

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

DIONATANS GODOY QUINHONES

**PRÁTICAS DE CUIDADO: A CONSTITUIÇÃO DE UM
SUJEITO NA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE**

**CAMPO GRANDE-MS
2012**

DIONATANS GODOY QUINHONES

**PRÁTICAS DE CUIDADO: A CONSTITUIÇÃO DE UM
SUJEITO NA SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa Pós-Graduação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes.

**CAMPO GRANDE-MS
2012**

Ficha catalográfica

Quinhones, Dionatans Godoy
Q7p Práticas de cuidado: a constituição de um sujeito na saúde na contemporaneidade / Dionatans Godoy Quinhones; orientação, Anita Guazzelli Bernardes. 2012
112 f. + anexos
Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.
1. Saúde – Aspectos psicológicos 2. Psicologia clínica da saúde
3. Sistema Único de Saúde I. Bernardes, Anita Guazzelli II. Título
CDD – 155.916

DIONATANS GODOY QUINHONES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), intitulada “**Práticas de Cuidado: a constituição de um sujeito na saúde na contemporaneidade**”, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Andrea Scisleski (UCDB)

Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Prof. Dr. Antonio Carlos do Nascimento Osório (UFMS)

Campo Grande, MS, 30 de outubro de 2012.

A você Mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Católica Dom Bosco, pela bolsa concedida por meio do Programa de Capacitação Docente, sem a qual não teria sido possível concluir este projeto.

Aos meus amigos que nestes anos reclamaram minha ausência, mas que souberam entender e apoiar o momento que estava vivendo, obrigado de coração. Sem a torcida de vocês não teria sido a mesma coisa. Um obrigado especial ao Arthur Galvão Serra, pela leitura atenta e contribuições valiosas a este trabalho.

Aos professores Marisa Helena Alves e Márcio Luis Costa, a primeira por ter me despertado o interesse pela psicologia como uma área complexa e em constantes transformações, e ao segundo por ter, à sua maneira, sempre me incentivado a prosseguir na busca pelos meus sonhos me apresentando a docência como um lugar que exige extrema sensibilidade, responsabilidade e disposição para cuidar. Sem vocês eu não seria o que sou hoje.

À professora orientadora Anita Guazzelli Bernardes, obrigado pela paciência, disposição e incentivo. Obrigado por sempre ouvir com muita atenção minhas participações nas primeiras aulas de Psicologia da Saúde, na graduação em Psicologia, que me trouxeram para este programa em busca de uma nova forma de ser. Obrigado pelas palavras doces e amizade, mas sobretudo pela firmeza que sempre demonstrou.

Aos funcionários e usuários da UBS São Francisco que se dispuseram a colaborar nesta pesquisa, obrigado pela participação. Vocês foram a prova viva de que quando falamos do SUS, ao invés de um conceito uníssono e monótono, o que existe é uma polifonia e um campo de articulação, onde muitas coisas ainda poderão ser geradas nos embates cotidianos.

Nunc Coepi

RESUMO

Ao buscar problematizar a constituição de um sujeito na saúde na contemporaneidade, esta pesquisa analisará as práticas de cuidado produzidas no âmbito de uma UBS. Usando os referenciais genealógicos de Michel Foucault, buscaremos um estranhamento com discursos que apresentam saúde e cuidado como elementos naturalmente associados, para recolocarmos a questão desde a perspectiva da governamentalidade e apresentarmos o cuidado dentro de uma estratégia de governo que investe na vida da populações. Para isso faremos uma história do cuidado, que em certa medida também será uma história da subjetividade. A forma de pôr em análise essa questão será por meio de análises históricas que se deterão sobre três momentos bem definidos, a antiguidade como produção de uma forma de cuidado de si que se desdobra posteriormente no Cristianismo; o Renascimento, como emergência das populações e de uma forma de saúde sem cuidado; e a contemporaneidade onde o cuidado é associado à saúde como uma estratégia de investimento na vida em vista de produção de um certo tipo de subjetividade. Associado a isto traremos as falas de usuários e trabalhadores do SUS/UBS São Francisco como materialidades de análise a fim de colocarmos em questão certas estratégias de poder-saber em vista da produção de certos discursos na saúde. O cuidado foi tematizado não como um conceito metafísico e que evoluiu ao longo dos anos, mas como uma forma de o sujeito agir sobre si mesmo, mas também como parte de uma estratégia de governo dos outros que na contemporaneidade foi associado ao campo da saúde como forma de produzir uma subjetividade saudável. A governamentalidade é a racionalidade responsável por esse processo de produção, pois ela se faz notar nas dimensões mais cotidianas do indivíduo, moldando um campo de possibilidades, onde o indivíduo poderá eleger as mais adequadas tornando-se co-participante do processo produção de saúde.

