitos de biopolítica e governamentalidade, pois sustentam a formulação da problemática da pesquisa, ou seja, para fazer uma genealogia da relação entre trabalho e saúde no campo das políticas públicas como caminho investigativo dos modos como as relações de poder/saber constituem os processos de trabalho na saúde, é necessária a articulação do problema com os conceitos que lhe dão forma.

### 3.2 GOVERNAMENTALIDADE E BIOPOLÍTICA

A importância de considerar a biopolítica como um mecanismo de governamentalidade reside na compreensão de que é por meio do nascimento dessa tecnologia de governo inseridos em um Estado, que são forjadas as estratégias sanitárias. Ou seja, a biopolítica constituirá o campo de ações voltadas para os fenômenos da vida da população, encontrando na saúde um objeto fundamental desses procedimentos de governo. Apresento governo como estratégias de ação, intervenção, cuidado, proteção ao tecido social que

participa e vivencia a políticas públicas, aqui inseridas no cotidiano das tensões entre Saúde Pública/Saúde Coletiva.

A população, como um conjunto de indivíduos de uma mesma espécie, de uma mesma região, como totalidade de habitantes de um país, região, Estado, torna-se foco dos investimentos do poder, não no que tange às individualidades, mas no que concerne aos fenômenos que se constituem nessas relações de conjunto (FOUCAULT, 2009b). A emergência da população como objeto da governamentalidade dar-se-á em razão da necessidade de responder as questões sociais que se conformam como problemáticas de governo de Estados-nação: a arte de governar, “[...] segundo o princípio da razão de Estado, é fazer com que o Estado possa se tornar sólido e permanente, que possa se tornar rico, que possa se tornar forte diante de tudo o que possa destruí-lo [...]” (FOUCAULT, 2008. p. 6). A urgência a ser respondida não requer mais apenas mecanismos de controle dos corpos, mas, fundamentalmente, de controle das formas de viver em conjunto.

Para compreender em que ordem de mecanismos está a biopolítica, Silveira (2005, p. 88) diz que o

[...] primeiro mecanismo problematizado por Foucault é o jurídico discursivo, que gerava exclusões; o segundo mecanismo, o disciplinar, incluía as individualidades, no interior de um espaço atravessado por procedimentos de vigilância e controle, o que permitia uma forma específica de normalização; o terceiro mecanismo, o da biopolítica, enfoca um conjunto de processos populacionais.

Segundo Silveira (2005), Foucault associa a autolimitação do governo e verdade diante das questões da loucura, da doença, da delinquência, da sexualidade. Tais questões tornam-se dispositivos de saber, pois o interesse é compreender o que é verdadeiro e falso, compreender o que é loucura, pensar sobre como prevenir doenças, sobre a importância da higiene, entre outras coisas, em uma racionalidade liberal que permitirá o exercício biopolítico.

O liberalismo surge dessa arte de exercitar a verdade, o mercado. Silveira (2005, p. 88) afirma que, “[...] pela primeira vez na história, o foco não eram mais as epidemias populacionais, mas as endemias [...]”. A preocupação volta-se para uma análise demográfica da população. O tempo de trabalho, as doenças incuráveis, as doenças situacionais eram preocupações subentendidas como formas de segurança para a população, de controle, na

intenção de aumentar a vida, pois é essa população que pode produzir riquezas e trabalho para o Estado.

Silveira (2005) considera que, no final do século XVIII, foi introduzida uma medicina da higiene pública e da medicalização da população, com a compreensão do indivíduo como corpo social. A biopolítica torna-se uma racionalidade técnica das formas de governamentalidade. O autor aponta que a biopolítica e a disciplina sucedem o regime das punições, que antes eram corporais, na tentativa de controle; na biopolítica, tornam-se “[...] mecanismos que garantem o controle, a vigilância e organização das forças que são submetidas pelo poder [...]” (p. 67) e que são dispositivos de segurança, de normalização, que permitem dentro de uma ordem a circulação.

Foucault (2008) considera que, como dispositivos relacionados às relações de poder, a biopolítica, com origem na necessidade de segurança, e o surgimento da polícia no controle dos corpos eram muito ilimitados e misturados com questões administrativas e generalistas. No interesse em governar a população, surge “um triângulo soberania-disciplina-gestão governamental”, com alvo na população na era da biopolítica (FOUCAULT, 2007a). O autor detecta que os movimentos nomeados como governo, economia política e população se constituem a partir do século XVII – um conjunto ainda não desmembrado, mas que se conforma objetivando a Saúde Pública.

No liberalismo, outro fenômeno que ocorre em paralelo é definido por Foucault (2008, p. 47) como um governo frugal e inteligível, ou seja, é responsável por mostrar simplesmente a possibilidade de uma governamentalidade passível de ser compreendida e formada pelos “[...] incontáveis cruzamentos entre jurisdição e verisdição, que é sem dúvida um dos fenômenos fundamentais na história do Ocidente moderno [...]”. O autor apresenta a intenção de articular o fenômeno de jurisdição e verisdição, por exemplo, no governo de polícia, para compreender a psiquiatria nas instituições penais, na sexualidade, por meio da confissão e do relatório médico.

Em busca pela verdade presente, Foucault (2008, p. 49) anuncia que o “[...] regime de verisdição não é uma certa lei da verdade, mas sim um conjunto das regras que permitem estabelecer, a propósito de um discurso dado, quais enunciados poderão ser caracterizados, nele, como verdadeiros ou falsos.” Nesse sentido, as estratégias biopolíticas atualizam-se mediante um regime de verdades, isto é, os mecanismos de poder pressupõem formas de

governo pela verdade. Sua crítica está na proposta de se pensar “em que condições e com quais efeitos se exerce uma jurisdição” (p. 50).

Sendo assim, compreendo que a proposta do autor não é apontar erros sobre o que era verdade, a exemplo da medicina do século XIX; o que importa são as relações em torno do que foi definido como verdadeiro ou falso e refletido diretamente na política, na forma de governo. O que vai definir o liberalismo para os séculos XIX e XX é essa ambiguidade de direitos, tanto por parte da política quanto dos indivíduos que fazem parte do governo e da sociedade, avaliando-se que tipo de poder público radical se exerce sobre a forma de governar.

Se antes o Estado tinha como interesse uma população com mais vida e produzindo riquezas, características de um período mercantilista, agora há um entrelaçamento de “[...] interesses individuais e coletivos, a utilidade social e o benefício econômico, entre o equilíbrio do mercado e o regime do poder público, é um jogo complexo entre direitos fundamentais e independência dos governados [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 61). Dessa forma, esse governo não age diretamente sobre as pessoas, e sim sobre fenômenos da política, de interesses por meio da produção de valores como forma de governo, como modos de regulação, de controle. Tal forma de governo torna-se polimorfa, pois herda a vigilância como modo de controle, observação, investigação, com a disciplina abordando as condutas da população. Há um governo de polícia que se confunde em suas delimitações. Foucault (2008) afirma que o governo de polícia era ilimitado nesse período, no sentido de expandir-se pelos métodos administrativos do governo, nos cuidados com a higiene, na saúde da população, em epidemias e endemias.

A forma de governo proposta no liberalismo expande-se em relação ao mercantilismo anterior e aos modos de se conduzir uma população, quando fora citado o modo de governar da soberania e soberanos. A nova proposta do liberalismo preocupa-se com as relações de exterioridade, ou seja, de interesses dos governados, interligando-se como regulação e modos de poder e saber por meio de suas práticas indissociáveis entre si e vinculados a uma jurisdição implantada como forma de verdade, como leis e condutas como um método de controle.

Por exemplo, nas práticas de saúde, de condutas médicas, o importante é compreender não apenas a evolução dos métodos científicos, mas das formas de atuações políticas que o

liberalismo propôs como modo de seus governados poderem expressar suas demandas e ao mesmo tempo seguirem condutas e regimentos de um governo que analisa e investiga, tendo como ponto de partida os próprios governados. Desse modo, o liberalismo contribui expondo uma relação entre governantes e governados como indissociável, em que as formas de poder e controle são polimorfas, ou seja, possuem várias formas, ocorrem em relações simétricas e assimétricas, em relações que estão submetidas a uma classificação entre verdade e falsidade. Desse modo, são formas de conduzir por meio da verdade e das leis; quando não são respeitadas as respectivas normas, leis como formas de verdade caem no julgamento, na punição quando descobertas; quando são omitidas, negadas, também passam a ser uma forma de poder sobre o olhar daquele que investiga, que julga, que controla – portanto, o poder está em todas as interfaces juntamente com as formas de verdade.

Embora exista um governo que conduz como forma de saberes jurídicos e verisdições, elas são originárias dos governados, e que tanto governantes quanto governados assumem a trama das relações de saber e poder que conseqüentemente geram disparidades, assim como encontros dentro dos modos de governamentalidade e que estão inseridos em um Estado. Quando Foucault (2008) cita a atuação no mercado econômico diante de preços, suas relações de trocas se fazem valer quando há leis e normas de conduta para que o processo natural da comercialização possa promover um tipo de economia que possibilite, por meio da verdade, imperar sobre a falsidade, a omissão. A verdade é como forma de lei garantindo uma prática, uma gestão de governo. É desse modo que se estabelecem as práticas liberalistas, em que a expressão, a vontade, está sob um olhar regulador do regime da verdade e das formas jurídicas que contribuem para a história do Ocidente Moderno. Tal sistema é definido em sua análise como simples e de fácil compreensão – em suas palavras, “frugal e inteligível” (FOUCAULT, 2008).

A regulação de verdade também se desloca para as formas de cuidado da população, nas práticas médicas, na administração de hospitais, na psiquiatria, psicologia, filosofia, considerando a expressão, a fala, a verdade daqueles que buscam o cuidado, que delimitam que doenças possuem, se sofrem de epidemias, se necessitam de prevenção e proteção. Esses mesmos governados, inseridos em uma rotina de comércio, criam movimento e estrutura de uma economia como fonte de produção do trabalho, como modo de produzir riqueza como produto da força do trabalho; quando as deficiências superam as riquezas, imperando a pobreza, o desemprego e as epidemias, causam deficiências econômicas que provocam formas de verdades expressas pela população. Desse modo, as leis oriundas de uma verdade, de uma



vontade que parte dos governantes, que têm o olhar sobre os governados, possuem como origem os próprios desejos, as demandas da população, seja quando ela enriquece ou quando empobrece, quando tem saúde ou adoce, quando é dominada pelo crime ou domina pela infração, sendo também fonte de verdades construídas e ilimitadas.

O liberalismo propõe uma liberdade parcial, no sentido de que os governados devem seguir um regime de regulação de verdade, ou seja, teremos liberdade desde que esta não infrinja normas, leis, ética, estética do modo de governo. Quando cedem a essa verdade, possuem certa liberdade de comercializar, de buscar o cuidado, a proteção, o emprego; ao contrário, terão a liberdade, a prova de uma verdade que poderá ser contraditória, ou negada por uma lei, um controle, uma punição como forma de sobrepor os saberes e poderes de uma nação. Foucault (2008, p. 111) diz que “[...] um Estado que viola as liberdades fundamentais, os direitos essenciais dos cidadãos, já não é representativo desses cidadãos [...]”.

Segundo Foucault (2008) esse governo, por sua vez, não lida com indivíduos ou coisas; ele lida com o valor das coisas na base da troca, ou seja, o governo liberal e, posteriormente, o neoliberal utilizam-se do fenômeno da regulação da verdade e suas leis por meio da troca. Do mesmo modo ocorrem as trocas nas relações entre as pessoas que fazem parte de uma mesma família, ou quando formam uma família. Nessa família, existem mecanismos de funcionamento próprios, em que ocorrem trocas recíprocas de responsabilidades, deveres, direitos. Por exemplo, o esposo determina a esposa certas responsabilidades, ou quando esposo e esposa estabelecem suas respectivas obrigações para o novo lar, como forma de administrar e conduzir a vida, construindo formas de verdade na família e na educação dos filhos.

Quando abrangemos esse modo de governo ao Estado, retomo o exemplo utilizado sobre a oferta de emprego, em suas instituições públicas, ao estabelecer as contratações por meio do concurso, como meio de seleção, classificação dos indivíduos. Este passa a ser exemplo de regra, lei reguladora para definir empregos nomeados públicos, oferecendo em troca uma estabilidade diferenciada da empresa privada. Na compreensão iniciada com o liberalismo e estendida as práticas neoliberalistas, emprego seja oferecido em empresas públicas ou privadas, oferecem em troca da dedicação do indivíduo e de grande parte de seu dia dedicado à produção, à geração de riqueza: o salário. Estas relações de trabalho, de contratações, demissões, são associações que partindo da perspectiva liberal e neoliberal caminham intrinsicamente nos dias atuais.

Em termos de segurança, o liberalismo assume um novo padrão, diferente do soberano, que era responsável pela segurança de seus súditos; agora, os direitos caminham não mais em torno de uma segurança externa (soberano cuida dos súditos) e, conseqüentemente, o governo pode promover a noção de perigo para a população. A prática do neoliberalismo circula nos interesses de suas verdades, de suas leis; ao mesmo tempo em que autoriza as práticas cotidianas, submete a um modo de controle em uma estrutura de leis que se preocupa com o indivíduo que faz parte de um coletivo, sob forma de proteção do Estado, e essa noção de perigo faz parte de uma cultura política estabelecida no século XIX. Tais perigos compreendem desde os crimes que são divulgados, por exemplo, em jornais, até as pestes que resultaram em mortes e a guerra.

Assim, percebe-se que o neoliberalismo está presente como uma tecnologia de governo inserida nas práticas de trabalho no cotidiano da saúde, que estão sob o olhar vigilante dos próprios governados. Estes podem denunciar condutas ao mesmo tempo em que profissionais podem vigiar suas próprias condutas, olhar entre si e conduzir suas práticas inseridos em normas institucionais e rotinas de trabalho, na formação de sindicatos, vivenciando as demandas oriundas da população, que dita suas carências, denuncia suas insatisfações, questiona as diversas formas de verdade e conduta de um sistema voltado para atender os próprios cuidados do individual/coletivo, a proteção da população, no propósito de reestabelecer a saúde, proporcionar a prevenção na base da troca. Um usuário saudável é um meio de produção que refletirá no sistema econômico, que estará submetido a uma regulação oriunda dos governantes por meio do cuidado, mas ele escapa a leis, normas, regimentos, estruturação ética, estética, desejos e formas de verdade. Cito que escapam as leis, pois as estruturas que permeiam as relações de saber e poder são polimorfos e móveis, são relações de exterioridade embora venham ao encontro das tecnologias de governamentalidade sendo o dispositivo de segurança um modo de controle regulador. Essas relações ora encontram-se, ora repulsam-se, gerando tensionamentos, que independentes dos encontros e desencontros constituem por relações de poder e saber.

Fazendo-se uma reflexão sobre este estudo, quando se citam várias tecnologias de governamentalidade, associando-as à atualidade, nas palavras de Foucault (2008, p. 106), temos que “O Estado não é nada mais que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas [...]”.

A rede de poder que se estabelece como método e se organiza capilarmente de cima para baixo e de baixo para cima funciona como mecânica das próprias relações do poder. E, onde há poder, há a resistências, que são

[...] possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício, por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações [...] (FOUCAULT, 2009b, p. 106).

A maquinaria humana citada por Foucault (2008) no neoliberalismo americano aponta para um indicativo da produtividade do poder, visto que o indivíduo produz também para si, além de ser gerador e responsável por produzir, seja serviços, como é o caso da Saúde Pública/Coletiva, seja produtos, por meio do conhecimento, da cientificidade provada, testada. Quando se aceita o conhecimento, isso significa, no neoliberalismo, que se está fadado a submeter-se a um modo de regulação, de normas que são verdades proclamadas, ditas e inscritas na cultura social, na relação entre governantes e governados – portanto, a submissão, a imposição, a punição, o julgamento, a análise por meio da investigação, do inquérito na atualidade. Neste estudo, vivenciam-se tais tecnologias quando se realizam entrevistas, rodas de conversas, a escuta, o olhar de examinadora das práticas discursivas e seus saberes e poderes nas relações cotidianas do contexto de três UBS e uma Unidade 24 Horas que participaram da construção desta pesquisa.

A exemplo do Panóptico, Foucault (2008, p. 91) diz que é a “[...] própria fórmula de um governo liberal, porque, no fundo, o que deve fazer um governo ? Ele deve ser limitado à sua função de vigilância [...]”, mas não é uma mecânica regional e limitada a instituições, é uma forma política geral que caracteriza um tipo de governo. Depois do Panóptico, em que a intenção era o controle e a vigilância, o liberalismo caminha para o século XX com o controle voltado para a economia, para a democracia, para a defesa contra o comunismo, o socialismo – a defesa em busca da liberdade.

Foucault (2008), partindo do dispositivo da biopolítica, apresenta as relações de poder como polimorfos. Desse modo, o investimento na vida da população terá a Saúde Pública como uma estratégia, ou seja, assume diferentes modalidades no cotidiano: relações do sujeito consigo mesmo, dos sujeitos entre si, dos sujeitos com o Estado, outras. Além disso, recai sobre a vida no seu desenrolar.

Assim, o liberalismo do século XVIII e suas vicissitudes promovem um novo mecanismo de pensar político e cultural, com mecanismos de interesses que tinham como principal apoio a troca, porém, o neoliberalismo alemão e o americano surgem com um novo propósito: a concorrência e conseqüentemente a desigualdade no comércio, que proporcionam a regulação como uma nova proposta de maquinaria – a empresa (FOUCAULT, 2008). O indivíduo, visto como fonte de riqueza, além de promover a riqueza do Estado, da empresa, também promove a si mesmo, ou seja, proporciona-se a sua própria forma de vida e conduta de um modo de riqueza. Assim, atualmente, quando empresas estabelecem no mercado uma concorrência vista como leal ou desleal às leis do comércio, promovem uma conduta nos governados. Nas propostas de metas e produtividade que as empresas estabelecem aos seus funcionários, não apenas se produzem bens, mas serviços visualizados como fonte de produção e pertencentes à empresa.

No caso da saúde, embora exista uma preocupação em quantificar as demandas, elas são vivenciadas e sentidas no cotidiano, ou seja, tanto as práticas de trabalho e conduta no cuidado quanto quem solicita um cuidado não apenas compreendem o cuidado no sentido de reestabelecer a saúde, mas no sentido de atitudes que envolvem o sentimento, o afeto, a percepção e, portanto, os meios de produzir, promover e proteger uma população. Estes são serviços invisíveis, apenas sentidos, que, quando submetidos a esse olhar, necessitam de uma análise qualitativa para compreender tais práticas e formas de governo.

O neoliberalismo herda do liberalismo a troca, mas com ênfase nas leis que regem a comercialização, emergindo juntamente com a vigilância e a intervenção nas condutas sempre que se considerar necessário. Assim, o neoliberalismo fixa-se no pensar por meio de empresas, desde uma empresa nomeada família, ou seja, um lar em que cada indivíduo tem suas obrigações e direitos, formando um coletivo/empresa, até empresas que promovem o emprego e a produção de bens e serviços oriundos da maquinaria humana. Estas formam um mecanismo que proporciona a concorrência, multiplica valores que se diferenciam e que, por tais diferenças, se destacam na concorrência do mercado ou perdem mercado, demandas. Essas multiplicidades de valores vinculados à produção empresarial ocorrem dentro de regimes de verdade e jurisdição. Foucault (2008) aponta que será necessário estudar o trabalho como conduta econômica; portanto, é necessária uma análise econômica, envolvendo o conhecimento, racionalizando as estratégias do trabalho e ao mesmo tempo analisando qualitativamente os aspectos que fazem parte de uma economia quando se utiliza tecnologia neoliberal.

Foucault (2008, p. 318) indica que os neoliberais americanos, no século XX, afirmam:

[...] trabalho comporta um capital, isto é, uma aptidão, uma competência; como eles dizem: é uma máquina. E por outro lado, é uma renda, isto é, um salário ou, melhor ainda, um conjunto de salários; como eles dizem um fluxo de salários [...].

Diante dessa perspectiva neoliberal, Foucault (2008) afirma que o *homo economicus* é um empresário de si mesmo, de sua família, sendo para si o seu próprio produtor. A medida de regulação neoliberal envolve a análise qualitativa do capital-competência originário do berço e dedicação familiar da educação, do conhecimento, do nível de herança cultural. Fazendo um elo com Foucault (2008), essa maquinaria também é extensiva aos cuidados médicos, aos modos de cuidado da população, à higiene e Saúde Pública, que podem ou não melhorar o capital humano. Dessa maneira, os neoliberalismos americano e alemão, sendo o primeiro mais exaustivo, mais radical, buscam qualitativamente compreender as relações sociais e comportamentos individuais. Embora tal política visasse ao controle econômico, também passou a pertencer a outras formas de saber, como a sociologia e a psicologia, fazendo da prática política um deixar-se fazer por meio dos fenômenos do capital-competência humano, deixando-se “[...] tornar governamentalizável, somente na medida em que torna-se *homo oeconomicus* [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 345) – a interpelação entre indivíduo e governo, um homem que aceita a racionalidade, que aceita uma regulação por meio de leis, contratos.

Focar nas formas de governamentalidade como dispositivo para a compreensão dos processos de trabalho na saúde encaminha este estudo para a relação desta com os processos de gestão, na medida em que eles acabam por conformar os modos de governo de trabalhadores e o trabalho na saúde – ou seja, eles se constituem por um conjunto de práticas discursivas que produzem tanto o trabalho quanto o próprio trabalhador.

### 3.3 GOVERNAMENTALIDADE

A governamentalidade é um conceito proposto por Foucault (2006) para compreender as formas de governo da população que ao mesmo tempo implicam tecnologias diferenciadas que interagem no corpo social. Essa relação entre forma de governo e população constitui-se justamente pela biopolítica, na medida em que esta focaliza a vida, mas no que tange à

articulação com a figura da população. As formas de governamentalidade, constituídas pela biopolítica, não têm a vida como foco, mas especificamente as formas de viver da população. Isso implica um conjunto de estratégias e táticas diferenciadas, pois não basta governar a vida – governam-se as formas de viver. A importância desse conceito para o presente estudo reside na compreensão de que existem diversas possibilidades de governamentalidade presentes nas políticas públicas, ou seja, táticas de conduzir e controlar a vida da população em seu cotidiano. Como o trabalho na saúde é organizado e gerenciado pelas políticas públicas, esse conceito acaba por auxiliar na compreensão dos modos de governamentalidade inseridos no cotidiano de trabalho e em suas relações interpessoais.

A proposta é ter como ponto de partida a discussão sobre os dispositivos citados por Foucault (2007a) que estabelecem as relações entre o governar e ser governado, ou seja, identificar e compreender quais são os dispositivos presentes em diversas situações que nos levam a refletir como tais dispositivos promovem certos modos de governamentalidade repercutem nos serviços de saúde e políticas públicas de saúde no Brasil.

O termo governar surge na intenção de se estabelecer certo tipo de organização e ordem social. Isso se apresenta desde como um governante deve se comportar em sua vida amorosa, como deverá exercer o poder para com seus súditos e refletir quais as condutas exercidas em uma cidade até o que deve ser adotado pedagogicamente para o desenvolvimento e o crescimento das crianças. Daí a complexidade do ato de governar de um modo geral, associando-se ao desenvolvimento e crescimento da população, refletindo e discutindo qual seria o método ideal para se administrar e conduzir uma parcela de população (FOUCAULT, 2009b).

Diante desta breve apresentação, observo uma preocupação constante sobre como conduzir e administrar a população, de acordo com indicativos discutidos por Foucault (2006). Um deles é o dispositivo de segurança, sugerido como ponto de apoio para se refletir sobre situações presentes em um período que antecede a Modernidade e transita por ela, o que possibilita pensar nas nossas questões sobre os sentidos construídos nas relações de trabalho na Saúde Pública, que serão discutidas neste contexto atual. No exemplo dos dispositivos de segurança, que são apresentados como problemas específicos da população, com uma ligação direta entre segurança, população e governo, Foucault (2006) apresenta o sentido do termo segurança, entendida como algo não muito definido quanto é atualmente o papel do policiamento da Contemporaneidade.

Nesse deslocamento de um modo de governo de soberania, inicia-se a Modernidade, começando a engendrar-se uma preocupação com o modo de ver os problemas de saúde da população em seu conjunto, com a forma de administrar as doenças, o direcionamento e as formas de tratamento da população quando esta adoecia, além da conduta da moral e da organização familiar. Todos esses fatores estavam sobrepostos e sob o controle da polícia (do soberano, e não de uma polícia de Estado, em um primeiro momento).

A Modernidade inicialmente constitui-se por um modo de governo soberano, uma estrutura que tinha suas formas de conduta no ato de governar, somado ao auxílio da pastoral católica. Este modo de conduzir governados realizava-se primeiramente pelo exame de consciência, a qual antecedia a confissão dos pecados, esse é um dos modos de governo, como forma de verdade, regulada pelas leis da Igreja Católica como reguladora dos governantes e governados, ou seja, modos de verdade que tornam-se leis e regimentos de conduta. E em situações opostas o que não era de acordo com o regimento tornava-se uma punição.

Podemos acrescentar que a estrutura feudal, a qual também tinha como aliado o Clero, ou seja, a Igreja Católica, enfrentara durante a transição do modo de governo feudal um período de reivindicações representadas pela Reforma e Contrarreforma como ação para uma mudança na forma de governo, mas não deixando de ser um novo modo de governar seus servos e como conduzi-los, mas caminhando ao encontro da conduta determinada pela Igreja, o exame de consciência, confissão dos pecados, a punição e o perdão dos pecados.

Nesse momento, a divisão da Igreja e o surgimento da Igreja Protestante contribuem para a criação de outras formas de governo e, conseqüentemente, novas subjetividades, que passam a constituir-se na relação estabelecida entre capitalismo e economia política. A migração de um modelo mercantilista para um capitalista constituiu uma racionalidade não mais de soberania, mas de Estado-nação, o que apresento mais adiante.

Foucault (2006) mostra como é o funcionamento dos dispositivos de segurança como forma de governo, citando questões sobre como governar a si mesmo e, simultaneamente, sobre como se dispõe o governo das almas e das condutas, algo muito presente na pastoral católica e protestante, apontadas como uma problemática do século XVI, justapondo-se ou contradizendo-se, isso porque ambas têm interesse no controle. Sequencialmente, o ato de governar mostra-se pela soberania do Príncipe (aquele que conduz). A Igreja Católica

enfrentou novos tratados, ou seja, a Reforma e a Contrarreforma, em que surge o protestantismo. O interesse em comum é a salvação das almas pela forma como a população caminhará como conduta e método de governo. Portanto, entendo isso como uma justaposição, embora as igrejas se contraponham nas formas de poder pela conduta de leis. Inicia-se uma multiplicidade de acontecimentos, e por meio dos discursos surgem necessidades que são formas de conduzir a população, que não mais é homogênea no sentido de aceitar apenas propostas da Igreja Católica, e sim ofertas da Igreja Protestante. Porém, o foco ainda é ser conduzido por uma lei de Deus e salvação das almas, portanto, trata-se de uma forma de governo. Além disso, a tecnologia do poder não se apresenta mais apenas pela imposição de soberania do principado e obediência dos soberanos, mas pelas relações entre indivíduos, pelas multiplicidades de conduta e questões ascendentes e descendentes do governo da cidade e do governo das famílias.

A diversidade de leis nesse período aumenta, bem como as ambivalências, a ambiguidade para o governo e, conseqüentemente, para governar a população. Quando pensamos em analisar e compreender os mecanismos vivenciados nas estruturas feudais, na Reforma, na Contrarreforma e juntamente com as propostas religiosas, pode-se pensar como resultado pontos problemáticos presentes no governo de um modo geral devido a tais modificações e variações de leis e condutas e às suas relações de poder. Governar a si mesmo, nas palavras de Foucault (2006, p. 286), expande-se para “[...] como governar os outros, por quem devemos aceitar ser governados, como fazer para ser o melhor governante possível [...]”.

Assim, as maneiras de governar-se se expandem, tornando-se mais complexas, na medida em que surgem pensadores como Maquiavel, citado por Foucault (2006), e pensadores anti-Maquiavel, que discutem diversas situações entre Príncipe e principado.

Foucault (2006, p. 285), em uma de suas entrevistas, cita a percepção de Nicolau Maquiavel (1469-1527), que instituiu um corolário chamado princípio, dizendo que a relação entre Príncipe e principado é um laço puramente sintético e concluindo que, “[...] uma vez que essa relação é de exterioridade, ela é frágil, e não cessará de ser ameaçada [...]”. Compreendo que tal relação apresentada por Maquiavel percorre o mercantilismo, e seus objetivos são os de exterioridade, são exógenos, no sentido de acumular riquezas para o soberano, ampliar territórios, independentemente de haver uma relação entre indivíduos. O que o autor aponta aqui é justamente as diferenças entre as formas de governo soberano e aquelas que se



constituirão em uma lógica de Estado-Nação: o primeiro governa o território; o segundo, por meio de uma descentralização dos mecanismos de poder, governa a população.

O pensamento anti-Maquiavel propõe, para Foucault (2006, p. 286), que a arte de saber fazer, de conhecer, o *savoir-faire*, não seria uma arte de governar por meio da habilidade em preservar o principado, e sim pensar em que consiste a arte de governar, a exemplo de “[...] como governar uma casa, crianças, almas, uma província, um convento, uma ordem religiosa, uma família [...]”, percorrendo, dentro de um território, as relações entre indivíduos/população. Em outras palavras, compreende-se que a arte de governar deve fazer “[...] referência a uma forma de ciência ou de reflexão particular: o governo de si mesmo, referido à moral; a arte de governar uma família como se deve, referida à economia; enfim a ciência de bem governar o Estado referida à Política [...]” (p. 287). Essa forma de governo seria uma política nomeada de “pastoral do poder”. Ela, a todo o momento, cita e determina o que é moral, como deve ser conduzida uma família com a influência religiosa, mas também do discurso científico como um acontecimento que começa a organizar os modos de governo de forma distinta, a partir da relação da ciência com o Estado. Aqui a ênfase caracteriza-se pelo governo do território, e não da população.

Para compreendermos o poder soberano, centralizado na figura do Príncipe, no século XVI, conhecia-se algo, ou seja, conceituava-se partindo-se das leis de Deus para constituir-se a verdade, a moral, os princípios, e esse momento é marcado pelo surgimento do mercantilismo como forma de governo. Foucault (2006) expõe que o mercantilismo é a primeira forma de governo com o objetivo de enriquecer a população, a exemplo do uso da balança europeia.

A segunda forma de governo é o Estado de polícia nos séculos XVII e início do XVIII, que possuía o controle quase que ilimitado, diferentemente dos modos de governos de príncipes, principados e seus exércitos, em que o foco era o controle dos territórios, ou seja, um modo de controle definido pela exterioridade.

No governo de Polícia, os objetivos não eram muito definidos; o cuidado estava voltado para as epidemias, sem pensar em prevenção como um modo de conduta, pois aqui a preocupação era conduzir sem estabelecer critérios e delinear fatores. Somente com o surgimento de novas tecnologias de saber e poder, a exemplo dos dispositivos da disciplina, e sequencialmente o de segurança, que surgem novas tencologias de controle, como em uma

medicina tecnicista. Após esse período, emerge outra conformação das estratégias, que seria o exército como forma de controle, conduzido pelas estratégias de combate às epidemias, pelo dispositivo da disciplina e segurança. Não se trata mais de um governo contra perigos externos para o território, mas de um governo de segurança contra os perigos internos.

Durante os séculos XVII e XVIII, também se estabelece a lei do direito natural, que o soberano não pode transgredir, devendo cumprir um contrato com seus súditos dizendo “[...] o que se compromete a fazer e a não fazer certo número de coisas [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 12). Diante disso, as legitimações passam pela formalização de contratos; uma vez contratado, surge o direito adquirido de algo ou o dever, a razão do Estado. Sendo assim, de acordo com o autor, surgem leis demarcando um controle, uma busca pela limitação na intenção de se criticar “em torno de como não governar demais”. Nas palavras de Foucault (2008, p. 18),

[...] não é o abuso da soberania que vai objetar, é ao excesso do governo. E é comparativamente ao excesso do governo, ou em todo caso à delimitação do que seria excessivo para um governo que vai medir a racionalidade da prática governamental [...].

Aqui a economia política passou a conter limites, ou seja, uma autolimitação. A arte de governar utiliza-se desse momento como uma possibilidade de estabelecer a verdade sobre suas ações, determinando direitos e deveres do que é contraído, adquirido e, portanto, regulado.

O mercantilismo é citado como um exemplo de governamentalidade, ou seja, como prática de governo, sendo um tipo de poder disciplinar e normatizador, segundo Foucault (2011). Sua metodologia estava baseada no uso de leis, ordens e regulamentos, com a origem dos contratos e a gestão da família.

É no mercantilismo que os processos se iniciam no sentido de organizar uma população, não desconsiderando a gestão familiar, mas direcionando para os fenômenos da vida no espaço coletivo. Focaliza-se, para tal exercício, a importância da arte de governar de uma racionalidade que articule a produção de verdades/saberes sobre os indivíduos/população e tecnologias disciplinares.

Importante dizer que o “[...] mercantilismo é a primeira racionalização do exercício do poder como prática de governo e com ele que se começa a constituir um saber sobre o Estado que pudesse ser utilizável como tática de governo [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 296). Embora

o autor apresente que o mercantilismo tem sua conformação a partir das ordens e leis estabelecidas com o auxílio da Igreja para exercer a soberania, compreende-se que nesse período a arte de governar se vincula à soberania, à ciência e ao modelo da família. Isso resulta na economia como forma de governo, fazendo uso do dispositivo de segurança, o que torna tal modelo indissociável da família inserida no contexto da população, sendo uma forma de governo e objetivando buscar respostas e modos de compreensão sobre o ato de governar e ser governado. Ao mesmo tempo, estabelecem-se novas tecnologias de regulação, com o exemplo dos contratos, da moeda, das diferentes igrejas, que conseqüentemente caminham para além do ato de conduzir uma família. Tais instrumentos, como a moeda, leis da igreja e contratos, acabam por tornar-se entrelaçados, uma vez que se iniciam com indivíduos, mas contribuem para formar uma população, na perspectiva de Foucault (2007a).

A economia política surge com o novo objeto – o indivíduo, e não mais exclusivamente o território. A economia política é sucessora de um controle religioso e passa a focalizar os indivíduos no que diz respeito a fenômenos como controle de natalidade, morbidade, mão de obra, fonte de riqueza voltada para uma massa de indivíduos inseridos em territórios. Essa migração das formas de governo do território para o governo das condutas dos indivíduos em seu conjunto, ou seja, a população, constituirá modalidades de gestão da vida e do trabalho em um território.

A teoria social e política voltou a atenção para a expansão da função do Estado, descobrindo a “mão do Estado” até mesmo onde pareceu ausente, pois isso se faz importante para responder as questões de poder “de Estado” (ROSE, 1999). O Estado, segundo Rose (1999), é centralizador das necessidades da população; dessa forma, age pelo controle, atuando como estratégia de governo ao dirigir e planejar em locais como organizações e entidades, inclusive nas formas de atuação nos serviços de saúde. Por isso, o autor aponta a necessidade de investigar o exercício do poder político além do Estado, pois existem estratégias das normas políticas que proliferam em um território não apenas como ações de um Estado, mas como ações cotidianas que extrapolem o próprio Estado. Essas formas de gestão não dizem respeito a um poder que oprime ao dominar, mas a relações de poder que produzem os modos de viver por meio de incitação. Entretanto, é importante marcar que formas de governo não são o mesmo que o Estado. O Estado constitui-se por formas de governo, mas as formas de governo são extensivas a todo o tecido social. O poder não é de Estado; na realidade, é um conjunto heterogêneo, micropolítico, que encontra, em algumas conformações sociais, certa centralidade nos mecanismos de Estado.

Foucault (2006, p. 357) diz que, “[...] nas sociedades europeias, o poder político evoluiu para formas cada vez mais centralizadas. Essa é a forma de política de um poder centralizado e centralizador que chamaremos de pastoral do poder individualizador [...]”. O autor mostra que o poder é individualizador devido a uma multiplicidade de ações e funções que percorrem os discursos por meio do que é dito, das demandas vivenciadas no cotidiano dos indivíduos; caracterizando necessidades semelhantes entre si, tais ações os tornam parte das famílias inseridas em um território que constitui uma população. A centralização é no indivíduo/população, e não na extensão territorial.

Sendo assim, a compreensão da pastoral católica, que pregava o bom pastor conduzindo o seu rebanho, remete à reflexão sobre um poder pastoral que encontra na figura do Estado seu fio centralizador, porém individualizante, sugerindo diferentes pastores na condução de exercícios de poder, ou seja, quando centralizamos a sexualidade, a loucura, a morte. Para Foucault (2006, p. 357), “trata-se da identidade em relação ao problema”, o que conseqüentemente se torna individual. Ou seja, trata-se de governar os vivos, as almas, como “[...] Deus governa o mundo, o pai a sua família ou um superior a sua comunidade [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 373), o que compreendo como uma forma de política utilizando-se da tecnologia do poder.

Outro exemplo de condutas sobre as relações de poder citado por Foucault (2006) é o das formas de poder para se governar, identificando que existe uma continuidade ascendente e descendente na arte de governar. Na ascendente, é expressa a importância de que o governante, antes de governar o Estado, saiba “se governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio”, o que é associado à tecnologia do dispositivo de segurança (p. 287). Já na compreensão descendente, Foucault (2006) mostra que um governante exerce a continuidade ascendente de maneira satisfatória repercutindo na população governada; conseqüentemente, os indivíduos comportam-se como devem. Tal movimento descendente tem seu funcionamento com o papel da polícia.

É nesse período final do século XVI, de acordo com Foucault (2006), percorrendo os séculos XVII e XVIII, como forma de intervenção estatal diferente dos dias atuais, que surge a polícia como asseguradora da ordem, como uma tecnologia de governo própria ao Estado, de domínio de justiça, finanças e exército, de controle de bens privados, dirigida ao inimigo interno, enquanto a economia parte da arte de governar a família instituída, a qual está inserida no contexto de uma população. Seria uma forma de controle sobre como os

indivíduos vivem, o que produzem nas suas relações de mercado, os bens de produção, a identificação de suas doenças e deficiências. Em suma, nas palavras de Foucault (2006, p. 281), “A arte de governar é precisamente a arte de exercer o poder segundo o modelo da economia política [...]” tendo como foco central a família para o século XVI com o surgimento da arte de governar de modo ascendente e descendente.

Existe uma hierarquia ascendente e descendente, sendo a primeira o pensamento que parte do ato de governar a si mesmo – possivelmente poderemos governar nossa família e tudo que a ela pertence, finalmente chegando a governar o Estado. Na segunda hierarquia, pode-se pensar no sentido de que, em um Estado bem governado, os pais de família sabem governar suas famílias e os indivíduos se comportam como devem, mas há uma tentativa de centralização e individualização.

Partindo do pensamento hierárquico e das formas ascendentes e descendentes de governar e ser governado, a disciplina surge como tecnologia de poder organizador, normatizador. Para refletir sobre as estratégias disciplinares, Foucault (2009a) utiliza o Panóptico de Bentham, um método de controle dos corpos sem aprisioná-los com grades e fechaduras, mas individualizando-os. A arquitetura do Panóptico propõe a construção de um “[...] anel e em seu centro uma torre: esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel [...]”; uma janela das celas é voltada para o centro, e a outra, para o exterior (FOUCAULT, 2009a, p. 190). O ideal seria que um vigilante estivesse no centro de um círculo, de onde poderia vigiar os presos em tempo integral. Esse método de poder se estenderia para os conventos, escolas, hospitais. A intenção do Panóptico é vigiar, é disciplinar, pois individualiza ao mesmo tempo em que normatiza ao esquematizar uma proposta de controle, de separação de loucos e não-loucos, enfermos e não-enfermos, crianças estudiosas e crianças que têm dificuldade no aprendizado. Além disso, estabelece àqueles que estão nas celas a ideia de que estão visíveis em tempo integral, estão sob vigia, que pode não ocorrer por alguns instantes. Então, essa tecnologia da disciplina sobrepõe-se ao poder – a todo o momento, podemos estar sendo vigiados de alguma forma, seja de cima para baixo, de baixo para cima ou nas lateralidades. Por isso que o poder, associado à tecnologia de uma disciplina, passa a ser visível e ao mesmo tempo invisível, abstrato, mas multiplicando-se nas suas formas.

Foucault (2009a) aponta a existência desse lugar como uma utopia, mas podemos pensar que ele está em todos os lugares. Ao pensarmos em Saúde Pública, a vigilância é

constante – não apenas por parte de uma administração que segue hierarquias, leis e normas, mas de pacientes que estão à espera de um atendimento, de funcionários que seguem suas funções de diferentes formas. Nesse caso, a disciplina surge além da norma, mas como fator individualizante ao distribuir tarefas, ao separar profissões, lugares e posições. A arte de governar pela disciplina organiza o tecido social não pela repressão, e sim pela norma, pela regulação, pela incitação. Essa é uma forma de poder que também está ligada ao saber médico, uma vez que, quando se examina, se observa, se classifica, também se individualiza, e o discurso médico é compreendido como um saber científico e necessário.

A disciplina é um mecanismo dessas formas de governar, dessas relações de poder, e não deve ser vista apenas como uma forma entrelaçada ao poder de modo negativo, como “exclui”, “reprime”, “recalca”, “censura”, “abstrai”, “mascara”, “esconde”. “Na verdade, o poder produz realidade, campos de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção [...]” (FOUCAULT, 2009a, p. 185).

Ao falar da disposição dos soldados no exército, Foucault (2009a) apresenta o dispositivo da disciplina como uma tecnologia de controle dos corpos, de normatização, como se fosse necessária uma articulação, um mecanismo de uma máquina integrada de corpos que exercem funções semelhantes entre si para realizarem determinadas tarefas, o que se estende às rotinas de escolas, conventos e também hospitais. A disciplina surge como método normatizador no sentido de se estabelecer uma organização e, somado a isso, como uma forma de controle em que o poder também se exerce como coadjuvante nesse processo.

Essa tecnologia insere-se nos hospitais e estende-se atualmente aos serviços de saúde da rede pública, com a intenção de que os cuidadores da saúde ocupem a posição de informar e conduzir a população, de vigiar o indivíduo inserido em uma população, por meio da prevenção, de estratégias de ação diante de epidemias, campanhas de vacinação e conhecimento da saúde da família. Foucault (2009a) diz que a tecnologia da disciplina se inicia em um controle de corpos, de vigilância por meio do Panoptismo, que controla as pessoas, mas que, ao mesmo tempo em que normatiza, é individualizante, pois caracteriza o indivíduo, separa-o, como é o caso dos tratamentos em hospitais do século XVIII. O desenrolar dessa percepção do vigiar mostra-se na necessidade de separar o louco do não-louco, o enfermo de um indivíduo saudável, as doenças infectocontagiosas de doenças que não são consideradas uma ameaça para a população. O vigiar apresenta-se pela técnica da ação médica de examinar, de escutar a demanda do paciente. O exame serve como controle,

como uma forma de poder funcional; por meio do saber, o contexto do sistema de saúde e daquele que está à espera de um cuidado torna-se científico.

Nas palavras de Foucault (2009a, p. 182),

O exame abre duas possibilidades correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não, contudo, para reduzi-lo a traços “específicos”, como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos, mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um poder permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa população.

Foucault (2009a) considera que é importante conhecer o poder não apenas como algo de imposição e de controle, mas compreender as diferentes formas de poder nas relações de indivíduo/população. Na Saúde Pública, o poder surge como uma organização do sistema de saúde por meio de um discurso científico, a exemplo das rotinas médicas presentes na anamnese, na consulta, que passam a ser um campo, além de uma tecnologia de saber e de poder, quando também pensamos no cuidado terapêutico não apenas emergencial, mas de prevenção, de proteção. Trata-se de formas de cuidado que, por meio do inquérito e do exame, possibilitam observar, investigar a conduta indivíduo/coletivo, como ocorre em programas da saúde da família e do trabalhador. São modos de controle do saber e poder nas relações estabelecidas na população como forma de governo.