Palavras-chave: Sujeito. Práticas de Cuidado. Saúde. SUS.

ABSTRACT

Seeking to contextualize a health's subject constitution in the present, this research will analyze practices of care produced in the scope of a BHU (Basic Health Unit). Using Michel Foucault genealogic references, we will search for an estrangement with discourses that present health and care as elements naturally associated, as to replace the question from the perspective of governmentality and to present care in a government strategy that invests in the lives of the population. For this we will make a history of care, which in certain measure will also be a history of subjectivity. The form to contextualize this question will be the historical analysis that will detain over three well defined moments, the ancient times as production of a form of care of itself that unfolds subsequently at Christianity; Rebirth, as emergency of the populations and as a form of health without care; and the present where care is associated to health as a life investment strategy considering the production of a certain type of subjectivity. Associated to this, we will bring the speeches of users and workers of the UHS(Unique Health System)/BHU as analysis materiality to put in question certain strategies of power-knowledge considering the production of certain discourses in health. The caring was themed not as a metaphysical concept and that evolved in the long years, but as a form as for the subject to act upon himself, but also as part of a strategy of government of others that in the present was associated to the health field as a form of producing a healthy subjectivity. The governmentality is the responsible rationality for this production process, for it makes itself noticeable in the routine dimension of the individual, molding a field of possibilities, where the individual will be able to choose the most appropriate turning itself co participant of the health production process.

Keywords: Subject. Practices of Care. Health. SUS

LISTA DE SIGLAS

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PMS – Pesquisa Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 PRODUZINDO QUESTÕES: (DES) DIZERES INICIAIS SOBRE O CUIDADO.....	11
1.1 O SUJEITO CARTESIANO COMO PONTO DE PARTIDA	16
2 O CUIDADO DO QUAL FALAM – DISCURSOS (DES) ARTICULADOS	
SOBRE O CUIDADO	29
2.1 CUIDADO DE SI NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA	31
2.1.1 A invenção do “dentro”: o horizonte cristão do cuidado.....	43
2.2 O HOMEM E O CUIDADO	50
2.3 O CUIDADO POLÍTICO	52
3. PRÁTICAS DE CUIDADO, DISCURSO E SUBJETIVIDADE.....	57
3.1 A UBS COMO ESTRATÉGIA DE UMA OUTRA POLÍTICA: O SUS.....	58
3.2 O SUS NUMA EXPERIÊNCIA LOCAL: A UBS SÃO FRANCISCO -	64
3.3 GOVERNAMENTALIDADE E SUS	69
3.4 O GIRO LINGUÍSTICO E A PERFORMATIVIDADE DA LINGUAGEM.....	72
3.5 SAÚDE.....	76
3.6 PRÁTICAS DE CUIDADO	83
3.7 A CONCRETUDE DE UMA EXPERIÊNCIA: FALAS SOBRE O CUIDADO	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE 1	100
ANEXO 1.....	103

1 PRODUZINDO QUESTÕES: (DES) DIZERES INICIAIS SOBRE O CUIDADO

A proposta desta pesquisa é investigar de que forma se constitui um sujeito na saúde na contemporaneidade a partir das práticas de cuidado produzidas no âmbito de uma UBS. Porém, antes de tratar diretamente desta questão, parece oportuno delinear alguns dos passos fundamentais desta investigação em vista de apresentar as sendas que me conduziram na delimitação deste objeto.

A motivação para iniciar este trabalho surgiu da atração que o tema do cuidado exerce sobre mim como marca de uma forma de vida pautada pela gratuidade e pela dedicação ao outro como uma estratégia de salvação da própria alma e do outro. Essa maneira de compreender o mundo e a relação veio dos longos anos de contato com a vida religiosa franciscana, da qual fiz parte primeiro como admirador e depois como membro ativo e professo por quase dez anos. Portanto, considerando essa marca histórica que carrego, essa foi a evidência da qual parti para construir este trabalho. E diante disto, a busca central seria a de encontrar uma forma de cuidado que fosse capaz de garantir a “salvação” tanto da saúde como da “alma” humana que cada indivíduo carregava. Assim, seria possível investir em estratégias que garantissem uma vida digna, integrada e pacificada.