Assim, o poder está justaposto à tecnologia da disciplina, que se estabelece pelo controle, pela vigilância, que inicialmente é colocada como proposta de um controle piramidal, ou seja, de cima para baixo, com administração e subordinados, mas que também é visível pelos subordinados, pois está em todas as partes, na medida em que o gerente controla, vigia, normaliza, conduz os subordinados. O poder é tanto de cima para baixo quanto de baixo para cima, ocorrendo também como lateralidade. Ao mesmo tempo em que se apresenta pela imposição de regras, a vigilância também pode partir de ambos os lados, podendo ser discreta e silenciosa, pois essa é uma tecnologia de homogeneizar a sociedade, de hierarquizar e de distribuir lugares, mas também é vista como uma técnica de saber funcional, como é o caso da forma de tratamento de doenças de indivíduos inseridos em uma população (FOUCAULT, 2009a).

Quando Foucault (2009a) analisa os hospitais diante do dispositivo da disciplina, utiliza como exemplo da visibilidade as alas abertas, em que é possível cuidar das pessoas enfermas e visualizá-las o tempo todo, como um método terapêutico que traz certa herança ao nosso contexto nas organizações de saúde.

Surgindo o ato de comportar-se como “se deve”, a normatização e a importância de um poder funcional iniciam a polícia como coadjuvante do dispositivo da disciplina. O governo das famílias, diretamente ligado à economia, surge como uma forma de governo para o século XVIII.

Para o século XVIII, governar “[...] designará um nível de realidade, um campo de intervenção do governo através de uma série de processos complexos absolutamente capitais para nossa história. Eis, portanto, o que significa governar e ser governado [...]” (FOUCAULT, 2007a, p. 282). Compreende-se um governar o campo do saber físico caminhando para além de um controle de corpos.

A polícia é entendida nesse período como um modo de governar; na afirmação de Foucault (2008), a governamentalidade nesse período era ilimitada, voltada para questões interiores ao território. No século XVIII, “O Estado de polícia é um governo que se confunde com a administração, um governo que é inteiramente administrativo e uma administração que tem para si, atrás de si, o peso integral de uma governamentalidade [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 51). Compreendo que nesse período o governo se apresenta de modo simples; para Foucault (2008), é definido como frugal, abrangente e, por isso, dito ilimitado nas funções e no controle do poder, da economia política, da soberania. Foucault (2006) cita Guillaume de La Perrière (1499/1503-1565), que indica a importância do ato de governar em comparação com o rei das abelhas. O zangão reina na colmeia sem precisar do ferrão, concluindo-se daí a importância de o governante ser sábio e conhecedor da justiça e da equidade; o ato de governar está sugerido por um governo disposto a seguir objetivos e finalidades por meio de suas leis e pelo zelo, utilizados como táticas instrumentais para atingir diferentes dimensões.

Tais objetivos, nomeados por Foucault (2006) com a expressão de “dispor” coisas, iniciam-se na trajetória das intervenções complexas da demanda de uma população em que as relações entre governantes e governados não serão vistas como repressoras, mas como um exercício contínuo de estabelecer formas de governo, objetivos e práticas possíveis para a economia, a população e a arte de governar.



Para Foucault (2007a), a tarefa da governamentalidade é dita como uma arte e seria uma proposta de instrumento que posteriormente se deslocaria para questões atuais. A partir do século XVIII, passa a ser uma estratégia de governo por meio de políticas públicas, campanhas de mortalidade, campanhas concernentes ao casamento, às vacinações, etc. Isso elimina o modelo de economia familiar, visto como uma relação de poder mais sintética de exterioridade e frágil que deixa de ser cristalizada nesse modelo, passando por um processo de desbloqueio, tendo em vista o mercantilismo, que foi apresentado por Maquiavel, e o surgimento de novas relações de poder devido a uma demanda de interesses e necessidades da população. Com a nomeação da população como objetivo de governo, a tentativa de governar não é apenas para extrair riquezas, como no mercantilismo, e sim para proporcionar a duração de vida e saúde das pessoas; portanto, a população passa a ser objeto de governo – ou seja, a governamentalidade caminha para um bio-poder mediante estratégias biopolíticas.

A ação de controlar a população é percebida em sua razão durante o século XVIII, associada ao histórico do mercantilismo e à necessidade de controle, ordem e disciplina, existindo uma passagem, então, da arte de governar para uma ciência política, em que as questões caminham além das leis e ordens, pelas necessidades de contratos, de uma organização econômica. O controle passa a ser exercido pelas diferentes formas de regulação, nomeadas de tecnologias de regulamentação, isto é, ações voltadas para o controle da população: habitação, mortalidade, natalidade, casamento, educação, entre outros fatores que conformam os modos de viver da população. A regulação expressa-se, por exemplo, mediante o conjunto de políticas públicas voltadas para a administração da vida da população. As políticas públicas surgem como estratégia de governamentalidade, como modo de regulação da relação da população com o Estado, da população com o território, da população consigo mesma.

Foucault (2006, p. 303) nomeia esse processo de história da governamentalidade, compreendendo “[...] que é um conjunto constituído por instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa de poder [...]”, tendo como alvo principal a população e a segurança como principal dispositivo. A governamentalidade Ocidental está vinculada com soberania e disciplina, muito presentes no século XVIII como uma arte de governar com desdobramentos e multiplicidades que se vinculam à população. O dispositivo de segurança constitui uma racionalidade de Estado de Segurança, ou seja, um Estado que deve proteger a sua população. A proteção não é

mais do território, mas dos indivíduos que constituem esse território. A segurança surge como estratégia de regulação desses indivíduos organizados em populações e, conseqüentemente, de relações de biopoder. A segurança é um tipo de resposta que o Estado dá à população frente às questões que emergem com a formação dos Estados-nação: pauperismo, morbidade, mortalidade, epidemias. É preciso assegurar um mínimo. Esse mínimo apresenta-se mediante as formas de assistência e gestão social: quando se está doente, quem cuidará? Quando se está desempregado, quem cuidará? Quando se aposenta, quem cuidará? Ao Estado, caberá a formulação de políticas que se apresentem como mecanismos de proteção, uma proteção que se estabelece por regulamentação, ou seja, apontando-se quem tem direito de ser assegurado pelo Estado. Esse direito constitui-se a partir da condução das condutas; aqueles bem conduzidos terão acesso ao direito de segurança/proteção do Estado.

A segurança/proteção não significou um tipo de organização social equitativa em termos de distribuição de renda e acesso a bens sociais e materiais, mas de mecanismos mínimos que asseguram certa ordem social. Isso aparece tanto na arquitetura urbana – por exemplo, áreas para hospitais, para escolas, para comércio – quanto no interior dos estabelecimentos – divisão de setores de uma escola, de um hospital. Isso permite um esquadrinhamento do espaço urbano e da vida da população. O esquadrinhamento faz parte do dispositivo de segurança e conforme identidades, posições de mobilidade para os indivíduos, produzindo formas de subjetivação. Um Estado de Segurança constitui-se por mecanismos de poder, mas atualiza-se em verdades.

Foucault (2003, p. 22) ressalta que tal processo provoca sentimentos de amor e horror ao Estado, fazendo parte das relações de poder. Para o autor, tais sentimentos confrontam-se; assim, o conhecimento adquirido nos faz semelhantes, mas também nos torna dominantes ou distantes: “[...] não há no conhecimento algo como felicidade e amor, mas ódio e hostilidade; não há unificação, mas um sistema precário de poder [...]”.

Foucault (2003) apresenta a questão da relação entre as formas de poder e os regimes de verdade, que constituem os modos de governar. Fala o autor que a “[...] relação entre conhecimento e as coisas conhecidas é arbitrária [...]”, associando o interjogo de sentimentos envolvidos nas escolhas de mecanismos que são “rir, deplorar e detestar” (p. 19). Foucault (2003) faz uso da perspectiva de Nietzsche, apontando que os sentimentos invadem as relações de saber e poder e fazem parte da raiz do conhecimento. Assim, ao mesmo tempo em que desejamos estar próximos ou nos assemelhar ao conhecimento, também temos um desejo

obsuro de detestar, de destruir. De qualquer modo, estamos escolhendo maneiras de posicionamento diante de determinada situação.

Foucault (2003) mostra como surgiram vários modos de se conduzir a verdade como forma de poder e saber na cultura Ocidental, em que os sentimentos que nos provocam tanto o desejo quanto a hostilidade são respostas de nossas escolhas ao aceitarmos, por exemplo, modos de saber, de conhecer. Submetemo-nos a um modo de sermos regulados por uma forma de conduta, em que o conhecimento e as formas de verdade sempre estarão interligadas com o poder. Ao mesmo tempo, à medida que nos posicionamos, construímos uma forma de verdade que segue estruturas de investigação, de vigilância, de inquérito, de exame, do testemunho que busca saber perspectivas de uma verdade que se molda aos princípios e formas de governo. À medida que, de um lado, se ganha, se conquista com sua forma de verdade, de outro, se submete, se perde. Nas palavras do autor, “O poder político não está ausente do saber, ele é tramado com o saber [...]” (p. 51). Juntamente com isso, quando buscamos formas de verdade enquanto população, o governo também é cego e sofre o domínio inscrito da população quando lhe pergunta, por meio de um inquérito, o testemunho da verdade. Na análise dos processos da compreensão do trabalho, os indivíduos formam um coletivo e, ao mesmo tempo, em que seguem normas e estruturas com base nas éticas institucionais, governamentais, rotinas de trabalho, metodologias da profissão e cientificidade, também conduzem os seus testemunhos e relatos como forma de verdade.

Ao elaborar-se uma análise criteriosa deste estudo, moldam-se os pilares de maneira a construir uma estrutura que parte da análise de discursos dos trabalhadores na Saúde Pública como forma de se compreenderem modos de verdade, de conhecimento, utilizando-se de ferramentas como o exemplo do inquérito, como tecnologia de governo e de produção de verdade.

Tal método ressurgiu na Idade Média, pois anteriormente havia uma metodologia grega, utilizada durante o Império Romano, com uso da prova e testemunho de uma população para garantir uma forma de verdade. Porém, nesse momento, a investigação, o testemunho de uma população, o julgamento dos indivíduos fazia-se válido quando “[...] tinham relações sociais de parentesco, que garantiriam não a sua inocência, mas sua importância social [...]” (FOUCAULT, 2003, p. 59). Nesta pesquisa, faz-se uso dessa ferramenta por meio dos relatos de trabalhadores, suas demandas, suas formas de verdade que constituem um coletivo; eles são colegas de trabalho e têm uma significância social, seja por

suas relações intersubjetivas, seja por sua representação com a população e indivíduo, em que as provas por meio do testemunho são verbalizadas, bem como são interpretadas na atualidade por meio de suas práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano no trabalho. A pesquisa se estabelece mediante a análise das formas de saber e de poder conforme discutidas por Foucault (2003) quando se atribui não somente a verdade, mas a produção das modalidades de verdade e como se estabelece como meio de regulação das práticas coletivas de saber e poder de uma população.

Pela perspectiva de Foucault (2003, p. 78), a análise das tecnologias de poder na sua relação com a produção de verdades, tal como o inquérito, é mais do que isso. Nas palavras do autor, é

[...] uma forma política, uma forma de gestão, de exercício do poder que, por meio da instituição judiciária, veio a ser uma maneira, na cultura ocidental, de autenticar a verdade, de adquirir coisas que vão ser consideradas como verdadeiras e de as transmitir [...].

Assim, também, mesmo submetendo os participantes da pesquisa a associações livres propostas como metodologia, segue-se uma submissão, ao mesmo tempo, uma forma de dominação, quando se deseja buscar os saberes, compreender a verdade por meio do conhecimento e vivências do cotidiano.

Essas formas de regulação de verdade, de saber e, conseqüentemente, de poder são também modos de regulação, de disciplina e controle. Têm similaridade com o panoptismo, a vigilância, o “olhar do procurador”, citado por Foucault (2003), na função de perpetuar um olhar sempre aberto sobre a população, seja tal olhar dos governantes, seja o olhar em suas lateralidades entre colegas de trabalho, em suas hierarquias institucionais, em simetrias e assimetrias – como quando se escuta de usuários que destinam o discurso aos trabalhadores da saúde: “estou pagando o seu salário” –, nas reclamações. Ainda, a vigilância se exerce quando essa população se torna indivíduo, ao buscar cuidado, atenção básica, assistencial ou emergencial nas UBS. As relações de vigilância se estabelecem em todos como um prisma, no interjogo das relações, da interatividade entre os membros.

As formas de domínio – o governar – passam a ter um controle da população como forma de verdade, conhecimento por meio da demanda, por meio da investigação como forma de cuidado, enquanto que a população esclarece o governo por meio de seus problemas,

queixas, deficiências em saúde, cuidado, solicitação de amparo. Mostram-se formas de verdade, de dominação, demonstrando que os saberes e poderes estão sempre caminhando entrelaçados em um processo contínuo, nas relações simétricas e assimétricas de uma Nação.

Ao mesmo tempo, quando se focaliza o campo desta pesquisa na compreensão de micropoderes e saberes constituídos, ou quando falamos apenas da instituição pública em uma realidade municipal, passamos a delimitar o que Foucault (2003) sugere como estratégia de “sequestro”, que também é uma forma de poder, que tem como herança uma técnica do sistema judiciário. São modos de controle nas instituições em que, ao mesmo tempo em que se sequestra, se abstrai o tempo do indivíduo como forma de trabalho, produtividade, como abertura de vagas em concurso, processos de contratação e demissão de funcionários, criação de cargos de confiança nomeando gerências, diretorias, troca por meio do salário. O poder é polimorfo e polivalente na perspectiva do autor, quando se trata não apenas da expressão sequestro por meio do uso da produção oriunda dos trabalhadores, mas das formas de conduta, das leis e normas criadas em estatutos em instituições que determinam, recompensam, punem, vigiam, herdando ferramentas jurídicas como forma de governo, de verdade, de poder e de conhecimento.

Foucault (2003) não tem como objetivo expor as questões históricas como uma demonstração dos fatos para compreender as políticas e as formas de governo, a origem de um inquérito e investigação judiciária, mas compreender como as relações de poder pressupõem relações com a verdade, ou seja, atualizam discursos pelas multiplicidades de acontecimentos.

As formas de governamentalidade, a partir do século XVIII, começam a assumir não apenas um caráter disciplinar, mas fundamentalmente um caráter biopolítico. Às tecnologias disciplinares, somar-se-ão tecnologias que agem por meio do investimento nas formas de viver. A governamentalidade terá por objetivos ir além de controlar os corpos, tendo um controle da população em seu conjunto. Isso lança este estudo para a problematização dos modos de trabalhar na saúde a partir da relação entre governamentalidade, biopolítica e PNH. Em razão disso, a PNH passa a ser considerada como parte de um dispositivo de segurança constituído por uma governamentalidade biopolítica que se estabelece nos enfrentamentos entre Saúde Pública e Saúde Coletiva.

## **4 HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE SEGURANÇA**

---

A genealogia da relação do trabalho com a saúde no campo das políticas públicas como estratégia para a problematização do modo como as relações de saber e poder constituem os processos de trabalho na saúde permitiu, para a análise deste estudo, uma compreensão da PNH não como uma evidência do desenvolvimento das políticas de saúde, mas como parte de um jogo estratégico de uma governamentalidade biopolítica. Em razão disso, a PNH toma forma como parte de um dispositivo de segurança que responde a certa urgência histórica: a produção de formas de gestão e atenção à saúde segundo as necessidades sociais que se engendram no tensionamento entre Saúde Pública e Saúde Coletiva. Por dispositivo, Foucault (2007a) compreendia um conjunto heterogêneo de procedimentos, normas, arquitetura, discursos, leis, morais e domínios filosóficos que se organizavam em razão de três elementos: responder a uma urgência histórica; ser um campo de jogos de poder; ser um campo heterogêneo de ditos e não-ditos em certa formação histórica.

Desse modo, considerar a PNH como um dispositivo de segurança apresenta, para este estudo, um plano de bifurcação neste capítulo: tanto será colocada em análise no que tange às formas de constituição dos processos de trabalho na saúde, quanto será uma estratégia da própria investigação em termos de uma pesquisa-intervenção, ou seja, o ato de pesquisar com o outro no sentido de produção também de modos de trabalhar na saúde. Isso significa considerar que, como estratégia de intervenção, também se torna proposta elaborada em formato de normatização para a qualificação no trabalho e, portanto, reguladora, na medida em que enfatiza o saber cuidar – a relação do trabalhador com as formas de trabalhar na saúde, de acordo com aquilo com que o trabalhador se defronta em seu cotidiano de trabalho: epidemias, endemias e prevenção, propondo proteção em um espaço coletivo, envolvendo uma gestão participativa, um elo entre Estado e população.

Neste sentido, a PNH foi uma ferramenta de trabalho de intervenção na saúde que se deu a partir de minha participação quando fui requisitada como administradora para trabalhar e coordenar o processo de capacitação dos profissionais de saúde localizados nas UBS-Campo Grande. Nesse momento, a genealogia da relação do trabalho com a saúde para a compreensão dos processos de trabalho encontra-se com os trabalhadores da saúde. O percurso anterior de construção e problematização do objeto de pesquisa deparam-se, agora, com aquilo que se forja em termos de subjetivação na saúde: o próprio trabalhador.

Esta pesquisa foi realizada em três UBS e em uma Unidade de Saúde 24 Horas no município de Campo Grande, MS. Foram montadas 7 oficinas com funcionários das Unidades

de Saúde, correspondendo a um total de 54 participantes, divididos em subgrupos de acordo com o local de trabalho. Tais integrantes da pesquisa, que dão voz aos discursos, exercem as funções de: auxiliares de serviços gerais, técnicos de enfermagem, guarda municipal, auxiliar social, assistente social, auxiliar administrativo, farmacêuticos, enfermeiras, auxiliar de consultório dentário e ajudante de farmácia, tendo-se a PNH como ferramenta de construção da proposta.

A PNH foi tanto uma estratégia de trabalho da própria política quanto uma ferramenta para uma reflexão sobre as práticas do trabalho na Saúde Pública e sobre os jogos que se estabelecem nos respectivos cotidianos. Desse modo, a PNH é um instrumento de análise das formas de governamentalidade para compreender o modo como se constituem os processos de trabalho na saúde, permitindo focalizar nessas estratégias de governo a produtividade, a implicação dos trabalhadores, os modos de perceber e saber cuidar construídos na relação com o trabalho, bem como uma tecnologia da pesquisa-intervenção, em que se considera que o próprio ato de pesquisar se torna uma ferramenta de intervenção nos processos analisados na pesquisa.

É ao afirmar esta escolha ética que aquele “sentido da ação” antes visto como um planejamento conjunto de uma ação transformadora assume mais a conotação de uma intervenção voltada para a produção de acontecimentos. Intervenção que carrega em sua etimologia não só o sentido de uma intromissão violenta, como se naturalizou compreendê-la, mas no resgate de um *Interventio* que contempla a idéia de um “vir entre”, “interpor-se”. (PAULON, 2005, p. 21).

Esta pesquisa vem ao encontro da analogia das rodas de conversa ao invocar e propor reflexões, ideias, momentos em que é possível expressar a compreensão cotidiana daqueles que prestam um serviço destinado ao cuidado da população, que solicita diariamente cuidado, proteção. Intenciona-se pensar nas formas de produção do cuidado.

Não mais como parte de um todo previamente organizado, a realidade revela-se como realidade imanente na qual o que existe é resultado do encontro de múltiplas dimensões ou de linhas de força. Assim vista, assume sua dimensão micropolítica [...] (PAULON, 2005, p. 21).

As rodas de conversa, nesta pesquisa, aparecem por meio de vinhetas de conversas realizadas entre os meses de março e junho de 2008; a partir da PNH, construíram-se espaços de discussões temáticas abordando Relações de Trabalho na Saúde Pública. Ao ramificar o



ponto de partida – as relações de saber/poder –, busco identificar as diferentes estratégias de gestão, analisar as práticas discursivas que estejam constituídas por relações de gênero e agrupamentos sociais, as discussões dos participantes da pesquisa e situações do cotidiano, no contexto da saúde, buscando compreender as relações de poder/saber, sejam elas simétricas ou assimétricas. Os tensionamentos são produzidos pelas práticas de rotinas, de normas reguladoras e técnicas, de modos de gerenciamento em saúde que a exemplo da PNH, que é uma proposta de gestão participativa, envolve a heterogeneidade de trabalhadores que compõe os serviços de saúde e incluindo o usuário neste contexto social. A gestão participativa propõe refletir as ações dentro da política que podem promover rupturas, elos, e neste processo geram tensionamentos oriundos deste tecido social, no intuito de contruir significados frente a realidade vivida tanto dos trabalhadores quanto dos usuários. Tal participação propõe um encontro de modo horizontal não desqualificando as hierarquias, e sim objetivando encontrar soluções dentre de uma perspectiva em comum. A PNH é uma política que possui a tecnologia de segurança aliada a esta população como forma de governamentalidade citadas nesta análise, a vivência partilhada, também incitadora de corresponsabilização.

A análise utiliza-se da perspectiva foucaultiana como principal instrumento de reflexão sobre as práticas do cuidado à saúde no que tange aos modos que constituem o trabalho na saúde. A governamentalidade, como conjunto heterogêneo de tecnologias e dispositivos, proporciona uma reflexão sobre um olhar científico que engendra o conhecimento como forma de saber e verdade. Ao mesmo tempo, além do uso do caminhar histórico, Foucault (2011, p. 22) nos apresenta a possibilidade de compreender o modo como as tecnologias de governamentalidade vão sendo inseridas na Contemporaneidade e acrescenta que a anarqueologia dos poderes e saberes se desloca para “o eixo governo dos homens pela Verdade sob a forma de Subjetividade”; ao mesmo tempo em que a proposta construcionista de Spink e Menegon (2004) caminha no percurso da subjetividade sob a forma de discurso, consequentemente, gerando os diversos posicionamentos. O método, por sua vez, constitui-se como estratégia construcionista de produção de conhecimento e prática em pesquisa (IBAÑEZ-GRACIA, 1994; SPINK; MENEGON, 2004). Para Spink e Menegon (2004, p. 65), “A pesquisa científica é uma prática reflexiva e crítica, mas também é uma prática social [...]”.

Nessa compreensão, o pesquisador e os participantes da pesquisa são coautores e produtores do conhecimento. Desse modo, a pesquisa permite-nos analisar práticas e saberes de vivências do cotidiano; no caso deste estudo, a finalidade é compreender como se

constituem os processos de trabalho na saúde mediante formas de governamentalidade biopolítica, a produção do saber e poder e, conseqüentemente, a construção social das práticas cotidianas voltadas para o cuidado. Segundo Spink e Menegon (2004, p. 63), “[...] dar sentido ao mundo [...] é uma prática social que faz parte da nossa condição humana. Desenvolvemos essa atividade nas relações que compõem o nosso cotidiano [...]”.

A oficina foi construída partindo de uma remodelagem da Oficina de Risco de Spink (2003), sendo dividida em três atividades propostas aos grupos participantes, com duração total das atividades distribuídas em tempo aproximado de duas horas com grupo de 5 a 12 participantes. Na primeira atividade, foi somente solicitada uma associação de ideias com as palavras “Saúde Pública”, “usuários”, “chefe” e “colegas de trabalho”, sem se preocupar com o que é certo ou errado. A proposta foi escrever em uma cartolina para que todos pudessem visualizar frases e palavras, no intuito de promover reflexões e vivências dos participantes e o modo como compreendem as suas relações no trabalho.

Na segunda atividade, foram distribuídas tiras de papel para que os participantes pudessem descrever memórias de situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, indicando se tais vivências trouxeram experiências positivas ou negativas. As situações podiam ter sido vivenciadas pelo participante ou alguém conhecido, nesse caso, um colega de trabalho. Sendo assim, a primeira questão do exercício dois solicitava o relato de duas situações entre profissional da saúde-usuário; a segunda questão, o relato de duas situações entre profissional-profissional, sugerindo-se a associação com experiências entre colegas de mesmo cargo ou funções diferentes; a terceira questão dessa atividade foi uma discussão dos relatos apresentados na situação entre chefe e subordinado.

Na terceira atividade, foi ligado o gravador para trabalhar a discussão, propondo-se que se refletisse sobre as situações relatadas, vivenciadas no cotidiano do trabalho na Saúde Pública. Propôs-se que fosse discutida a proposta da segunda atividade, profissional-usuário, profissional-profissional e chefe-subordinado.

Foi realizado um total de sete oficinas, sendo duas para cada UBS e uma para a Unidade de Saúde 24 Horas, que está localizada ao lado de uma das UBS que participaram do estudo.

As práticas discursivas constituíram-se, em um primeiro momento, pelo silêncio na oficina. Quando foi aplicada a atividade, os grupos permaneceram em silêncio até que, ao

invés de falarem na primeira atividade, começaram a escrever, tanto na primeira atividade quanto na segunda.

Quando me deparei com os grupos de participantes, os vi questionando qual era o motivo da visita. Expliquei a importância da pesquisa e da participação, embora os deixasse livres para desistir da participação ou relatar algum fato. Apesar dos longos momentos de silêncio, foi na terceira atividade que as falas aumentaram. Percebi que, quando se tratava de falar das relações com os usuários, a expressividade e relatos eram maiores, diminuindo quando foi apresentada a proposta de se pensar nas relações de trabalho entre colegas de trabalho, fossem em suas relações de horizontalidade ou de verticalidade.

Após reunir todo o material de cada grupo, em que todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando as gravações e a proposta de trabalho, também falei sobre a importância do sigilo, de preservar a identidade de cada participante que disponibilizou tempo para expressar as relações do cotidiano nos serviços de saúde, independentemente da formação e do nível de instrução. Foi formado um coletivo que expressou alegrias, sentimentos, rotinas, memórias que marcaram o caminhar da profissão de cuidadores da saúde de uma população que busca o cuidado, a proteção, o afeto, o reestabelecimento da saúde, a educação em forma de orientação do cuidado. Conforme a proposta da oficina, uni os relatos, de maneira que a análise focalizasse o indivíduo/coletivo, buscando compreender como ocorrem as relações de intersubjetividade no campo de trabalho, entrelaçando os modos de governamentalidades pela perspectiva foucaultiana e demais autores que dialogam com as formas de conhecimento por meio das formas de verdade, saber e relações de poder, nesse caso, para as três UBS e uma Unidade de Saúde 24 Horas.

Sendo assim, realizo a análise fazendo recortes dos relatos do cotidiano e associando-os às formas de saberes, às tecnologias de governamentalidade e a seus respectivos dispositivos, para a confecção deste estudo.

#### 4.1 TENSIONAMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA

A primeira etapa foi um trabalho de aquecimento sobre associações trazidas pelos grupos de participantes. Alguns expressaram simplesmente uma ou duas palavras, definindo “Saúde Pública”; na sequência, mostraram o que associavam à palavra “usuário”, “chefe” e

depois à expressão “colegas de trabalho”. E escolhi Saúde Pública como uma possível porta de entrada para o desenvolvimento das atividades propostas na pesquisa, ainda que siga o percurso histórico, em que a Saúde Coletiva sucede as vivências e políticas públicas como modo de governo.

Início expondo as primeiras ideias que fluíram sobre a perspectiva de como os participantes veem e pensam Saúde Pública e seus aspectos no trabalho, definindo como eles se relacionam. Esse momento inicial serviu como disparador para se percorrer o solo de construções entre trabalho e Saúde Pública, ou seja, perscrutar as formas de governamentalidade, situando um território de verdades partindo da perspectiva dos sujeitos da pesquisa. Esse território conforma-se mediante as diversas práticas de significação, que não apenas designam as formas de trabalhar, mas fundamentalmente produzem os modos de trabalhar.

No primeiro módulo proposto, algumas práticas discursivas aparecem definindo o paternalismo como forma de cuidado e proteção aos usuários, assim como a ajuda mútua, no sentido da compreensão de gestores de que, ao mesmo tempo em que se implantam metas de trabalho, elas também podem ser estabelecidas a partir da demanda, da escuta por meio dos relatos dos profissionais como forma de verdade. Outros citam aqui a importância do investimento social, a escassez de profissionais, a desorganização, a prevenção e o comprometimento; nomeiam a Saúde Pública como deficiente; associam a humanização ao atendimento gratuito; apontam o caos tanto para usuários quanto para funcionários, assim como a alta demanda de atendimento e a carência da população. Dessa forma, com a Saúde Pública sendo nomeada para processos como humanização, prevenção e atendimento gratuito, percebem-se relatos de uma Saúde Coletiva inserida no contexto de uma Saúde Pública.

O paternalismo como forma de cuidado e proteção aos usuários constitui-se mediante uma lógica da saúde em que se deve dar proteção ao indivíduo. Porém, esses trabalhadores consideram que a proteção não pode ser uma tutela, no sentido que o neoliberalismo propõe, ou seja, dar o mínimo para que o indivíduo, a partir disso, cuide de si mesmo.

O paternalismo, na perspectiva de Foucault (2009b), emerge pelos sentidos, onde profissionais de saúde assumem um papel cuidador enquanto representantes em uma instituição governamental, sendo parte de um Estado, originários de uma forma de governo que detectou um indivíduo constituinte não de um povo, mas de uma população. Outra

herança é o protecionismo católico, originário do cristianismo, em que o cuidado surgia por meio da sexualidade, vista como necessária, e seu controle era realizado pela confissão dos pecados, ou seja, confessa-se em público, instiga-se a dizer o que pensa, tanto entre várias pessoas quanto em particular a um padre, estendendo-se a um médico, a um educador, a si próprio, “no prazer e na dor”. Assim, os usuários solicitam tal modelo assistencial na atualidade ao pedir pelo cuidado, pelo atendimento, no modo como desejam o cuidado, a assistência, a proteção, a escuta daqueles que são representantes de um cuidado da saúde. Tais representantes são trabalhadores da saúde de uma instituição governamental; ao mesmo tempo, são confessores, ouvintes, e simultaneamente também confessam o conhecimento, a demanda da população ao tipo de Governo, ao Estado, ao Município, como herança semelhante ao que ocorria na Idade Média. Aqui ocorre uma incorporação de tal prática, na qual estamos inscritos; fazemos parte do tecido social e sujeito a reformas, a adaptações, a tecer novos elos, assim como se vê nas pesquisas, a exemplo desta, atreladas a uma forma de verdade, de conhecimento, de cientificidade, sendo tais características do mundo Ocidental. De acordo com Foucault (2009b, p. 69),

A confissão libera, o poder reduz ao silêncio; a verdade não pertence à ordem do poder, mas tem um parentesco originário com a liberdade: eis aí alguns temas tradicionais da filosofia que uma histórica política da verdade deveria resolver, mostrando que nem a verdade é livre por natureza nem o erro é servo: que sua produção é inteiramente infiltrada pelas relações de poder. A confissão é um exemplo.

Segundo Foucault (2009b), a ciência-confissão torna-se um “ritual de discurso”, formando conhecimento pelas verdades e saberes adquiridos pela escuta, pelos relatos, expressões, julgamentos, condenações, perdões, reconciliações, bem como pelo modo falar de si mesmo pelo vínculo. Assim, para o autor, a cientificidade forma-se por confissão, discurso, exame, interrogatório, evocação de lembranças de situações vividas e associações livres, que servem de material para uma interpretação do cuidado, do desejo. Essa herança aos poucos se constrói na Idade Média, caminha pelo século XVIII por uma sociedade burguesa, capitalista ou industrial e chega aos dias atuais como dispositivos de poder, em uma perspectiva vista como “geradora de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder” (p. 83) que fazem parte de uma economia política.

Como as formas de poder, que se multiplicam, o dispositivo da sexualidade, por meio da confissão, possui pontos de resistência móveis e transitórios, assim como o poder, que é

polimorfo, transitório, móvel, possuidor de uma estrutura estética. Foucault (2009b) afirma que a maquinaria do poder se modifica à medida que ocorrem mudanças de desejos, de objetivos entre os indivíduos/coletivos e que, conseqüentemente, também surgem novas ressignificações das práticas cotidianas, construções sociais e posicionamentos, circundadas pelos mecanismos de saber e poder, ou seja, ocorrem vários redimensionamentos de tal maquinaria do saber e do poder. Ao mesmo tempo, é um biopoder, herança do liberalismo que enfoca a saúde do indivíduo/população, dita pública, pois engloba uma população, o sanitarismo, a higiene, a natalidade/mortalidade, a moradia, a pobreza, o desemprego.

Já na atualidade, entrelaça-se com a Saúde Coletiva quando foca em relações interpessoais nas práticas de cuidado, em epidemias, pestes, endemias, prevenção, proteção, na expressão “coletividade”. Juntamente com isso, ramifica-se e associa-se ao dispositivo da disciplina, que emerge com a vigilância, o olhar pelo cuidado, a confissão dos problemas da população, a denúncia como os cuidadores tratam o indivíduo/coletivo, como acontece o controle horizontal, vertical, transversal entre os próprios colegas de trabalho, chefias, usuários. Assim, há uma vigilância constante dos corpos de cima para baixo, de baixo para cima e em suas transversalidades com as práticas de cuidado assistencial, educacional, de prevenção, de atenção, de um domínio que não surge apenas do governo, mas também das formas de verdades produzidas por um coletivo de indivíduos que formam a sociedade.

Os discursos trazidos pelos profissionais que trabalham associam o ato de cuidar com população – um indivíduo representa um coletivo. Os indivíduos são definidos como agressivos, mal-educados, sem cultura; uns demonstram gratidão, outros tratam mal os profissionais; são definidos como pessoas carentes e associados com ofensas. Os participantes associam a palavra “usuário”, na primeira atividade, com aspectos formais, tais como: “razão do nosso trabalho”, reclamações e descontentamento, expressões como “eu pago o seu salário”, agressão, mentiras, obrigação, falta de educação em saúde, não necessariamente doente, por estar procurando a unidade, revolta, insatisfação, reclamação, pobres de espírito, ameaça, falta de educação, falta de cultura.

Além do desejo de um cuidado paternalista, os participantes expressam que a população deseja um cuidado, mas o compreendem como uma necessidade caritativa, e não de direito. Essa construção é tributária de um modelo caritativo de assistência aos pobres que se apresentou em alguns momentos da Idade Média em termos da relação entre pastor e seu rebanho. A soberania tanto era proprietária do território quanto responsável pela população,

ou seja, tratava-se de um controle que se limitava pela exterioridade do território, no sentido de patrimônio, conseqüentemente, no que estava incluído nele, ou seja, a população.

Ao mesmo tempo, percebe-se uma biopolítica como forma de governamentalidade, em que o governante do Estado, segundo Foucault (2008), deve respeitar as leis divinas, morais, naturais – leis que não são homogêneas nem intrínsecas ao Estado. Para o autor, a compreensão é de que “[...] não é nenhuma casa, nem uma igreja, nem um império [...]” (p. 7), ou seja, cabe ao Estado governar a pluralidade de Estados inseridos, bem como suas instituições, nesse caso, a saúde, em que estamos estudando a forma de governamentalidade herdada pela polícia dos séculos XVII e XVIII como regulamentadora ilimitada de uma gestão urbana e do exército como forma de regulação pela vigilância e disciplina e que pertencem ao dispositivo de segurança voltada para o cuidado em saúde. Esse governo de polícia é representado pelo sanitarismo brasileiro. Quanto a um período de Sanitarismo Campanhista, que se estendeu até meados de 1960, Andrade, Barreto e Bezerra (2007, p. 798) afirmam que “[...] guarda uma relação muito próxima com a ideia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França [...]”.

A reflexão de Foucault (2008) indica que ele acredita que a utopia do Panóptico de Bentham se tornou real ao ser atribuído às práticas na Saúde Pública/Coletiva. O Estado ao mesmo tempo assegura à população o direito pelo cuidado, herdado pelo liberalismo, com o mecanismo da livre expressão, desde que não ocorram infrações por parte dos que se submetem às leis, rotinas, normas, pois, do contrário, estarão sujeitos à repressão pelos próprios contratos e formas de verdade que se tornam jurisdições em forma de leis e, conseqüentemente, verisdições e vínculos de poderes polimorfos, pois são produzidos no tecido social pela população e ao mesmo tempo pelo governo. A livre expressão liberalista está submetida a uma forma de poder que, quando não respeitada, também está fadada e submetidas ao exame, ao inquérito e à condenação, também como dispositivos de saber e poder numa sociedade.

Neste momento, esta análise permeia as relações da compreensão do cuidado e compreende que não são paternalistas, embora a população assim talvez hipoteticamente o deseje e busque um modelo também semelhante à forma de cuidado de uma medicina hegemônica que surgiu por volta dos anos 1950, estendendo-se aos meados dos anos 1980, com o processo de industrialização no Brasil, que crescia de modo acelerado. Trata-se de um modo de cuidado assistencialista/privativo no sentido de que oferece somente aos

trabalhadores, por meio da Previdência Social, o cuidado das dimensões da doença como o que produz saúde, oferecendo um cuidado assistencial, privativo, mas em que, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007), se aprofundam vários sentidos entre individual e coletivo, entre contratados/conveniados. A percepção do profissional frente ao que é associado à palavra “usuário” promove um pensar, pela visão de Franco e Merhy (2005), da produção do cuidado, em que o trabalhador se utiliza do centrar no usuário. Quando um dos participantes da pesquisa, que já citei anteriormente, define, por exemplo, usuário pelo discurso “é a razão do nosso trabalho”, as relações se estabelecem pelo acolhimento e produção de vínculos como uma tecnologia voltada para a assistência aos usuários.

Esses fatores, provavelmente, ao mesmo tempo em que desejam construir novos significados do cuidado, tanto de quem cuida quanto de quem quer ser cuidado, também promovem formas de verdade, de assistência. Desse modo, ocorrem desencontros dos modos de produção de verdades e saberes e, conseqüentemente, rupturas nessas relações que se constituem pelo poder. Assim, quando há um encontro de sentidos semelhantes entre o ato de cuidar e ser cuidado, os trabalhadores (cuidadores) percebem usuários positivamente quando a consequência de seus trabalhos é percebida pelas alianças estabelecidas no vínculo, vindo ao encontro dos relatos de vivências de usuários que expressam a sua gratidão por serem cuidados incluindo o afeto. Nessas relações estabelecidas entre o cuidar e ser cuidado, ocorrem tensionamentos do coletivo e também as rupturas, tanto nas suas rotinas de trabalho, em que o usuário é produto do trabalho dos cuidadores, quanto na percepção e vivência de cada trabalhador. A produção está voltada para o saber cuidar com conhecimento científico, afeto, vínculo, escuta, metas, como em algumas falas a seguir:

*É um trabalho muito comunicativo; um fala que você é educada, outro fala mal de você, tudo, enfim.*

*Mãe com o filho deficiente há um mês com o ouvido vazando e procurando atendimento, usando medicação improvisada porque não tinha condições de comprar, eu fiz a doação.*

*Minha amiga cuidou de uma criança no hospital que sofreu maus tratos e adotou a criança, mesmo não tendo condições financeiras.*

Outro ponto associado às falas dos profissionais, fazendo uso das palavras de Franco e Merhy (2005, p. 181), é que muitos usuários chegam às unidades requerendo um procedimento ou uma consulta médica na recepção, “[...] quando muitas vezes não é disso que



de fato eles necessitam, ou que seja capaz de resolver o seu verdadeiro problema [...]”. Consequentemente, acabam provocando certo constrangimento nos profissionais, que, caso não atendam os usuários como estes desejam, são avaliados por seus procedimentos e, nas palavras de Franco e Merhy (2005, p. 181), “[...] podem ser acusados pelo mesmo [o usuário] de um mau atendimento, o médico ruim porque não aceitou, aumentando a tensão da relação da equipe com sua clientela [...]”.

Os referidos autores retratam o que havia nomeado de ruptura; eles nomeiam de ruídos nos serviços de saúde quando surgem ramificações da compreensão da produção do cuidado tanto por parte dos usuários quanto pelos profissionais da saúde. Para Franco e Mehry (2005, p. 182), ambos partem do

[...] pressuposto de que o usuário, quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a esse através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades, e é nessa comunicação que se realiza a relação do cuidado ou descuidado [...].

Seguem algumas falas que remeteram à reflexão citada acima:

*Uma paciente que ficou feliz por ter conseguido um exame e deu uma caixa de bombom à servidora como forma de agradecimento.*

*Um senhor idoso de 86 anos que dormiu no CS [centro de saúde] para marcar um exame.*

Franco e Merhy (2005) dizem que a forma como é percebida a produção do cuidado, como são construídos significados, é uma produção imaginária por parte do usuário. Exemplo disso é quando suas demandas não são atendidas, quando associam que seus problemas de saúde serão resolvidos por determinado procedimento ou por determinado serviço, quando a proposta para atender à demanda deveria possuir uma participação mútua entre usuários e trabalhadores, a fim de juntos produzirem significados em comum sobre a compreensão do cuidado. Ao mesmo tempo, o modelo de uma medicina hegemônica também permeia não somente os usuários, mas os profissionais da saúde quando percebem que são “produtores de procedimentos” vistos pelo olhar de Franco e Merhy (2005). Os autores concluem que a produção do cuidado é imaginária diante dos desejos oriundos da demanda, pois está inscrita em uma construção social e histórica, formando a compreensão assistencial do cuidado.

Quando consideram o conceito do aspecto formal “chefe”, os participantes associam “cobranças, autoridade, nomeiam como responsável, terrorista, político, coordenador e sustentação da equipe de trabalho, associam esse nome ao das organizações indígenas ‘chefe-índio’, ao mesmo tempo definidos com palavras como: “colaboração”, “falta de diálogo”, “uma pessoa participativa”, “compreensão”, “atenção”. Também se pode pensar que essas funções, na perspectiva de Foucault (2008), seguem estratégias de governamentalidade pela cobrança de uma produtividade, de metas instituídas pelo Estado, mas que são novamente uma modalidade de economia política, ou seja, de jogos de poder. O Estado, na tentativa de responder a certas urgências históricas, estabelece estratégias de gestão pelo cuidado, campanhas, programas voltados para a prevenção e proteção da população em forma de leis, verisdições. Nesse caso, os sujeitos participantes relatam e constroem o que associam à palavra “chefe”, constituída por regimes de verdade que estabelecem suas demandas, sendo semelhante a uma prática que nasce pelo neoliberalismo como forma de governar.

No modelo neoliberal, o homem/ indivíduo é responsável pela produtividade, por gerar riquezas. O importante, nesse modo de governo, é o homem ter saúde para enriquecer empresas, gerar empregos, produzir crescimento econômico; além disso, tem-se a visão de um homem como máquina de produção de riquezas. Conseqüentemente, nesse caso, trata-se da produção de serviços no atendimento aos usuários, serviços que são interdependentes entre os próprios colegas de trabalho, de uma chefia que repassa as metas de atendimento, resultante dos serviços produzidos, uma chefia que escuta demandas, pune ou elogia quando necessário, dentro de certos regimes de verdades e leis que estão inseridas na instituição.

Simultaneamente, além desse objetivo de atender a população, está o desejo do crescer econômico, crescer culturalmente pela estratégia da produtividade e da concorrência, quando, por exemplo, se identifica que uma unidade é mais bem aceita pela população do que outra, que determinada especialidade, além de atender determinada região, também é solicitada a atender outras. Embora esses relatos iniciais sejam somente uma proposta de aquecimento de memórias do cotidiano, praticamente os discursos oferecem alguns exemplos de rupturas que ficam mais expostas à medida que a atividade se desenvolve, no sentido apenas de uma breve definição individual que forma um coletivo.