Essa busca pelo cuidado universal se pautaria por um tipo de pesquisa baseada numa filosofia das essências, numa metafísica que me permitisse construir uma estratégia de atuação que classificaria as ações em saúde como certas e erradas em vista da produção do cuidado por excelência. Por isso, era importante investigar o verdadeiro sentido do cuidado em saúde.

O horizonte desta reflexão começou a modificar-se à medida que, durante o trabalho, a relação entre saúde e cuidado foi ficando cada vez menos evidente. Pois, a intenção de situá-la desde a antiguidade, marcando a sua evolução ao longo dos anos até os nossos dias não se sustentou. E foi preciso uma recolocação do problema. Agora seria necessário investigar de que forma saúde e cuidado se relacionam e quais foram as condições que possibilitaram essa relação, pois não se trata mais de uma relação natural, mas de uma estratégia, ou seja, de algo bastante novo no campo da saúde. Um tema do presente que não implica mais o cuidado universal em vista do homem universal, mas pensar o presente com estratégias e

procedimentos que são capazes de produzir um tipo de subjetividade marcada pela articulação entre cuidado e saúde numa experiência concreta, local e palpável.

Essa foi a reviravolta dos primeiros passos desta pesquisa, mas como não poderia deixar de ser, os elementos iniciais desta investigação, vez por outra atravessam a reflexão. Isso foi causa de muito incômodo, mas acabou se tornando uma maneira de eu me enfrentar ao meu objeto, como alguém implicado, formado num tipo de racionalidade marcada por uma metafísica, mas que busca dialogar e se ajustar a uma nova estratégia de produção de conhecimento igualmente válida, marcada por um tipo de racionalidade pós-moderna que se preocupa não em fazer uma ontologia geral e definitiva, mas uma ontologia do presente, investigando as estratégias e procedimentos que a tornam possível.

Em vista deste comprometimento inicial, me pareceu oportuno na primeira parte do trabalho posicionar-me com relação a uma forma de produção de conhecimentos pautada numa filosofia do sujeito que passa sobretudo pelo cartesianismo e pela fenomenologia, como uma forma de indicar os caminhos iniciais desta pesquisa e também para marcar o momento onde fiz uma opção diferente, o momento de ruptura com essa forma de reflexão em vista de uma recolocação das questões que me ocupam.

Desde esse giro produzido no interior deste trabalho, como uma forma de abordar a questão da relação entre cuidado e saúde na produção de um certo tipo de subjetividade, algumas perguntas se apresentaram como capitais, a saber, quais são os acontecimentos históricos que possibilitam a emergência de um determinado tipo de subjetividade? Como pensar o cuidado na relação com a saúde? Quais efeitos se pode encontrar num sujeito que opera com a categoria de cuidado no trabalho em saúde e na relação com o outro no campo da saúde?

Essas perguntas me afastaram da concepção de sujeito entendido pela via da autorreferência cartesiana e do pensamento enquanto evidência última de um sujeito totalizador capaz de colocar o mundo em oposição a si e tematizá-lo, e me conduziram para a necessidade de compreender e de problematizar alguns processos históricos a fim de sair da quietude do pensamento, ou melhor dizendo, da segurança das certezas inquestionáveis e buscar entender a relação entre saúde e cuidado não como uma síntese indubitável e evidente, mas como efeito de uma construção cujas regras quero entender e cujas justificativas quero conhecer para daí pensar o processo de constituição do sujeito na sua relação com o cuidado e

com os outros no âmbito da saúde. Aqui trago o tema do outro, como um ruído da minha primeira formação, mas ao mesmo tempo, por entender que a relação com o outro é fundamental no processo de constituição de uma subjetividade. Essa relação pode se dar de diferentes formas, por meio da governamentalidade, do exercício do poder, de saber, não importa, mas entendo que a relação com o outro também constitui, e isso compõe a problemática dessa pesquisa, ao mesmo tempo que também compõe o campo onde todos esses temas se encontram, a saúde.