Assim, ficam inscritos relatos da segunda atividade a seguir, expondo as relações assimétricas como formas de verdade construídas pelos participantes da pesquisa:

*Aprendi muito com cada um deles, soube extrair os pontos positivos e negativos de cada um a fim de não repetir os mesmos erros e dar continuidade ao bom trabalho.*

*Compreensiva, força de vontade. Nem sempre sabe o que acontece na ponta, na ala da frente, e que exige coisas quase impossíveis para ontem. Mas compreendo também que é cobrada, infelizmente, pelo mesmo sistema.*

*Um pobre coitado que sofre para tentar manter em ordem e levar adiante algo que lhe é imposto, custe o que custar; não é compreendido e é tido como chato, pois para isso precisa ser durão.*

*Influenciável, interesses próprios são colocados em algumas chefias, alguns chefes não são colocados neste cargo por competência, e sim por terem grande influência. Em Saúde Pública, não existe merecimento nos serviços prestados.*

*Abuso de poder das enfermeiras.*

Outro exemplo de discurso que, segundo Nardi (2006), provoca rupturas nas relações de trabalho e precariedades na produtividade é quando existem diferenças entre trabalhadores fixos, nesse caso, representados por trabalhadores efetivados na saúde por concurso público, e trabalhadores temporários. Aqui, pensa-se em uma política que constitui os relatos dos participantes, propondo um desejo de cogestão participativa, a necessidade de ampliar os modos de construção de verdades, de conhecimentos de suas rotinas cotidianas. Fazendo uma analogia com os modos de governamentalidade, penso num modo de governo com suas práticas liberalistas, que propõem a livre expressão, desde que os governados expressem seus desejos, sua coparticipação, dentro das normatizações do governo. Simultaneamente, outro modo de governo que associa à problemática das rupturas no trabalho ditas por Nardi (2006) é a governamentalidade neoliberalista, preocupada em envolver as técnicas de trabalho e políticas de gestão como modo de regulação, de constante intervenção, sempre que necessária, com ênfase na produção de riquezas. O indivíduo deve ser saudável e responsável pelo crescimento econômico, resultando em um social saudável e inserido em uma estratégia de segurança, de vigilância, de disciplina que promove o trabalhador ao mesmo tempo que controla por meio de programas assistenciais na saúde, controle de epidemias, programa de medicina do trabalho.

Outro modo de governo que está intrínseco nas relações de trabalho é o das práticas reguladoras pela vigilância, responsável pela estruturação de molduras e formas de mercado,

da economia, da educação da população, da cultura. Tais estruturas, por serem formadas por várias políticas de governamentalidade, incluindo as relações sociais que unem trabalhadores (colegas de trabalho) e usuários em seus objetivos e demandas, também enfrentam rupturas, sendo uma delas relacionada com a diferença entre trabalhadores fixos e temporários. Percebe-se que são estruturas móveis, embora se estabeleçam aqui no cotidiano do trabalho relações indissociáveis, interdependentes. As relações ocorrem entre trabalhadores e usuários, chefias e subordinados, e ao mesmo tempo entre colegas de trabalho, na tentativa de se estabelecer um nível de consenso permanente entre si.

No relato abaixo, Nardi (2006) traz uma reflexão sobre os efeitos da precarização do trabalho, que resulta em rupturas sociais nas classes de trabalho. O autor expõe que as condições de trabalho estão ligadas a três aspectos que promovem a desregulamentação, sendo o primeiro a globalização econômica. O segundo aspecto é originário dos relatos que expressam a “[...] insatisfação ligada às condições de trabalho entre as classes sociais, entre diferentes categorias profissionais e dentro de uma mesma categoria [...]” (NARDI, 2006, p. 32). Um terceiro fator está presente na produtividade, quando engloba trabalhadores fixos e temporários, criando divisões entre si. O autor conclui que, “[...] quanto maior é a precariedade associada ao trabalho, maior é o risco de rupturas sociais e familiares, de redução da sociabilidade, de diminuição da renda e de piora das condições de vida [...]” (p. 32).

*A pior situação de chefe e subordinado é você prestar um concurso público para um cargo e ser colocado para trabalhar em outro; com base nisso, muitas situações aconteceram, mas prefiro parar por aqui.*

*Prefiro não relatar sobre chefias, porque são todas passageiras.*

*Existem muitos chefes despreparados para certas responsabilidades; talvez por seu cargo comissionado, ficam a desejar.*

O mesmo ocorre quando se solicita a associação com “colegas de trabalho”, ainda na primeira atividade, em que os participantes nomeiam como colegas aqueles que passam a maior parte do tempo juntos, companheiro, amigo, capacitado, troca de conhecimento, informações. Os participantes percebem as relações como interpessoais e intersubjetivas, com a importância da escuta entre si, da percepção do cuidado também entre si, como produção de verdades entre si, características próprias de cada unidade de trabalho, sentidos próprios como modos de verdade. Pode-se fazer correlação com o uso da tecnologia de si e considerar as

técnicas de poder expressas por Foucault (2011) que retratam as técnicas de dominação, o uso dos discursos, a análise da subjetividade que expõe por meio do relato, da confissão de momentos vividos, históricos, que transgridem pela denúncia, pelo confessar, promovendo a possibilidade de análise. Foucault (2011, p. 155) afirma que

[...] é preciso levar em conta os pontos em que as tecnologias de dominação dos indivíduos sobre outros empregam procedimentos e processos por meio dos quais o indivíduo age sobre si mesmo. E na maneira inversa, seria preciso levar em conta as circunstâncias nas quais as técnicas de si são integradas nas estruturas de coerção ou dominação.

Isso é definido pelo autor como procedimentos do governo, da arte de como se estabelecem as relações no governo. Assim, pode-se fazer uma analogia com esta análise quando se percebe como o olhar de si, na perspectiva dos participantes ao relatarem sua rotina, apresenta algumas vivências com usuários, com chefias e colegas de trabalho. Aqui seguem algumas citações, como os primeiros exemplos da atividade envolvendo os colegas de trabalho:

*Um pacto que eu fiz dentro do SAMU.*

*Um determinado dia vi um médico ser agredido no plantão, e nada foi feito para defendê-lo.*

*Abaixo-assinado, não me aceitaram na substituição de uma enfermeira da comunidade.*

*Um médico informou friamente à mãe que seu filho havia morrido.*

Em vários momentos, quando se tratava, na segunda atividade, da associação com chefias e colegas de trabalho, mesmo sem identificação, houve declarações como esta e outras semelhantes, a seguir: “prefiro não fazer comentários”; “não lembro, prefiro não responder”; “nada a relatar”.

Essa expressão, segundo Foucault (2011), também é uma forma de verdade oposta ao poder, na tentativa de ocultar e reprimir. Nas palavras do autor, “[...] obrigado a esconder a verdadeira face e a escamotear sua nudez repressiva, seus mecanismos aparecem ligados essencialmente com a cegueira, o desconhecido, o segredo, o não dito [...]” (p. 23). Na perspectiva do autor, o segredo representa, nesse caso, uma herança da forma de governo de

soberania e soberanos, representando a “força performativa do poder do soberano”. Foucault (2011, p. 23), desse modo, dialoga com Jean-Pierre Chrétien-Goni, em *Institutio Arcanae. Théorie de L'institution du Secret Et fndement de la Politique* (1992), ao usar sua afirmação a respeito das formas de poder e saber quando este expõe a visão de que “[...] ser soberano é organizar o segredo, instituí-lo, divulgá-lo, retê-lo, no limite é hierarquizar o mundo em função do lugar de cada um *vis-a-vis* disso que pode tornar-se um imenso sistema generalizado de segredo [...]”. Aqui o participante também se torna soberano, no sentido de ser ou tentar causar rupturas, ou ainda tornar-se dominante quando expressa sua demanda de atenção e cuidado, dono da forma de expressar de si, preferindo não relatar, não discursar, como também emerge em outros momentos da atividade.

Na segunda atividade, os participantes relatam suas memórias, envolvendo suas rotinas, seu cotidiano do trabalho, atribuindo fatos positivos e negativos às relações do trabalho:

*Algumas vezes, um companheiro para passar boa parte do dia melhorando o ambiente de trabalho, dando mais motivação, outras vezes, tem efeito totalmente negativo na nossa vida profissional, como inveja, fofocas, competição.*

*Devido ao excesso de trabalho, não temos tempo para ouvir o colega, manter relacionamento cordial, participar de eventos, e às vezes não temos contato.*

*Um determinado médico não costuma fazer encaixe, daí falei para uma paciente que eu pediria para ele atendê-la; quando fui lhe pedir que a atendesse, ele me informou que eu deveria atendê-la, já que eu havia prometido o encaixe.*

*Funcionário brigando por causa de situações amorosas no ambiente de trabalho.*

A fala citada abaixo remete à reflexão de Franco e Merhy (2005) sobre compreensão simbólica do significado da demanda, ou seja, os profissionais também acreditam pertencer a um modelo de uma medicina hegemônica, como produtores de procedimentos, demandas, desejos, que causam ruídos na compreensão da produção do cuidado, pois tais demandas são produzidas e construídas pela sociedade que busca o atendimento, acolhimento:

*Acho que deveria ter um apoio de perto com os colegas da recepção, pois são sobrecarregados com as informações repetitivas que têm que dar aos*

*pacientes. Às vezes, observo que estão cansados de ouvir as reclamações dos pacientes, diretamente sobre eles, pois não conseguem agendamentos, consultas, vagas, etc!*

Com base nesses relatos, são expostas situações que fazem parte das relações de trabalho, remetendo a uma das propostas de trabalho com grupos, como exemplo do Método da Paideia, o qual pensava em uma gestão e planejamento cuja tarefa não fosse somente pensar na produção de coisas, mas também em pessoas, na sua constituição e constituição de coletivos organizados (CAMPOS, 2000a). Campos (2000a) denominou a dimensão da tarefa de “Função Paidéia”. Desse modo, a ênfase do autor seria em expor, nesse caso, um trabalho com objetivos institucionais, trabalhando as relações, suas subjetividades e formas de verdade e democratizando a gestão, que, segundo o autor, objetiva motivar e educar trabalhadores por meio do estabelecimento de contratos e compromissos entre trabalhadores do sistema de saúde, sem paralisar as ações de assistência ao cuidado. Embora o autor também expresse uma técnica de uma estratégia de gestão participativa que envolve todos os que estão envolvidos em um sistema, em uma instituição de saúde, cito usuários, trabalhadores e gestores, que estabelecem a roda de conversa, a oficina e as reuniões como dispositivos para uma reestruturação do sistema assistencial à saúde. Ao mesmo tempo como tecnologia de um tipo de poder, a exemplo de como se estabelecem novas maneiras de trabalhar as intersubjetividades ou também do contrato social, que é uma práxis, uma indexação do poder.

Outros autores também propõem formas de gestão e comunicação entre profissionais considerando as suas relações, como o exemplo de uma proposta de desconstrução de uma hierarquia em forma de pirâmide para uma gestão participativa em forma de mandala, o que facilita maior contato, sendo o coletivo também os profissionais, segundo Ceccim (2005). As propostas de gestão vêm ao encontro das rotinas de trabalho na tentativa de trabalhar a expressão livre, a escuta das falas, envolvendo o grupo de trabalho, suas próprias demandas. A PNH, embora ofereça uma proposta de trabalho com ênfase no acolhimento como modo de cuidado, também trabalha as perspectivas envolvendo a participação de suas rotinas de trabalho, encontrando um movimento próprio que possa trabalhar as verdades constituídas no cotidiano, as estratégias de poder, o envolvimento pela participação, a partilha diante de um grupo que, ao mesmo tempo em que é individualizado pelas diversas categorias de trabalho (heterogêneo), também é um grupo homogêneo quando se volta para o cuidado de si, de suas rotinas, normas, formas de verdade, assim como para aquele que está à espera de um atendimento.

Na segunda atividade, conforme demonstrado pelo envolvimento dos participantes enquanto cuidadores do indivíduo/coletivo, as associações cresceram; a expressão de palavras formais assumiu um novo lugar, enfatizando as vivências, agora contadas sob a forma de fatos que transcrevem as formas de subjetivação como participantes da pesquisa. Conforme exemplificados por Foucault (2006), trata-se de sentimentos ambivalentes de amor, hostilidade, silêncio, risos, olhares atentos sobre formas de verdades construídas pela perspectiva dos envolvimento no ambiente de trabalho, conforme apontam os relatos apresentados a seguir:

*Aconteceu um fato entre uma usuária e a auxiliar de ultrassom. A usuária não estava agendada para aquele dia e nem para aquele médico. A mesma insistiu para que a auxiliar a encaixasse na agenda. Como já havia feito os encaixes daquele dia, a auxiliar disse que não dava para atendê-la. A usuária começou a gritar, dizendo muitos palavrões, agredindo verbalmente a auxiliar de ultrassom. Tivemos que chamar os guardas para retirar a usuária da porta da sala de ultrassom, e ela saiu ameaçando os funcionários.*

*A minha colega falou que precisava de documento para pegar o prontuário, e o usuário a ameaçou de morte.*

*Por não ter pediatra, fui xingada de vagabunda, biscate, e ameaçada de ser denunciada no conselho tutelar – desrespeito total ao funcionário.*

Aqui fica novamente expresso o desejo do cuidado, movido por uma estrutura paternalista, de controle e dominação, com leis de uma comunidade que deseja ser atendida. Em paralelo, realizo o uso da palavra “furacão”, que Paim e Almeida Filho (2000) utilizam ao abordar perspectivas da Saúde Coletiva, expressando a alta complexidade do atendimento ao cuidado, da integralidade dentro do objeto de promoção-saúde-enfermidade-cuidado, que, conseqüentemente, devido às diversas facetas, causa rupturas no processo. De fato, diante da perspectiva do HumanizaSUS, o acolhimento é um dispositivo de saúde e de saúde mental que promove compreender em que momento é possível utilizar-se das rupturas como uma perspectiva positivista de reconstrução e ressignificação de práticas de cuidado, de modo a inserir a corresponsabilização de trabalhadores e usuários (BRASIL, 2006a). Esse processo vem ao encontro da analogia feita por Lancetti e Amarante (2006), que citam o uso do dispositivo do acolhimento, que deve estar presente nas práticas de atenção e cuidado da família pertencente a uma comunidade e em suas relações sociais como um modo de gestão.



Volto a uma discussão anterior, quando exemplifiquei as associações que os participantes fizeram com a palavra “usuário” e suas respectivas vivências, evidenciando o que Franco e Merhy (2005) expõem sobre o imaginário do cuidado, quando usuários criam demandas, desejos, expectativas frente às suas necessidades, construções histórico-políticas do que é ser cuidado, atendido.

Ao mesmo tempo em que o vínculo do cuidado ocorre pelo afeto por parte dos cuidadores, pela observação, pela escuta, pelo conhecimento científico como forma de verdade e cuidado, a percepção do usuário avalia a cuidadora como uma pessoa da família, remetendo-nos à reflexão de Foucault (2006) sobre um governador que deve saber governar de baixo para cima e de cima para baixo, respectivamente, de modo ascendente e descendente. Na perspectiva ascendente, expressa-se a importância de que o governante, antes de governar o Estado, saiba “[...] se governar, governar sua família, seus bens, seu patrimônio [...]” (FOUCAULT, 2007a, p. 281). Já na compreensão descendente, Foucault (2007a) mostra que, quando um governante exerce a continuidade ascendente de maneira satisfatória, isso repercute na população governada; conseqüentemente, os indivíduos comportam-se como devem. O movimento descendente tem seu funcionamento com o papel da polícia, que é ilimitada (FOUCAULT, 2006). Nesse caso, retomamos um governo de polícia como ilimitado, no sentido de que se governam as famílias não apenas por leis e normas, mas pela orientação educacional do cuidado, pelo pronto atendimento à saúde, por orientações sobre doenças e divulgações de campanhas.

Para Foucault (2006, p. 286), “Os governos são interiores à própria sociedade ou ao Estado [...]”. No caso, citamos o governo da Saúde Pública/Coletiva; o pai de família vai governar a sua família, e cada um exercerá o seu papel. Primeiramente, deverão saber governar a si próprios, e é essa a compreensão dos trabalhadores da saúde que constroem a verdade do cuidado oferecida pela visão de Foucault (2011) ao concluir que a subjetividade formada se constitui em uma visão hermenêutica do sujeito, o qual se desenvolve por meio da análise interpretativa de si mesmo com uma tecnologia de governamentalidade. Aqui, os funcionários analisam e interpretam como é sentido o cuidado expresso pelas ações daqueles que buscam proteção, prevenção, atendimento e cuidados da doença.

Na visão neoliberalista, por exemplo, Foucault (2008) destaca a dinâmica no cotidiano da família, que é como se fosse uma empresa geradora de riquezas quando se tem saúde. Assim como saber governar a sua família, saber educar e desenvolver lastros culturais

também são integrantes da gestão familiar, permeando o modo de governar de polícia, que é ilimitado. Este interage e age como cuidador vigilante por meio de programas assistenciais à saúde, campanhas de vacinação, atenção à família e aos coletivos, por meio de práticas educacionais de prevenção e proteção, como, por exemplo, de diabéticos, gestantes, adolescentes, programa da saúde da família, entre outros, como forma de regulação de doenças, higiene e restabelecimento da saúde. Desse modo, a interpretação do cuidado, ao mesmo tempo em que pode unir trabalhadores da saúde aos usuários, separa-os quando as formas de verdades construídas no âmbito de um governo de saúde são distintas, ocorrendo as rupturas expressas por formas de poderes polimorfos e pela multiplicidade em que estes são constituídos por uma estrutura estética, abordada também na proposta da PNH, e ética como regime de verdade e regulação (BRASIL, 2006a). Elas acontecem no cotidiano. Os relatos abaixo expressam tanto vivências de uma agressividade por parte dos usuários quanto o vínculo pelo reconhecimento do cuidado:

*Aconteceu com o paciente na sala de vacinas. Após eu ter vacinado o filho dela, me disse com toda a delicadeza que o meu trabalho era muito lindo e agradeceu por eu ter tratado muito bem e com educação ela e filho dela.*

*Criança que veio com muita dor pedindo um encaixe. A doutora atendeu. Quando ela foi embora, me abraçou e me beijou, dizendo 'obrigada, tia', feliz da vida.*

*Alguns meses atrás, um usuário me agrediu com palavras, verbalmente, porque eu disse que precisava do documento para pegar o resultado do exame, e ficou irritado, disse que ia quebrar os meus óculos e foi embora.*

*Paciente que deu o meu nome à filha dela ao nascer, dizendo que eu tinha cuidado muito dela.*

Na terceira atividade, foram transcritos das gravações relatos como estes:

*Teve um paciente que chegou e me chamou de 'tia'. Ai, eu não suporto que me chamem de tia. Ele bem mais velho do que eu! Ai, eu falei para ele: 'olha, eu não gosto que me chamem de tia'... [risos] Ai, ele falou assim: 'então, está bom, não vou te chamar de tia, vou te chamar de gostosa' [risos].*

*Teve um colega que saiu para ir ao banheiro, aí, o paciente viu e me perguntou por que ela saiu. Ai, eu falei: 'ela precisou ir ao banheiro'. Ai... 'Mas ela está demorando'. Ai, eu disse: 'mas ela precisou fazer cocô'... Ai, ela ficou me olhando [risos].*

*Eles estão acostumados a chegar e, se a gente está digitando, eles ficam ali, pressionando, dá medo. No ambiente hospitalar, eu acho diferente. As pessoas, uma hora ou outra, agradecem a quem fica com eles o tempo todo. Aqui no posto, o povo fala que é funcionário público. Eles acham que, às vezes, qualquer pessoa pode errar, eles não entendem isso. Tipo, se você fura uma vez e não deu certo, vai furar de novo, já acha que está de má vontade, sabe!*

Aqui novamente percebe-se a visão de Franco e Merhy (2005) sobre os ruídos na compreensão do ser cuidado e do modo do cuidar – percebe-se tanto no usuário quanto nas rotinas. Os participantes unem tudo como algo único, com uma integração nas suas rotinas cotidianas. Ceccim (2005) propõe uma desconstrução do modelo hegemônico de chefias e de colegas de trabalho, para um “trabalho vivo”, sugerido por Merhy (2002), que enfatiza as relações entre si, seja com colegas de trabalho ou chefias, desaguando em um trabalho vivo com usuários. Entretanto, é importante assinalar essa heterogeneidade de práticas, na medida em que o cuidado no espaço hospitalar é experimentado como uma prática caritativa, tributária da racionalidade que constituiu os hospitais até o século XX, ou seja, um espaço assistencialista/caritativo, enquanto que a atenção básica conforma-se como um espaço de interpelação da Saúde Coletiva em que o usuário se torna sujeito de direito. Portanto, não se trata de uma prática caritativa, e sim de direitos e deveres que recaem sobre o trabalhador como um funcionário público (FOUCAULT, 2007b).

Nesse espaço, torna-se possível remetermo-nos ao modo como se formou a medicina social, por estar voltada às práticas sociais, na Europa, quando se trata das intervenções das técnicas de poder constituídas nos séculos XVIII e XIX, constituindo no século XX uma medicina nomeada como Moderna. A intenção de governo, ou seja, a forma de governar, modifica-se para uma biopolítica, a qual visa a um controle social por meio das técnicas médicas. Assim, herda da Alemanha a proposta de melhorias da população, de um serviço médico especializado; da França, herda a disciplina, baseada na individualização por meio da exclusão (doentes e não-doentes, loucos e não-loucos), sendo a medicina inglesa mais administrativa, voltada para vacinação, epidemias. Essa forma de prática pela medicina social se estabelece nas práticas de Saúde Pública no período em que se preocupa com a higiene, o saneamento frente à urbanização, a industrialização do Brasil, assim como em outros períodos, a exemplo das intervenções de campanha e reforma sanitária. Aqui, unem-se uma medicina social voltada para uma medicina clássica, focada no processo de cura de doenças, e uma medicina social voltada para processos de controle de higiene e epidemias.

Profissionais são vistos pelos usuários como representantes de uma instituição, nesse caso de saúde, que escutam diversas manifestações, agressões; ao mesmo tempo, também são cidadãos que compõem uma mesma sociedade. Muitas vezes, fazem parte de uma mesma comunidade, quando também citam o desejo de trabalhar próximos de suas residências:

*Eles falam assim: 'eu pago o seu salário'! Eles pensam que só eles pagam impostos. Eu também pago.*

*Uma situação constrangedora. Era um homem de rua. Chegou um homem todo ensanguentado para eu tirar os pontos. Aí, eu comecei a tirar os pontos. Aí, ele falava assim: 'ah, há quanto tempo uma mulher não mexe na minha orelha'. Eu não sabia o que fazer! Eu dizia: 'moço, fica quieto'. 'Ah... Mas tem muito tempo que uma mulher não mexe na minha orelha'. E isso fica muito constrangedor; ou eu puxava com força, ou eu parava. Isso sempre acontece comigo. [risos]. Fica muito constrangedor.*

*Eu fui ameaçada por um paciente porque não tinha o medicamento que ele queria, não é! Eu disse que estava em falta. E falou que a culpa era minha. Disse: 'eu vou enfiar a mão na sua cara'. Aí, eu falei para ele que a culpa não era minha. Aí, ele falou: 'então, com quem eu falo'? Eu disse para falar com o gerente. Ele: 'então, eu vou lá arrebentar a cara dele'. A sorte é que o gerente não estava na unidade. Aí, diante dessa situação, dá para ver que a gente não tem segurança nenhuma. O guarda, no caso, não apareceu. E depois a informação que eu tive é que o guarda está ali para fazer a segurança patrimonial, e não dos funcionários. Aí, a gente fica numa situação, não é! Não só eu como outros funcionários já foram ameaçados, do tipo: 'vou pegar você na saída'.*

A PNH, por meio da cartilha *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde* (2006), propõe a construção e compreensão de como é produzido o cuidado, por meio da relação de intersubjetividade, envolvendo uma descentralização nas relações de trabalho, ou seja, não se trata da transgressão a valores éticos, mas de uma movimentação sobre uma construção em conjunto envolvendo o usuário, como participação, compromisso, envolvimento pelo vínculo, seja entre colegas ou chefias, assim como o indivíduo/população, uma vez que as formas de poder são móveis e polimorfos. Esse envolvimento alia-se ao modo de socializar as práticas de cuidado, de educação por meio da orientação, do esclarecimento de procedimentos técnicos, tanto quando se trata de rotinas de trabalho, quanto no que se refere a práticas assistenciais de cuidado aos usuários. É trazida à tona uma autonomia assistencial, um modo mais refinado de percepção sobre os discursos produzidos, proporcionando uma forma de tecnologia, um governo de si enquanto indivíduo, enquanto grupo de trabalho em prol do acolhimento, enquanto coletivo que forma a população, o Estado. O modo de gerar uma

corresponsabilidade recai sobre as técnicas de uma gestão liberal, que deságua em uma proposta neoliberal sobre a liberdade de expressão, desde que não ocorram transgressões éticas, jurídicas, em que estão presentes os micropoderes e microssaberes, sejam eles intersetoriais, de UBS, postos de atendimento 24 horas ou PSFs, entre outros, estabelecidos nas relações de saber e poder que constituem a instituição do cuidado (trabalhadores e usuários) (BRASIL, 2006a).

Embora existam relatos da agressão, de uma possível não-compreensão da demanda, a subjetividade expressa-se como um processo que Nardi (2006) associa como coadjuvante do trabalho, em que significados são construídos e sentidos são produzidos, recaindo sobre os trabalhadores. Trabalham-se suas especificidades como forma de verdade, ou seja, vindo ao encontro da proposta da PNH, que trabalha a subjetivação e suas relações com o enfoque no humano (BRASIL, 2006a).

Sobre o modo de produção do trabalho, têm-se as estruturas mecanicistas, em que a ênfase não se dá na relação entre colegas, pessoas, e sim no homem-máquina, voltado para produzir, atingir metas a todo o momento. Isso se assemelha a um modelo mecanicista, que valorizava a produtividade mapeada e controlada pelo tempo – uma herança da Administração Científica de Taylor, com a ênfase voltada para as tarefas, pela expressão: “tempos e movimentos” (CHIAVENATO, 1993). O taylorismo inaugura outra racionalidade nos processos de produção: a relação entre ciência e produtividade. Para tanto, estabelece um conjunto de regras que controlam o movimento do trabalhador e o tempo que este leva para produzir um determinado artefato. A proposta é que, se o movimento for compassado dentro de certo tempo, a produção aumenta. Nesse sentido, se estabelece um mecanismo que transpõe a lógica da máquina para o próprio trabalhador. É uma estratégia para retirar a dimensão do tempo individual de produtividade e transferi-la para o tempo da máquina. A lógica mecanicista fica esquadrihada pela relação desta transposição da máquina para o trabalhador e do trabalhador para a máquina. Aqui localizo a ênfase voltada para o cuidado, quando são propostas, por exemplo, metas no atendimento, em uma industrialização do cuidado. Juntamente com esse conceito, Campos (2000a, p. 23) indica que tal modelo de administração é

[...] fundadora de um estilo de governar, que embora tenham surgido outras teorias de Administração, esta ainda não foi totalmente excluída, visto que ainda percebe-se pelos discursos a presença da disciplina, do controle voltados para uma medicina hegemônica.

Localizo os discursos num sistema de saúde envolto pelo Panóptico de Bentham. Não é possível fugir de uma vigilância, aqui expressa como vigilância atenta e percebida por parte dos usuários, conforme o relato a seguir:

*Eu acho que aqui a gente não pode nem sair para beber água, fazer xixi.*

#### 4.2 O ENVOLVIMENTO HUMANO: UNIDOS POR CLASSES DE TRABALHO E SUAS RELAÇÕES SIMÉTRICAS E ASSIMÉTRICAS

“Conhece-te a ti mesmo.” (Sócrates, 469-399 a.C).

A citação acima é proposital no sentido de compreendermos algumas vivências em que o poder incita e nos arremeça a expressar o nosso pensar, e aqui seguem relatos dos participantes no sentido do exercício como auxílio para reflexões sobre seu cotidiano no trabalho partindo da perspectiva de si, do governo de si (FOUCAULT, 2011).

Na trajetória de análise proposta pelos encontros nas UBS, percebe-se, no terceiro momento da atividade, o modo como os grupos expressavam suas memórias por meio do silêncio, dos risos, de relatos. Conforme indicado abaixo, alguns participantes, ao falarem de seus colegas de trabalho e das chefias, também falam de si, por meio de sentimentos, de associações livres em que é possível refletir também sobre suas alianças na rotina do trabalho, pensando em fatos do que poderia ser melhorado ou evitado dentro de uma instituição do cuidado que enfrenta rupturas entre coletivos ou de um mesmo coletivo, bem como vivências em que se confessam apoio, aliança, comprometimento, vínculo, afeto. Indicadas abaixo, associao tais enunciações pela perspectiva de Foucault (2011), expondo a tecnologia do pensar sobre si, ao mesmo tempo dialogando com o enfoque oferecido por Nardi (2006), que trata de uma análise contemporânea dos aspectos que envolvem o trabalho como um dispositivo nos processos das relações entre si.

Alguns relatos emergem com o propósito de compreender em que momentos as rupturas na produtividade do trabalho ocorrem, ao mesmo tempo em que o pensar se torna um processo e o trabalho é sugerido como um dispositivo, segundo é citado por Nardi (2006, p. 21), em que emergem precariedades sociais, demandas acima do esperado, com a moral e a ética no trabalho “como norma, identificação social e prática reflexiva”.

Quando se trata de abordar o contexto da promoção de saúde, propondo-se, por meio da atividade, pensar sobre possíveis estratégias, situações do que poderia ser melhorado, assim como posteriormente proponho o que deveria ser evitado, abstraio o processo do discurso como uma característica neoliberal, exposta por Foucault (2008).

Czeresnia (2003, p. 39) afirma que

[...] um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída [...].

Na verdade, segundo Czeresnia (2003), essa autonomia é regulada dentro de uma forma de saber e verdade instituída pelo Estado, mas que também é delegada aos sujeitos. Sendo assim, a proposta de trabalhar a realidade é construída a fim de se estabelecerem novas formas de relações associadas ao conhecimento científico. Tal autonomia nos arremeça a herança Liberal dita por Foucault (2008), pelo fato da população ser livre.

Na maioria das enunciações, os participantes falam de si, mas envolvem mais suas relações como colegas de trabalho e o que pensam sobre as relações assimétricas, como alguns exemplos citados a seguir:

*A gente vem com vontade de trabalhar, aí, passa 24 h trabalhando, já não consegue ser igual.*

*Bafão [risos].*

*Temos uma coisa para comentar [risos]. Olha, estou tão acostumada com as coisas daqui, que a gente transforma tudo e ri.*

*A chefe agora é dez.*

*A anterior batia porta, batia o telefone na cara, gritava no corredor.*

[Silêncio longo].

Rivera e Artmann (2003) propõem um agir comunicativo, tendo a estratégia do exercício do diálogo como contato que promoverá relações de trabalho, citando uma proposta teórico-metodológica de gestão e sugerindo uma análise estratégica em saúde por meio de uma gestão pela escuta. Dizem que se faz necessária uma gestão comunicativa, em que a

criatividade seja ferramenta capaz de estimular a comunicação e, conseqüentemente, de construir novas representações – nas palavras dos autores, “uma organização comunicante” (p. 21). A proposta de uma descentralização como propósito de cogestão participativa elucida o processo de “dar voz” ao grupo de trabalho, em que se constroem significados das relações de trabalho em conjunto, assim como o modo de cuidado, trazendo estratégias por meio da integração social entre usuários e trabalhadores e movimentação dos processos de trabalho por meio da escuta das formas de subjetivação que formam o coletivo, conforme identificado na cartilha da PNH (BRASIL, 2006a).

Rivera (2003a, p. 187) pressupõe que

[...] mudar a qualidade das acumulações organizativas implica alterar tendencialmente as regras do jogo organizacional, no tocante, principalmente, à responsabilidade. Este é um dos principais desafios da administração latino-americana.

Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade. Ele não é “[...] um organismo, mas um dispositivo [...]” (CECCIM, 2005, p. 170), ou seja, as conexões devem ser enfatizadas pelas relações, e não somente por estruturas como organogramas, que propõem os modos de produção do trabalho. Aqui abaixo, novamente tais participantes inserem o contexto das suas relações de trabalho, incluindo o usuário e percebendo que existe uma tentativa de articulação, de união, partindo das relações:

*Eu sempre vejo que alguns enfermeiros gritam com os funcionários, seja administrativo, técnico de enfermagem, limpeza, até na frente dos usuários. Aí, o que eles vão pensar? Isso já aconteceu comigo, acho que com a maioria do pessoal. Isso é muito chato, porque é mais um motivo para os usuários falarem que a gente não sabe nada, que a gente é funcionário público, que emenda feriados. Então, você fica sem credibilidade nenhuma. Ele já vem chamando e duvidando, que você não sabe de nada, porque o próprio chefe chama a gente de incompetente.*

*Eu acho que tem que parar com essa situação de gerente de falar que ‘eu que mando’. Isso está ultrapassado.*

Trabalhadores participantes associam, quando solicitados a pensar nas relações de trabalho, suas rotinas de assistência ao cuidado, compreendendo que suas relações, embora tenham rupturas, são indissociáveis ao pensarem na rotina, a todo o momento retomando o usuário. A indissociação está presente pela proposta da integralidade, das relações transversais



que constituem as redes sociais, de uma política de Saúde Coletiva. Aqui se pode associar o dispositivo do trabalho, em que a subjetividade é um processo como modo de subjetivação, conforme dito por Nardi (2006), bem como estruturas autoritárias herdadas, embora em um contexto distinto, na medida em que se trata de uma racionalidade neoliberal, de uma forma de governo disciplinar que se constitui na França do século XIX, em que a disciplina se inicia pelas práticas do exército, estendendo-se a outras estruturas institucionais, como a das práticas médicas e assistenciais, pelo controle dos corpos e, aqui, entre colegas, chefias e usuários. Outra forma de governo inserida na biopolítica, o controle como modo de regulação estabelecido pelo neoliberalismo pela produção inicia sua ênfase no liberalismo, que se estende para a Modernidade por práticas em que, além da produção, a eficácia deve estar em evidência, a fim de que os resultados, nesse caso, a produção de serviços, sejam capazes de manter-se pela concorrência.

*Chega o pessoal presidiário, tem que esperar da mesma forma que as outras pessoas. Acho que as autoridades têm que rever essa situação. Porque ninguém é diferente. Todo mundo é igual. Eles chegam e passam na frente de todo mundo, acontece todo dia, principalmente nos 24 horas.*

*Terça-feira é gente saindo para tudo que é canto, na recepção, nem todo mundo que vem, vem para a recepção, vem fazer faxina, controle PA, exame, odontologia. Então, são pessoas que, além do quantitativo, tem gente que está mal acomodada.*

Aqui, expõem-se novamente pelo discurso os coletivos sociais no trabalho, mas com um olhar na importância de se instituir um coletivo de trabalhadores, valorizando as diferentes classes de trabalho e unidos por um mesmo objetivo, vindo ao encontro das propostas da PNH, de uma gestão participativa (BRASIL, 2006a). Segundo Gomes, Guizardi e Pinheiro (2005), a classe de trabalhadores, por possuir diversas funções distintas, de acordo com a formação e o nível de ensino educacional, tem uma heterogeneidade. Dessa maneira, aumenta-se a complexidade da elaboração das rotinas cotidianas quando existem rupturas nessa relação, dificultando a integralidade nos serviços de saúde e desaguando no usuário. Para os autores,

[...] superar a fragmentação presente no trabalho das equipes de saúde não é homogeneizar as práticas ou negar as diferenças existentes entre as profissões que as compõem. Ao contrário, as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços em saúde. (p. 108).

O enfoque é em objetivos comuns, aliando saberes e práticas do trabalho e refletindo no modo do cuidado, do acolhimento dos usuários:

*Não deveriam existir diferenças entre profissionais de saúde. Todos somos funcionários dentro de uma unidade.*

*O verdadeiro chefe é aquele que nos ouve, por exemplo, a nossa gerente, ela nos ouve. E isso é muito bom. Só imposição, sem vivenciar o muco-vuco, é importante para poder ter visão.*

Outro exemplo de discurso que, segundo Nardi (2006), provoca rupturas nas relações de trabalho e precariedade na produtividade é quando existem diferenças entre trabalhadores fixos, nesse caso, representados por trabalhadores efetivados na saúde por concurso público, e trabalhadores temporários. Aqui, pensa-se em uma política que constitui os relatos dos participantes, propondo um desejo de cogestão participativa, a necessidade de ampliar os modos de construção de verdades, de conhecimentos de suas rotinas cotidianas. Assim como uma prática neoliberalista quando está preocupada em envolver as técnicas de trabalho e políticas de gestão como modo de regulação, de constante intervenção sempre que necessários. Aliados a um controle pela vigilância, citados por Foucault (2008), e às suas próprias molduras e formas de mercado, da economia, da educação da população, cultura. Concluindo que tais estruturas por serem formados por várias políticas de governamentalidade são móveis, embora se estabeleçam por relações indissociáveis, interdependentes. Pois, as relações ocorrem entre trabalhadores e usuário, chefias e subordinados, ao mesmo tempo entre colegas de trabalho, na tentativa de se estabelecer um nível de consenso permanente entre si. Isso se repete como um movimento das políticas neoliberalistas da Alemanha e dos Estados Unidos em uma era de Modernidade, trazidas a um contexto contemporâneo, em que são modos de expressar o pensamento, construir significados inseridos nas normas jurídicas, expressas por normas por meio da vigilância. A intenção não é o ato de governar os demais, e sim organizar por meio da supervisão, da vigilância, de modo que as estruturas possam ser sustentadas, ordenadas, como forma de um controle social, movimentando-se e buscando uma regulação entre si, entre o Estado, como estilos de governo, como nas citações abaixo:

*Muito chefe autoritário. Mas olha, é um cargo político, daqui a pouco, tudo muda, e nós ficamos aqui.*

*Essa gerente que nós temos agora, ela é gerente, mas ela realmente põe a mão na massa e faz o que precisa.*

*Atitude ótima. Eu estava aqui, e a minha esposa ficou gestante, e os meus colegas se uniram e fizeram um chá de fraldas, e eu fiquei uns quatro meses sem precisar comprar.*

Expressão com herança bíblica de que o trabalho é um castigo, segundo Nardi (2006, p. 27),

A palavra trabalho é marcada por esta relação entre trabalho e castigo. Duas origens, *tripalium* – triângulo colocado ao redor do pescoço do boi para prendê-lo e guiá-lo no trabalho – e *trepalium* – um instrumento de tortura composto de três pés –, trazem consigo a ideia do sofrimento e tormento.

Somente com a Reforma Protestante, na pesquisa do referido autor, é que o trabalho passa a ser compreendido como uma vocação, em que seus aspectos são vistos como modo positivo, ao contrário da visão judaico-católica, em que era visto como castigo, refletindo nas associações pelos tempos vividos, por meio de algumas falas sobre o modo de compreender tais relações no trabalho e conseqüentemente no modo de funcionamento econômico de um Estado-Nação. Nesse caso, quando se pensa nos cargos ditos “passageiros”, os participantes entendem que, por mais sofrimento que enfrentem com o tipo de chefia, esta passará; ao mesmo tempo, quando elogiam o desempenho da chefia como uma pessoa participativa, atribuem a vocação de uma liderança, associando heranças católicas e protestantes sobre a compreensão do trabalho.

Foucault (2011, p. 146) expressa que, de acordo com a herança do cristianismo, ao confessarmos nossos pecados em público, diante do inquérito, do exame, podemos ser absolvidos ou punidos; os pensamentos devem ser refletidos, considerados e confessados, desembocando em uma tecnologia mais atual, a de uma análise interpretativa de si, trazida da modernidade por meio do discurso: “A confissão é retomada como um reconhecimento por meio do qual o sujeito autentica em si mesmo pelo discurso suas próprias ações e pensamentos [...]”.

Incluimos a perspectiva de Nardi (2006) sobre as relações de trabalho e sua escala de valores herdada de uma civilização grega ocidental, numa dependência entre si, como é o exemplo de um relato que se segue:

*Acho que estamos pagando erros de funcionários antigos de coisas que não acontecem mais, sabe... Eu vejo isso no plantão. Algumas coisas do tipo: ‘ah... você não trabalha bem aqui’... A culpa, às vezes, [é posta] naquela*

*pessoa que está para se aposentar, que dificulta o trabalho, mas eu penso que a gente pode ficar igual, que a pessoa já foi jovem.*

Na pergunta sobre o que poderia ser melhorado, associo a reflexão de Ceccim (2005, p. 175), quando sugere a necessidade pedagógica de uma construção do “[...] aprender a aprender no cotidiano do trabalho e em confronto com as situações reais de intervenção de respostas técnicas e institucionais para um trabalho com protagonismo coletivo, multiprofissional e usuário-centrado [...]”.

Retrata-se a importância de não cessarem problematizações frente aos conhecimentos e práticas, como esse exercício em que se faz uso de discursos, elucidando-se momentos como este, em que se pensa o que poderia ser melhorado. Percebe-se a ênfase nas técnicas das rotinas de trabalho, o interesse na comunicação de demandas do próprio grupo de trabalho quando se sugerem melhorias com um trabalho de educação, quando se sugere autonomia do sujeito usuário. Aqui Merhy (2000) aponta um espaço de autonomia de autogoverno, vindo ao encontro da tecnologia de Foucault (2011) quando trata do governo de si.

Outro ponto que se repetiu em todas as atividades, como havia citado nas primeiras análises, foi o do silêncio, ou expressões como “não vou falar”, o que remete ao apontamento de Nardi (2006, p. 24), em que o silêncio é um dispositivo:

As relações de saber-poder, assim como os jogos de dominação e resistência são essenciais na (auto)constituição dos sujeitos e na legitimação dos regimes de verdades, assim como na compreensão dos dispositivos que os sustentam [...].

Aqui retomo o que apresentei no capítulo sobre a governamentalidade e humanização, onde cito, pela perspectiva de Foucault (2009b), as relações de resistência, que também podem ser compreendidas como práticas de liberdade, inseridas nas relações de poder, nas políticas e modos de gestão em saúde. A exemplo da proposta de uma gestão participativa, no intuito da equidade, da integralidade, que ao mesmo tempo incita liberdade de expressão, nos arremeça ao jogo das relações de saber e poder, ou seja, não há como escapar dos dispositivos e suas tecnologias. A não-expressão pelo não-dito é uma contribuição, como também uma forma de poder, um modo de verdade pelo silêncio, não visto apenas por uma perspectiva negativa, mas pela perspectiva positiva de buscar compreender o que o silêncio tem a nos dizer, a nos incitar, do mesmo modo que os discursos que se desenvolvem no decorrer da dinâmica da oficina aplicada aos participantes.

Primeiro, observo o silêncio, e depois iniciam falas sobre as rotinas de trabalho:

*Exames, rotina, demora os resultados.*

*Mais cursos de relacionamento. Precisa de um momento como este, sabe, porque melhora a autoestima, para aguentar atender à demanda.*

*Rotina de triagem.*

Se a proposta fosse de questionar o que seria um trabalho social, o interessante seria compreender qual sentido é esse de trabalho social que permeia o processo, por exemplo, de uma educação, de inserir-se na comunidade local. Esses questionamentos lançam a minha análise ao encontro do pensamento de Foucault (2008) ao pensar nas práticas assistenciais neoliberalistas, neste momento pensando no homem-empresa, no homem como fonte de produção de riquezas que se refletem na economia local. Esse homem-empresa, homem como meio de produção, é representado pelos próprios usuários que buscam assistência, bem como pelos trabalhadores, que expressam seus sentimentos, suas dores, seu modo de trabalhar, suas facilidades e dificuldades por meio do discurso, podendo interligar-se ao mesmo tempo a um momento histórico, vivido no Brasil, em que a medicina passa a ter dois focos, a medicina social e a clássica, apresentados no período Desenvolvimentista e na Reforma Sanitária. Outro fator que se torna possível associar é uma política liberal pela expressão de condutas. De acordo com Foucault (2008, p. 432), é uma maneira de “[...] a sociedade se representar [...] mas como uma prática, isto é uma maneira de fazer orientada para objetivos e regulando-se por uma reflexão contínua [...]”, que é o que elucidam a todo o momento na oficina:

*Acho que o trabalho social em saúde está pouco.*

*Primeiro, mais funcionários, cada um perto da sua residência, cada um na região.*

*Aqui todo mundo fica mal acomodado, não tem conforto, porque é área de saúde.*

No primeiro relato expresso acima, sobre o que é um serviço social em saúde, percebe-se como é compreendido em um discurso que expressa uma forma de verdade. A assistência social atravessa a Contemporaneidade pela forma de governo pela biopolítica, em que a regulação dos corpos é estabelecida pelo controle por meio dos dispositivos da sexualidade

(natalidade, morbidade, mortalidade, epidemias), e ao mesmo tempo por uma governamentalidade neoliberalista, que se preocupa com o homem produtor de riquezas e de modos assistenciais de cuidado e proteção aos desempregados, à pobreza e à habitação, instituindo práticas assistenciais. A cada relato, percebe-se a multiplicidade de valores e discursos envoltos em modos de governamentalidade, assim como os discursos, que são heterogêneos e ao mesmo tempo formam um coletivo de discursos de suas práticas no trabalho. O que é entendido por estar bem acomodado? Isso pode ser associado às políticas da PNH, que sugerem a valorização da ambiência, como se pode avaliar como é a privacidade, o conforto dos funcionários, de modo que proporcionem melhor produção do cuidado.