Para começar a responder esses questionamentos fiz a opção de partir da noção de cuidado de si, a fim de tomá-la como uma ferramenta para pensar a constituição do sujeito na saúde ao mesmo tempo em que essa mesma noção abre a possibilidade de pensar a relação com o outro na saúde. Assim, parto do conceito proposto por Foucault (2009b) que toma o cuidado de si na antiguidade, onde essa forma de cuidado não estava atrelada ao tema da saúde até culminar na governamentalidade contemporânea, baseada numa racionalidade neoliberal, que justapõe cuidado e saúde como uma estratégia de governo e uma forma de investimento num determinado tipo de população, passando pelo poder pastoral, característicos dos primeiros séculos do Cristianismo, onde a preocupação era a salvação, mas que nesta pesquisa será articulado ao século XIII por ter sido o momento de emergência de um movimento social muito significativo que foi o Franciscanismo, que aparece como uma estratégia do poder pastoral, como uma estratégia de investimento na salvação da alma e que de alguma maneira estará situada na estratégia de governamentalidade empregada no local de realização desta pesquisa, a saber, a Unidade Básica de Saúde São Francisco, co-administrada pela Prefeitura de Campo Grande e a Missão Franciscana do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

O cuidado de si é uma forma de o indivíduo investir em si mesmo em vista da produção de uma forma de vida. Trata-se portanto, de uma prática que permite certa experiência ética que permite pôr em análise o processo de constituição da própria subjetividade. Esse cuidado de si é viabilizado por meio de práticas de virtudes e estas não apenas conduzem a ação do indivíduo, mas geram, produzem mudanças nesse indivíduo (FOUCAULT, 2009, p.198). O tema do cuidado de si perpassou toda a filosofia grega, helenística e romana, bem como a tradição cristã. Daí sua importância para esta pesquisa.

Engana-se porém quem pensa que o cuidado de si é um conceito solipsista. Ele implica em um modo de atuar no mundo, junto aos outros e para consigo mesmo. Então, trata-se de uma forma de estar no mundo, de praticar ações e de ter relações com o outro.

Essa questão da relação com o outro, que como veremos, foi absorvida pela moralidade cristã e, conseqüentemente, pelo poder pastoral, nos conduz para o tema da governamentalidade na contemporaneidade. É a governamentalidade que nos permitirá relacionar saúde e cuidado como uma estratégia de subjetivação, enquanto estratégia de governo e de investimento na vida e na produção de um certo tipo de população. Por isso, para esta investigação, partir da antiguidade clássica se torna significativo, pois será esse movimento que nos permitirá lançar mão do conceito de cuidado de si e vermos seus desdobramentos em alguns momentos posteriores, até podermos articular o cuidado com a saúde na contemporaneidade, fato este que não aconteceu em outro momento histórico, ou seja, é um tema do presente. Esse trajeto nos ajudará a construir uma forma de pensar necessária para problematizarmos a produção do sujeito contemporâneo na saúde.

No processo de construção dessa problemática, de trazer o cuidado para a centralidade da questão da produção de subjetividades na campo da saúde, percebemos que seria importante identificarmos quais práticas de cuidado se produzem numa experiência concreta de atenção à saúde. Assim, a escolha de uma UBS nos pareceu deveras significativa, primeiro pela própria lógica de funcionamento de uma UBS que é atender de forma descentralizada, aplicando determinadas políticas de saúde que passam pela formação, orientação e atendimento aos usuários. E no caso da UBS São Francisco, deve-se dizer que é mais um dos ruídos persistentes ao longo da pesquisa que remetem para o meu processo de subjetivação enquanto pesquisador. Essa UBS é co-administrada pelos franciscanos, e num primeiro momento parti da hipótese de que a espiritualidade franciscana seria capaz de contribuir para a produção de um tipo de cuidado baseado no acolhimento e na atenção para com o outro, e isso traria ganhos qualitativos para o processo. Mas, num segundo momento abandonei toda hipótese possível e busquei os tipos de enunciados sobre o cuidado que se produzem no âmbito dessa UBS, e quais são as estratégias que os tornam possíveis. Para isso era preciso investigar o que constitui as formas de atenção à saúde e como isso

permite pensar o processo de subjetivação, constituindo assim, o sujeito da saúde, produzido por uma estratégia de governamentalidade que traz algumas marcas peculiares do movimento franciscano que nesta realidade específica, não podem ser excluídas do processo.

Esses elementos formam estratégias de articulação entre saúde e cuidado que fazem emergir experiências concretas baseadas na relação entre normatividade, verdades e subjetividades possíveis. Subjetividades estas que se formam sempre num processo de negociação com o presente e com as estratégias de poder-saber que se apresentam, e por isso, são sempre provisórias, assim como os processos que as produzem. Válidos num tempo e espaço bem delimitado, o presente.