Outro fator que surgiu, pelo relato da rotina de trabalho, foi a forma de governar pela disciplina, vigilância e classificação dos corpos, em que se devem separar doentes de maior riscos e com doenças infecciosas, a fim de proteger um coletivo que tem saúde e está em constante risco com contaminações, em uma perspectiva de um controle dos corpos, como modo de segurança. Isso se torna um dispositivo de segurança, responsável pelo controle de um possível perigo, mas associado a um modo de cuidado tanto dos que procuram atendimento quanto dos próprios colegas de trabalho entre si:

*Teria que ter, pelas normas sanitárias, separar, porque a recepção fica muito exposta, a gente não sabe que doença a pessoa tem, os funcionários ficam muito expostos.*

*Aí, quando chega, que tem uma demanda, tem que espremer para cumprir metas do programa de hipertensos, diabéticos, muita pressão, cobrança. Nosso dia a dia não é fácil, a gente se policia para não virar uma pedra de gelo. Mas, às vezes, ele fica porque ele não tem como resolver todos os problemas. Muitas pessoas querem, na verdade, é conversar, mas nós não temos tempo para isso. É 'tchau' e 'benção', não dá! A gente tem consciência de que precisa atender melhor. Tem gente que tem que dar conta de três atividades diferentes. O tempo todo é difícil. Aí, todo mundo estressado, e, para resolver as nossas coisas, a gente pena com relacionamento. O que que a gente faz pra tentar amenizar, procura se ajudar. Mas todo mundo te cobra. Para poder chegar lá em cima, mostrar que atendeu tudo! Não sou preguiçosa, mas tenho meu limite, não faço.*

*A gente não tem material, coisa básica, se você quiser caneta, tem que trazer de casa. É difícil ter material aqui. Esses dias, não tinha gaze para fazer curativo. Sabe, fica difícil trabalhar. Cola, durex, não tem!*

*Sobrecarregados.*

*A teoria é maravilhosa, mas, na prática da enfermagem, médicos, a nossa grande dificuldade é tentar resolver tudo.*

Nesta última fala, penso o que seria resolver tudo, que sentido teria? Utilizo a ideia de Franco e Merhy (2005), que pressupõem que os profissionais exercem suas atividades com um modelo hegemônico, tecnicista, atendendo à demanda e enfatizando o desejo dos usuários, que muitas vezes são fetiches – nem sempre é para atender uma possível doença. São construções e demandas ilimitadas, pois nem sempre o que se demanda é possível. Aqui também o que faz a população demandar que os trabalhadores resolvam tudo remete à forma de governamentalidade estruturada por normas que se tornam verdades e modos de regulação e práticas de poder, em que se garante, de modo estruturado, um cuidado assistencialista, de maneira que este não arremesse uma desassistência ao desempregado, ao doente, ao aflito, ao que busca participar das campanhas de vacinação, aos programas voltados para educação em higiene, natalidade, morbidade, nutrição. Isso enquanto aquele que não deseja participar de um programa de cuidado assistencial, não busca cuidados preventivos como modos de proteção, assim como trabalhadores que vivenciam as diversas formas de governamentalidade sem compreender o que de fato os satisfaz em suas vivências de trabalho com colegas, chefias, normatizações, assim como no trabalho assistencial. Esse movimento recai sobre as formas de governamentalidade, como a biopolítica no século XVIII, bem como no uso da expressão de certa liberdade pelo liberalismo.

Um exemplo da tentativa de não-ruptura da compreensão do cuidado e de um trabalho vivo, unindo usuário e trabalhadores, está na forma empática com o exemplo abaixo do usuário, sem pensar nesse momento em leis trabalhistas como reguladoras da ética e da moral, mas na relação entre si, no modo como se estabelece uma relação pelo vínculo, pelo afeto. Trata-se de proposta de resultado do trabalho de uma gestão participativa, envolvendo trabalhadores e população e fazendo uso dos serviços de saúde, com formas éticas/estéticas que trabalham o sentir, o estar próximo entre si – a estética por meio da participação e compromisso e a própria política nacional da PNH como forma estratégica de governamentalidade. A PNH herda a proposta de uma governamentalidade liberal, por meio da expressão de suas práticas, desde que sejam respeitadas as formas de verdades estabelecidas pelo poder jurídico como reguladoras, normatizadoras. A todo o momento, são estruturas móveis, estéticas, frágeis, que enfrentam a demanda da população, também produtora de saberes e verdades como forma de governar e ser governada:

*Teve um paciente muito chato, que só reclamava. Aí, ele se aposentou e se ofereceu para nos ajudar. Aceitamos, ele ficou arrumando fila, fazendo triagem; passou 15 dias, ele não aguentou. Ele disse: 'olha, vocês são santos, eu não aguento isso'! E aí, quando ele vai lá, mudou muito, é humilde, chato, às vezes, mas respeita o nosso trabalho.*

Nesse outro relato, associa-se a forma hierárquica em formato piramidal, o que dificulta muitas vezes o modo de gestão, de percepção, enquanto que da PNH propõe uma gestão participativa, visando a novas construções dos processos de trabalho, assim como sugestão de Ceccim (2005), das relações que se estabelecerem com o formato de uma mandala. Na política da PNH, sendo uma forma de governamentalidade, indica-se a importância do compromisso, do comprometimento com as mudanças na estrutura que envolve trabalhadores e população. O compromisso, o comprometer-se, utiliza-se da subjetividade, da reflexão das construções sociais, da tecnologia indicada por Foucault (2011) sobre o governo de si, fazendo uso da vigilância, do exame de consciência originário da confissão dos pecados, da disciplina por meio da submissão das leis governamentais, das leis normatizadoras de uma instituição, do controle dos corpos que buscam atendimento, da separação pelo inquérito em uma triagem inicial. Essas são algumas estruturas de governamentalidade presentes na interdisciplinaridade do cuidador, da profissão, da cientificidade como verdades construídas, significadas, sujeitas a ressignificações, produzindo pelo tecido humano discursos que formam os múltiplos sentidos das relações de trabalho estabelecidas na Saúde Pública que constituem a Saúde Coletiva.

*Acho que os superiores deveriam vir aqui trabalhar nessas funções de atendimento para não darem ordens sem pé nem cabeça.*

No momento em que os participantes falam o que poderia ser evitado, trago Rivera (2003b, p. 247), que aponta a importância do aprendizado organizacional: “[...] planejamento é um processo de aprendizagem que permite o afloramento e o questionamento dos modelos mentais tendo em vista a possibilidade de uma visão compartilhada [...]”, ou seja, tais modelos discutidos em oficinas de planejamento visando a mudanças nos resultados, em que são praticados questionamentos, reflexão e simulação coletiva, são uma das sugestões como modo de gestão:

*A falta de material... Faz um mês que não tem gaze, isso é um absurdo, como ficam os curativos? Planejar as compras.*



*Faltam mais cursos, qualificação, algo para melhorar a qualidade de vida no trabalho, não é !*

*A gente não tem que se preocupar com 'o que eu acho', mas com o funcionamento da unidade.*

Aqui novamente se repete a fala de Franco e Merhy (2005) sobre o olhar do profissional frente aos desejos, demandas e conceitos de doença construídos por parte dos usuários. Segundo Czeresnia (2003, p. 41), “O conceito doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade [...]”. Portanto, devido aos modos de subjetivação nos processos de saúde e doença e às suas peculiaridades, é atribuída a cada sujeito que procura o atendimento uma demanda individual e, conseqüentemente, sua subjetividade, o seu modo próprio de compreender o que é ser cuidado, o que é ser acolhido. Assim, trata-se de desejos individuais, que formam um coletivo. Pois tal coletivo insere-se como parte das práticas de trabalho e constituinte do mecanismo das unidades de atendimento à Saúde que atendem à demanda que solicita ser ouvida, cuidada, acolhida. Quando se trata de população, trata-se de indivíduos que constituem um coletivo que tornam para este serviço, desejos ilimitados, pois as práticas de significação do ato de cuidar constituem ao mesmo tempo uma prática individual e coletiva.

Os trabalhadores, por sua vez, também produzem seus significados e construções sobre como compreendem o cuidado, o acolhimento, as suas relações, as suas práticas do cotidiano de trabalho. Também expõem o que acreditam ser um acompanhamento psicológico, os seus dimensionamentos diante das rotinas trabalho, o que consideram sobrecarga, falta de funcionários, suas aspirações em construir um objeto comum entre os próprios colegas de trabalho, a interdependência entre si. Segundo Nardi (2006, p. 30), “ela não divide, ela une”, conforme os discursos abaixo:

*A gente precisa de um acompanhamento psicológico, porque, por exemplo, o trabalho da recepção é muito duro, eles se sentem culpados por não poder fazer mais pelo usuário.*

*Outra, a gente se desdobra, e, às vezes, falta reconhecimento dos próprios colegas.*

A herança do cuidado também se estabelece por uma herança bio-histórica (FOUCAULT, 2003), em que os modos de produção de verdades, quando normatizadas em forma de lei, regulam a população. O exame de consciência emerge aqui, em um processo que antecede o inquérito, a absolvição dos pecados e a presença de um cuidado paternal, presentes na igreja católica, em que as produções de discursos ditos pelos sujeitos que procuram proteção são decifradas, perdoadas, compreendidas, liberando-se da repressão. Essa decifração analítica indicada por Foucault (2009b) é oriunda do cristianismo, da confissão, que, reportada a uma era da Contemporaneidade, se expressa pela democracia. A tecnologia de si é compreendida por uma perspectiva hermenêutica cristã, traduzida pelo cuidado, em que o sujeito reconhece a si próprio, necessitando do “alívio da alma” ao discursar suas formas de verdades.

Nas enunciações a seguir, há fatos percebidos pelos profissionais de saúde em que muitos usuários não buscam apenas um atendimento, querendo também falar, expressar; essa situação associa-se à Saúde Coletiva que promove, previne a população pelo cuidado, não apenas em um modelo tecnicista de restabelecer a saúde, e sim na educação, na orientação, no vínculo. A proposta da PNH é o envolvimento, o afetar-se, o envolver-se. Ao mesmo tempo, questiono como é visto o modo do trabalho da psicologia. Penso qual é a demanda que realmente se deseja e como de fato é possível compreender os modos de atuação na clínica ampliada, não somente extensiva à comunidade, mas aos trabalhadores. Aqui se percebe o desejo dos trabalhadores, no primeiro relato acima, de serem reconhecidos, de escutarem os seus próprios desejos e expectativas, em uma perspectiva social como pessoas que formam uma mesma comunidade, uma integralidade com os usuários, que buscam proteção, orientação, e confessam suas rotinas, inseridos em uma forma de governo que preza pelo coletivo como modo de regulação e de verdades. Além disso, a confissão é uma via que se ramifica ao se escutar o que é dito, o que está subscrito por meio da interpretação, que é uma forma de reproduzir verdades desafiadoras, no intuito de decifrar “um discurso de verdade” (FOUCAULT, 2009b), estabelecido quando emergem os modos das relações de poder. Vejamos o que dizem os participantes:

*A maioria dos pacientes vem com problemas emocionais, e fica difícil de atender e ouvir seu problema, com a demanda que tem. Houve até uma pesquisa que disse que o pior atendimento vem do administrativo. Mas é por conta do volume.*

[Risos]... [silêncio] *Complicado falar...*

*A gente vive sob ameaça, isso deve ser mudado.*

*Muitos aqui quase não falaram nada, eu sei, eu conheço elas, devem pensar 'ah, essa moça vem aqui, vamos falar logo, porque vai embora'. [risos] Mas é uma pena que é só hoje...*

À medida que a oficina se estendeu, pelas falas das realidades de trabalho, possibilitou tecer uma estrutura própria pela hermenêutica das confissões, por meio da interpretação, da participação dos sujeitos, que expressaram diversas formas de verdades construídas em seu contexto social. A PNH possibilita, como forma de governo, por meio de uma estratégia de gestão, sugerir como devem ser trabalhados o compromisso mútuo de trabalhadores/usuários e a responsabilidade, formatando um tecido vivo que produz significados, que revela a dificuldade do falar.

O silêncio também é indicado como forma de verdade e também mostra uma relação de poder que emudece em um processo que ainda busca um novo movimento, herdado por diversas formas de governamentalidades nos discursos ditos pelos participantes deste estudo, e uma adequação dos sentidos resultantes de heranças governamentais, modelos de administração, modelos assistenciais do cuidado. Neles, estão permeadas as relações de saber e poder, em movimentos contínuos de construção e desconstrução de significados como modos de verdade que produzem o cuidado como processo de trabalho, multiplicando-se os modos de saber pela própria demanda da população que os busca, dos próprios desejos de si, de seus colegas de trabalho, chefias, instituições, de um governo (NARDI, 2006).

Quando consideradas as perguntas sobre o que poderia ser melhorado e evitado, faço associação com Rose (1999), que aponta questões sobre como nos constituímos como sujeitos governáveis, quais as nossas construções, como desenhamos a nossa estrutura enquanto seres humanos diante de nossas ações, nossos pensamentos, nossas ações por meio das práticas de discursos, que são práticas humanas produtoras dos questionamentos, das regras frente ao contexto histórico que abre caminhos no espaço da Contemporaneidade.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Identifico que a investigação foi um impulso gerador dos questionamentos que emergiram neste estudo. Por meio da escuta de falas do cotidiano de trabalho, quando vivenciei as construções dos participantes da pesquisa, na articulação com certos modos de compreensão, foram possíveis certos deslocamentos: olhar a realidade não como uma evidência, e sim como aquilo que se constitui em razão de certas condições de possibilidade históricas e políticas. Esse deslocamento também ocorreu no que tange àquilo que se considera como verdade. A verdade não está, na perspectiva na qual me amparei para a análise, nem numa região de interioridade, tampouco numa região metafísica. Portanto, tomar as falas dos participantes da pesquisa foi um exercício de considerá-las a partir de relações que se estabelecem entre campos de saber e formas de regulação que produzem os sujeitos que falam. Isso foi desafiador, pois arremessou ao desconhecido, levando a construir um conhecimento, um tempo novo que tornou possível relacionar as metodologias de gestão, no processo produtivo das atividades realizadas pelas equipes de saúde, às formas que produzem essas metodologias e essas próprias equipes. Também foi possível considerar os processos de trabalho com um novo olhar, voltado para a tentativa de trabalhar a complexidade que envolve as rotinas de trabalho, para que se possa buscar, por meio da investigação, o entendimento das formas de produção do trabalho nos serviços de saúde.

Pressupõe-se um desafio conciliar a importância da interdisciplinaridade, sendo um dispositivo de segurança focado nos modos de governar e suas tecnologias citando a proposta da integralidade como estratégia, podendo ser uma tecnologia da governamentalidade no contexto atual, o refletir sobre os limites e as possibilidades dentro de um contexto de trabalho, de um cotidiano de quem está voltado a produzir o cuidado – portanto, dos produtores de inúmeros significados e subjetividades, na tentativa de ter o usuário como ponto central que envolve as suas realidades de trabalho. Pensam-se justamente nos elos que os tornam indissociáveis, unidos por suas características heterogêneas, ou seja, diversos profissionais, níveis de formação, heranças culturais, enfrentando divergências e concordâncias na produção de saberes pelo conhecimento técnico-científico, bem como uma aliança com as construções histórico-políticas.

Em tais tentativas de significações, conforme os relatos, iniciando com o aquecimento, na livre associação de ideias, capaz de construir significados como os encontrados por meio dos discursos, fica apresentado que o conceito de Saúde Pública parte de um aspecto formal, da Saúde Pública, referente ao desejo de um paternalismo e, ao mesmo tempo, ligado às

palavras comprometimento, afeto, vínculo, promoção. Esses elementos são produzidos pela Saúde Coletiva através de enunciados, assim como são unidos pelo afeto, pelo vínculo frente às demandas entre si, quando se define o que é colega de trabalho ou chefias e ao se utilizarem expressões como autoritária, compreensiva, entre outras expostas na análise; assim, tecem-se conceitos e significados que provocam uma percepção dicotômica, pois ora falam de Humanização (Saúde Coletiva), ora falam de SUS, ora falam do sistema de gestão autoritário, e outros, de uma gestão participativa. Dentro da ética, há certa liberdade de expressão, herdada por um modelo liberalista, ora demonstrando uma visão técnico-assistencial (modelo hegemônico) como uma visão de uma Saúde Pública de vigilância, de polícia, ora desejando um usuário mais bem educado, mais instruído, mais independente (Saúde Coletiva), e a capacidade de governo de si – com todo esse amálgama constituído por dispositivos, relações de saber e poder, alianças e rupturas. Desse modo, sugere-se trabalhar com o usuário, que já está incluso nas propostas de estratégia humanizada como forma de cuidado, não no sentido de construção e vivências como grupo homogêneo e sim que tais estratégias sejam constituintes de um espaço de criação e construção de significados que promovam novas formas, independente dos enlaces, das rupturas que movimentam o tecido humano e logicamente seus tensionamentos (FOUCAULT, 2011).

Na pesquisa, foi possível vivenciar que conceitos são máquinas, ferramentas com as quais o pesquisador produz novos domínios de realidade. Isso acontece quando, no exercício de compreensão dos processos de trabalho na saúde, a PNH sai de uma dimensão de evidência para uma dimensão que constitui um problema do presente. A PNH foi, por um lado, aquilo que me aproximou do problema de pesquisa quando a capacitação dos trabalhadores traz interações sobre os modos de trabalhar no que tange aos grupos de participantes, que apresentaram necessidades e verdades, enquanto indivíduos e enquanto equipe de trabalho, do desejo de desenvolver uma tecnologia de cuidado de si e do outro, mediante a associação de ideias, exposição de sentimentos e exercício da proposta de uma política voltada para uma cogestão participativa, de um trabalho vivo, articulado, pensado e modificado diante das realidades vividas. Por outro lado, no decorrer do processo da pesquisa, ou seja, da análise que percorre os discursos sobre a relação entre trabalho e saúde, foi possível problematizar a própria PNH mediante conceitos como governamentalidade e biopolítica, que passam a forjá-la como parte de um dispositivo de segurança na Contemporaneidade.

Essa bifurcação ocorre em razão da forma como os trabalhadores, no decorrer da capacitação, percebem as demandas, os desejos da população – ora por eles, ora por rupturas.

Nota-se que os trabalhadores consideram vários modos de compreender os sujeitos, seja como únicos em suas características, com gratidão ou agressividade, seja como o ser cuidado. Esse ato do cuidar insere-se nos relatos dos participantes quando compreendem a procura por seus serviços ditos: “por motivos de doença”. Isso passou a ser analisado não por uma perspectiva do sujeito, e sim das práticas que constituem os sujeitos. Pela perspectiva de Foucault (2006), tais práticas remetem a vários modos de governamentalidade, e o controle dos corpos tem uma busca indissociável da proteção, por meio da orientação presente na Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que essas ações estão inseridas em um contexto social e em relações de trabalho. Outro fator inserido em tal discurso acima leva a uma política de saúde sanitarista, ao panóptico de Bentham, pela classificação dos corpos, vigilância e disciplina, de uma forma de governo de polícia presente na Europa no século XIX, a exemplo da França. Dessa forma, a problematização dos modos de trabalhar mediante a sua constituição por relações de poder/saber defronta-se com dois campos discursivos: a Saúde Pública e a Saúde Coletiva. Isso passa a apresentar a PNH como parte de uma estratégia de governamentalidade que encontra no dispositivo de segurança uma forma de produção do trabalho na saúde na Contemporaneidade.

Quando os trabalhadores falam de suas rotinas de trabalho, ali estão sujeitos que fazem parte do processo de produzir cuidado, produzir trabalho entre si ao citarem os colegas de trabalho, chefias, Estado, famílias, permitindo ou não a inserção de profissionais pelos programas/políticas oferecidos pelo Estado. Os modos de constituição das enunciações dos trabalhadores no decorrer da capacitação e mediante uma genealogia da relação entre trabalho e saúde foram compreendidos como relações entre verdade e poder que os tornaram possíveis. Neste estudo, essas formas de produção dos modos de trabalhar apresentaram-se a partir de dois eixos de análise: os tensionamentos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva; o envolvimento humano que une por classes de trabalho e relações simétricas e assimétricas.

Na compreensão deste estudo, o ato de cuidar e ser cuidado pelos integrantes da pesquisa diz de um arranjo das relações de poder e verdade em que se apresentam relatos de desejos, da significância do cuidado, como das heranças de um contexto histórico-social, de uma medicina tecnicista, de um sistema sanitarista que se confronta com uma Saúde Coletiva. Esse confronto aparece neste estudo mediante contradições entre uma forma de cuidado que é paternalista/tecnicista e uma forma de cuidado em que a proteção não se confunde com a tutela do paternalismo. Esses tensionamentos também aparecem tanto quando o usuário da

saúde é compreendido por uma racionalidade caritativa, quanto quando o usuário se constitui pelos vínculos de cuidado com o trabalhador. Nessa articulação, entra a PNH como um dispositivo de segurança: assegura o cuidado da população, assegura o direito do usuário, assegura o controle dos processos de trabalho em uma racionalidade da Saúde Coletiva. Porém, esse assegurar apresenta-se como um artifício da governamentalidade biopolítica em que é preciso organizar para governar as formas de viver e, por conta disso, os modos de trabalhar.

Como trabalhadores, a partir de uma analítica das formas de governo de si foucaultiana, eles têm suas construções dentro de uma instituição de governo do cuidado; do mesmo modo, em paralelo, os usuários também o fazem. Muitas das rupturas possivelmente ocorrem quando os desejos, as demandas, nomeadas imaginárias por Franco e Merhy (2005), são construídos em cima de procedimentos, exames, modelos técnico-assistenciais, ao mesmo tempo numa busca pelo cuidado e proteção, que é um direito de todo cidadão, inserido pelo Sistema Único de Saúde, pela integralidade, promoção, prevenção à saúde, englobando tanto programas que propõem estratégias de gestão quanto estratégias de atenção à demanda da população. Tais situações geram uma rede heterogêna de significados, de encontros e desencontros, na tentativa de um possível reencontrar, de criar significados comuns, de uma estrutura de trabalho que também herda metodologias de uma administração mecanicista, mas agora muito mais complexa. Isso porque envolve uma produção de cuidado que visa a ir além da eficiência – a produção com eficácia e resolutividade, da escuta refinada, do olhar que analisa as rupturas de modo positivo para arquitetar novas formas de saber e poder, pelo conhecimento, propondo novas construções sociais, portanto, novos posicionamentos quando se trata de compreender os modos de trabalho na rede de Saúde Pública, frente às rotinas de trabalho em UBS e em uma Unidade de Saúde 24 Horas.

O encontro da genealogia com os modos de trabalhar no cotidiano das UBS pesquisadas permitiu considerar que, a partir do momento em que o trabalhador toma para si o seu próprio modo de trabalhar, ou seja, responsabiliza-se por suas ações, torna-se capacitado em suas práticas de trabalho, por meio da orientação, da educação pedagógica do cuidado. Isso significa estar inscrito similarmente nas propostas de promoção e prevenção à saúde e ao mesmo tempo nos mecanismos de cogestão e participação, independentemente de sua posição dentro da instituição. Assim, conclui-se que são indissociáveis entre si, são interdependentes, tanto nos aspectos positivos quanto negativos, compreendidos em seu cotidiano. Isso se



amparou, ao longo do estudo, na perspectiva de que a subjetividade é um processo, e o trabalho é um dispositivo que constrói significados, emergindo regulações pela ética e moral. Formam-se estruturas estéticas e, portanto, móveis, cabíveis de modificação em seu processo de compreensão da realidade na Saúde Pública/Saúde Coletiva. Também essas estruturas permeiam um universo de poderes polimorfos, micropoderes inseridos dentro, fora e entre os sujeitos que fazem parte da assistência em saúde e de uma população que recebe tal cuidado, acolhimento, ou seja, um dispositivo de segurança.

A ética surge com efeito de regulação, normatizador. Na análise deste estudo, ao mesmo tempo em que confesso, prometo o sigilo das identidades dos participantes da pesquisa, tenho certo grau de liberdade, desde que estejam inseridos em forma de lei, norma. Assim também ocorre com a sociedade, nesse caso, os sujeitos da pesquisa, que puderam falar, por meio das formas de saber e poder, promovendo um conhecimento atrelado à cientificidade, quando dialogo com diversos autores presentes no contexto analisado.

Tal estudo teve por finalidade compreender os modos de trabalhar na saúde, engendrados por mecanismos de poder num contexto histórico-social, em que as formas de verdade são indissociáveis do poder. Na realidade estudada, este se apresenta quando profissionais realizam associações da palavra usuário com relatos de lembranças boas ou ruins de seu cotidiano envolvendo usuários, profissionais enquanto colegas de trabalho, bem como suas chefias, e depois promovendo o pensar sobre o que poderia ser melhorado ou evitado em sua realidade no trabalho. Fica evidente que a metodologia proposta para análise deste estudo serviu como um dispositivo que poderá tornar-se eixo de novas reflexões sobre a realidade no campo da Saúde Pública/Coletiva e possíveis formas de pensar em saúde, de compreender e acionar estatégicamente situações que possam desaguar em melhor compreensão do cotidiano, incluindo as demandas da sociedade.

Em nome do desejo de causar rupturas, utilizo a sugestão de Ceccim (2005) de romper com a hegemonia gerencial, tendo uma gestão participativa, promovendo novos processos e posicionamentos, tendo em foco a produção da saúde, do cuidado, e utilizando-se da arte de criar, pensando que o trabalho possui um formato vivo nos processos de produção de saúde.

Diante do exposto, utilizo-me das práticas de Saúde Coletivas, que, para Paim e Almeida Filho (2000, p. 109-110), devem ser redefinidas “[...] levando em conta o desenvolvimento dos seus instrumentos de trabalho e a instauração de novas relações internas

ao campo da saúde [...]”, desse modo harmonizando em suas palavras “o mundo subjetivo e o mundo social” por meio de políticas de liberdade. Se são de liberdade, de não-escravidão, são produtoras de uma autonomia adquirida pela construção de saberes e práticas em torno de um objeto comum, por meio de novos contratos, de novas formas de verdades e de regulação das práticas de saber e poder construídas e presentes em nossa história.

**REFERÊNCIAS**

---

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 783-836.

BIRMAN, J. A *Physis* da saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. Suplemento. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a02.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Dialogando sobre o pacto pela saúde*. Brasília, DF, 2006b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dialogando\\_sobre\\_pacto\\_pela\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dialogando_sobre_pacto_pela_saude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS*. Brasília, DF, 2006c. Disponível em:  
<[http://www.saude.rr.gov.br/legislacao/federal/pactopelasaude\\_2006.PDF](http://www.saude.rr.gov.br/legislacao/federal/pactopelasaude_2006.PDF)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução n. 016, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Brasília, DF, 2000. Disponível em:  
<[http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000\\_16.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2000_16.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em:  
<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Não paginado. Disponível em:  
<<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L8080.htm>>. Acesso em: 8 set. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições : o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000a. (Coleção Saúde em Debate, v. 131).

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. *Saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

CECCIM, R. B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2005. p. 161-180.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, 2001. p. 285-304. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao\\_municipal\\_de\\_saude.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, London, v. 20, n. 1, p. 44-63, 1990. Disponível em: <<http://www.massey.ac.nz/~alock/position/position.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FACCHINI, L. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

FOUCAULT, M. *O governo dos vivos: curso no collège de France 1979-1980 (excertos)*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2011.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 37. ed. Petrópolis: Vozes, 2009a.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009b. v. 1.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: 24. ed. São Paulo: Graal, 2007a.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *O uso dos prazeres*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b. v. 2.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. Estratégia, poder-saber. In: FOUCAULT, M. *Ditos e escritos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. v. 4.

\_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

\_\_\_\_\_. *Doença mental e psicologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2005. p. 181-191.

GERGEN, K. J. The social constructionist movement in modern Psychology. *The American Psychologist*, Washington, DC, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985. Disponível em: <[http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/Social\\_Constructionist\\_Movement.pdf](http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/Social_Constructionist_Movement.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2009.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. Ed. UERJ, 2005. p. 105-116.

IBAÑEZ-GRACIA, T. O “giro lingüístico”. In: IÑIGUEZ, L. (Coord.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 19-49.

IÑIGUEZ, L. Construcionismo social e psicologia social. In: MARTINS, J. B.; HAMMOUTI, N. D.; IÑIGUEZ, L. (Orgs.). *Temas em análise institucional e em construcionismo social*. Curitiba: Fundação Araucária, 2002. p. 127-156.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A/Lamparina, 2001.

MEIHY, J. C. S.; BERTOLLI FILHO, C. *História social da saúde: opinião pública versus poder, a campanha da vacina 1904*. São Paulo: Estudos CEDHAL, 1990.

MENEGON, V.; MEDRADO, B.; SPINK, M. Oficina como estratégia de pesquisa construcionista: focalizando a interanimação dialógica na produção de sentidos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 14., 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRAPSCO, 2007. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/mesa/1763\\_mesa\\_resumo.htm](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/mesa/1763_mesa_resumo.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micro-política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 71-112.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

MUCHAIL, S. T. *Foucault, simplesmente: textos reunidos*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

NARDI, H. C. *Ética, trabalho e subjetividade*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Respaldo al desarrollo de sistemas y servicios salud. In: \_\_\_\_\_. *Liderazgo en salud panamericana: informe cuatrienal del Director, 1994-1997*. Washington, DC, 1994. p. 40-49. (Documento Oficial, 259). Disponível em: <[http://www.paho.org/spanish/d/ops94-97\\_chapter5.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/ops94-97_chapter5.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

PAIM, J. J.; FILHO ALMEIDA, N. *Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Salvador: Casa da Qualidade, 1998.

\_\_\_\_\_. *A crise da saúde pública: e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAULON, S. M. Análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Revista Psicologia e Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

RIVERA, F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003a. p. 185-218.

\_\_\_\_\_. (Inter) subjetividade, Aprendizagem organizacional e mudança: algumas ferramentas lúdico-pragmáticas. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003b. p. 245-281.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 17-35.

ROSE, N. S. *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

SCILAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

SILVEIRA, R. A. *Michel Foucault: poder e análise das organizações*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

SPINK, M. J. A construção social do saber sobre a saúde e a doença. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis. Vozes, 2003. p. 40-41.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. S. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 17-49.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-64.

TABALHO. In: MINIDICIONÁRIO Larousse da língua portuguesa. 3. ed. São Paulo: Larousse do Brasil, 2009. p. 811.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. Geneve, 1946. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.





APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Consentimento para os Profissionais de Saúde**

Eu, ....., declaro por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que fui devidamente informada e compreendi os objetivos propostos para a pesquisa *Os Múltiplos Sentidos nas Relações de Trabalho na Saúde Pública: um estudo em Unidades Básicas de Campo Grande, MS*, a ser desenvolvida pela administradora e mestranda Estela Marisa M. R. Comparin, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Sonia Mincoff Menegon, do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco.

Compreendi que para a realização desta pesquisa, tem como ponto de partida a compreensão que para se criar projetos e programas de saúde é necessário conhecer e se aprofundar nos sentidos que uma determinada comunidade atribui aos processos de saúde e doença, que no caso específico desta pesquisa, envolve o “saber cuidar” e as relações de trabalho. Portanto, fica claro para mim que objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos e os repertórios (ou palavras) que são utilizados para falar sobre temas- relacionados à saúde no trabalho, na perspectiva de profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde analisadas em Campo Grande, MS.

Ficou claro para mim que a pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Campo Grande, MS, contando com a participação voluntária de profissionais de saúde. Entendo que, para tanto, serão realizadas oficinas – uma espécie de grupo focal – em que se discutirão as relações de trabalho na Saúde Pública.

É de meu conhecimento que as oficinas serão coordenadas pela administradora e mestranda Estela M. M. R. Comparin. Entendo que a realização das oficinas, além de gerar material para a pesquisa, se constituirá em um espaço de discussão e de sensibilização dos participantes sobre a importância das relações de trabalho na Saúde Pública.

Finalmente, fui esclarecido (a) e compreendi que as oficinas serão gravadas e, posteriormente transcritas. Além disso, fui assegurado (a) de que a minha voz não será, em hipótese alguma, utilizada em qualquer meio de comunicação. Entendi que o material gerado nas oficinas será utilizado obedecendo aos critérios de confidencialidade, em que nenhum (a) participante será identificado (a) e que o material produzido só será utilizado na pesquisa, em artigos para periódicos científicos e em congressos científicos, não podendo ser disponibilizado para outros fins.

Concordo com os termos da pesquisa e aceito o convite para participar das oficinas, de maneira voluntária, sabendo que tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento. Assino, assim, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campo Grande, MS, ..... de outubro de 2007.

.....  
Nome do participante da pesquisa

.....  
Assinatura

.....  
Pesquisadora  
*Adm. Estela M.M.R.Comparin*

.....  
Orientadora  
*Profa. Dra. Vera Sonia Mincoff Menegon*



## APÊNDICE B – Instruções para as oficinas

**OFICINA TEMÁTICA: RELAÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA<sup>1</sup>****1. OBSERVAÇÕES GERAIS**

Número de participantes: de 5 a 12 pessoas.

Tempo mínimo previsto: 2 horas.

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flipchart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Se possível, providenciar um lanche.

Convite aos participantes: ao fazer o contato inicial com os participantes, explicar os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Informado, enfatizando a necessidade de uso de gravador para registro das discussões para fins de análise.

Consentimento informado: antes de iniciar a oficina, explique novamente os objetivos e solicite que os participantes assinem o Termo de Consentimento.

Trabalho em dupla – como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividades de grupo.

Ajuda a quem não escreve – é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável – é aconselhável realizar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo – como amos trabalhar com populações muito diferentes, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um – cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a participar de todas as atividades propostas. A participação deve ser sempre voluntária.

Atenção à duração dos exercícios – os participantes tendem a se estender nas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada exercício;

---

<sup>1</sup> Esta oficina é uma adaptação da oficina sobre risco desenvolvida por Spink (2003), no âmbito do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Práticas Discursivas e Produção Sentidos, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Registros necessários– vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções visando à sensibilização para as relações de trabalho no cotidiano dos serviços de Saúde Pública e 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo estas várias formas:

- a) Formulário 1 – registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2 – registro das palavras associadas aos termos: Saúde Pública; chefe; usuários(as); colegas de trabalho (Exercício 1);
- c) Formulário 3 – registro das situações relatadas: recolher as tiras com os relatos das situações de trabalho no cotidiano da Saúde Pública (Exercícios 2 e 3);
- d) Gravação das discussões (Exercício 2);
- e) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

## **2. PROCEDIMENTOS:**

- a) Apresentação
- b) Exercício 1 – associação de ideias com os termos Saúde Pública, usuário(a), chefe, colega de trabalho.
- c) Exercício 2 – memórias de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.
- d) Exercício 3 – a discussão dos relatos apresentados.

## **APRESENTAÇÃO**

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, disponha os participantes em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os dois coordenadores (se necessário).

Objetivo – colocar o objetivo da sua pesquisa.

Procedimento – Explicar que a oficina está dividida em três exercícios.

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material será tratado de forma a garantir sigilo.

Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicitação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento para assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (por exemplo, primeiro nome e profissão).

## PRIMEIRA ATIVIDADE

ASSOCIAÇÕES DE IDÉIAS COM A PALAVRA:  
 “Saúde Pública”, “Usuário”, “Chefe”, “Colega de Trabalho”

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribua uma folha de papel e uma caneta para cada integrante.
- Depois diga as seguintes instruções:

### 1 – Livre associação

Escreva no primeiro papel a palavra Saúde Pública.

Agora, escreva abaixo todas as palavras e frases que vêm à sua cabeça quando você ouve a palavra Saúde Pública?

Repetir essa instrução para: Usuário; Chefe; Colega de Trabalho.

Quando você sentir que as palavras e frases não estão saindo naturalmente, pode parar. Não se importe com o número de palavras que você escrever.

Tempo previsto: 10 minutos.

### 2 – Listar associações

Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras e frases que surgiam de modo a identificar as associações mais frequentes, para cada um dos termos.

Tempo previsto: 10 minutos.

Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em *flipchart*, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no Formulário 2.

### 3 – Alertar para a diversidade

Ao final, comentar que as palavras, em geral, têm vários sentidos, que não existe uma definição única, nem a mais correta.

## SEGUNDA ATIVIDADE

### MEMÓRIAS DE SITUAÇÕES VIVENCIADAS NO COTIDIANO DO TRABALHO

Material: tiras de papel e canetas.

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

– Em primeiro lugar, distribua três tiras de papel para cada integrante e disponha o restante no centro do círculo formado pelos participantes.

#### **1 – Recordação:** *relato de duas situações entre profissional da saúde-usuário.*

Pense em sua vida profissional e procure lembrar-se de pelo menos duas situações, que foram marcantes para você e que ocorreram entre um profissional da saúde e usuários (pode ter ocorrido com você ou com alguém que você conhece). Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas lembranças e sentimentos.

Escreva cada situação em um desses pedaços de papel. Uma situação para cada papel.

Agora, dobre o papel coloque o **número 1**.

Tempo previsto: 15 minutos.

#### **2 – Recordação:** *Relato de duas situações entre profissional-profissional.*

Pense em sua vida profissional e procure lembrar-se de pelo menos duas situações, que foram marcantes para você e que ocorreram entre dois profissionais da saúde (pode ter ocorrido com você ou com alguém que você conhece). Primeiro procure lembrar em uma situação entre profissionais que ocupam cargos iguais; depois procure lembrar de uma situação entre profissionais que ocupam cargos ou funções diferentes. Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas lembranças e sentimentos.

Agora, dobre o papel coloque o **número 2**.

Tempo previsto: 5 minutos.

#### **3 – Recordação:** *Relato de duas situações entre chefe-subordinado.*

Pense em sua vida profissional e procure lembrar-se de pelo menos duas situações, que foram marcantes para você e que ocorreram, na Saúde Pública, entre um chefe e seu subordinado. (pode ter ocorrido com você ou com alguém que você conhece). Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas lembranças e sentimentos.

Agora, dobre os papéis e coloque o **número 3**.

Tempo previsto: 5 minutos.

**Atenção,** vocês têm três pilhas de papéis. Primeiro, leiam as duas situações com o **número 1** e escrevam ao lado do número, Positiva ou Negativa, conforme o julgamento de vocês sobre a situação que relataram.

Repetir isso com a situação de **número 2** e, depois, com a situação de **número 3**.

**Ligar o gravador**

#### **4 – Discussão**

Agora, vamos conversar um pouco sobre essas situações. Aqueles que se sentirem à vontade podem falar.

Vamos começar pela primeira situação – quando apenas você presenciou o uso de alguma droga.

Agora, se alguém se sentir à vontade fale sobre a situação em que você utilizou droga pela primeira vez.

Finalmente vamos falar sobre a terceira situação: aquelas em que vocês se sentiram em risco durante o uso de alguma droga.

Agora, vamos conversar um pouco sobre essas situações. Quem, por exemplo, gostaria de falar das memórias de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho na Saúde Pública.

Vamos começar com a situação Profissional-Usuário (**numero 1**). Repetir com as demais situações: Profissional-profissional; Chefe-subordinado.

Tempo previsto: 30 minutos.

**Recolher as papeletas.**



**TERCEIRA ATIVIDADE**  
**DISCUSSÃO A PARTIR DOS RELATOS APRESENTADOS**

Tempo previsto: 30 minutos.

Instruções:

–A partir das situações aqui relatadas e da discussão que elas provocaram, vamos aprofundar nossa discussão sobre as relações de trabalho na Saúde Pública e, mais especificamente, nas UBS que vocês trabalham. Lembramos que os nomes das UBSs, não serão identificados.

**1. Discussão aberta no grupo**

Pensando nas situações de vida em que vocês vivenciaram nos relatos apresentados, o que poderia ser feito para melhorar as suas relações de trabalho na Unidade Básica em que trabalha?

Tempo previsto: 30 minutos.

**2. Discussão aberta no grupo**

Pensando em suas vivências do cotidiano, quais os tipos de relações de trabalhos que deveriam ser evitados, ou seja, prevenidos?

Tempo previsto: 10 minutos.

Encerre a oficina perguntando o que as pessoas acharam das atividades e da dinâmica.

Verifique se alguém ficou muito mobilizado e dê atenção especial a esta pessoa.

**FORMULÁRIO 1**

**1 – Descrição do grupo**

Data: ...../ ...../ .....

Horário: .....

Identificação: .....

Grupo: .....

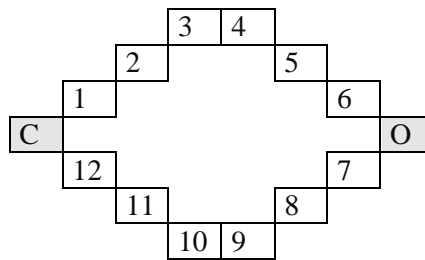
Local: .....

Coordenador: .....

Observador: .....

Duração: .....

**2 – Disposição espacial do grupo**



**3 – Características do grupo**

| Nome | Sexo | Idade | Outras características |   |   |
|------|------|-------|------------------------|---|---|
|      |      |       | 1                      | 2 | 3 |
| 1    |      |       |                        |   |   |
| 2    |      |       |                        |   |   |
| 3    |      |       |                        |   |   |
| 4    |      |       |                        |   |   |
| 5    |      |       |                        |   |   |
| 6    |      |       |                        |   |   |
| 7    |      |       |                        |   |   |
| 8    |      |       |                        |   |   |
| 9    |      |       |                        |   |   |
| 10   |      |       |                        |   |   |
| 11   |      |       |                        |   |   |
| 12   |      |       |                        |   |   |



|                     |
|---------------------|
| <b>FORMULÁRIO 3</b> |
|---------------------|

**CLASSIFICAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO COTIDIANO DO TRABALHO**

Identificação do grupo: .....

| <b>Vivências do cotidiano profissional</b> | <b>Participantes</b>          |                            |                               |
|--|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|  | <b>Profissional e Usuário</b> | <b>Colegas de Trabalho</b> | <b>Chefias e Subordinados</b> |
| 1.   |                               |                            |                               |
| 2.   |                               |                            |                               |
| 3.   |                               |                            |                               |
| 4.   |                               |                            |                               |
| 5.   |                               |                            |                               |
| 6.   |                               |                            |                               |
| 7.   |                               |                            |                               |
| 8.   |                               |                            |                               |
| 9.   |                               |                            |                               |
| 10.  |                               |                            |                               |
| 11.  |                               |                            |                               |
| 12.  |                               |                            |                               |
| 13.  |                               |                            |                               |
| 14.  |                               |                            |                               |
| 15.  |                               |                            |                               |
| 16.  |                               |                            |                               |
| 17.  |                               |                            |                               |
| 18.  |                               |                            |                               |
| 19.  |                               |                            |                               |
| 20.  |                               |                            |                               |