Diante deste panorama e de todas as nuances que dele emergem, entendemos que o exercício fundamental desta investigação será o de problematizar a constituição de uma subjetividade no âmbito da saúde por meio das práticas de cuidado, investigando as condições históricas que permitiram a vinculação do cuidado à saúde. Essa problematização nos conduzirá à necessidade de recolocarmos o tema da governamentalidade e da biopolítica como questões contemporâneas associadas ao investimento na produção de determinado tipo de população. Porém, para chegarmos a esta questão entendemos que se faz necessário investigar como o cuidado vai se metamorfoseando ao longo da história até poder ser articulado à saúde como estratégia de governo.

Portanto se precisamos enfim definir explicitamente uma problemática para essa pesquisa, será necessário primeiro situar o leitor de que a pesquisa começou em uma perspectiva outra e que as leituras de Foucault contribuíram para reconfigurar o objeto de pesquisa. O objeto pressuposto se desfez e a investigação não tem mais como foco o objeto original. O que quer dizer que, a partir das leituras do referencial foucaultiano, o sujeito universal saiu da análise e entrou no lugar dele um sujeito constituído, cujas práticas que o perpassam passaram a ser consideradas. Por isso o objeto da pesquisa se ampliou para essa constituição do sujeito na contemporaneidade especificamente quanto às práticas de saúde, constituição essa que na estratégia de governamentalidade passa por relações de governo de si e dos outros, a qual se operacionaliza pelo biopoder normalizador de um lado e pelas práticas de cuidado por parte dos sujeitos envolvidos de outro: no caso, estudamos os usuários e trabalhadores da UBS em questão, mas

compreendemos que o cuidado na saúde não se limita a esses sujeitos apenas. Daí a relevância do trabalho como uma investigação pontual, mas que pode ser ampliada futuramente ou por outros interlocutores.

1.1 O SUJEITO CARTESIANO COMO PONTO DE PARTIDA

Podemos dizer que numa perspectiva essencialista, quando se propõe a investigar determinado tema um pesquisador não sai à procura de novidades ou entrelaçamentos que desconstruam seu objeto de investigação para apresentar uma realidade instável e pouco segura que se elabora e reelabora à medida em que novos elementos são associados ao seu campo de permanência. O interesse seria o de apenas desvelar uma realidade que de alguma maneira “está lá”, a espera de ser compreendida e explicada nos seus últimos detalhes desde um olhar global e acabado sobre ela. Portanto, o cuidado, que é o tema que começou essa pesquisa, nesta perspectiva, seria um elemento metafísico, inerente à natureza humana, que quando trabalhado e estimulado da maneira correta seria capaz de garantir uma vida digna, feliz e integrada aos seres humanos. Quando associado ao tema da saúde, o cuidado seria, aquilo que garantiria o sucesso de toda estratégia de saúde, mas por se dedicar ao que era naturalmente humano, como a generosidade, empatia, acolhida e doação, portanto o trabalho seria o de identificar o cuidado ideal para esse fim, ou seja, a salvação do humano e de sua saúde. Pelo menos essa foi a fantasia dos primeiros passos desta pesquisa. Aquilo que poderíamos chamar de uma ingenuidade metafísica, pois pretendia-se tão somente encontrar um sentido inteligido pelo sujeito do conhecimento que experimenta o mundo como um fenômeno que se apresenta à sua consciência, que fazendo uso de sua capacidade perceptiva descobre o sentido estático e natural inerente a ele. Essa descoberta possibilitaria estabelecer regras tão universais que seriam capazes de prescrever leis que colocariam o comportamento do indivíduo no rumo certo do encontro com o eminentemente humano, ou seja, seria possível estabelecer regras universais para o desenvolvimento dos indivíduos em vista da concretização de sua essência.

Essa maneira de compreender o processo de investigação exerce uma influência sedutora que muitas vezes limita a ação do pesquisador que permanece sob o doce jugo das ilusões confortadoras da certeza e das “verdades petrificadas” (OKSALA, 2011, p.7). Essa forma universal de posicionar-se frente ao conhecimento tem sua gênese na conhecida formulação cartesiana do “*ego cogito*”. Uma filosofia muito influente que constitui o sujeito como o grande projeto da modernidade. Um sujeito que se emanciparia das certezas externas a si mesmo, que se colocaria como evidência última de toda certeza de si e do mundo. Nesta perspectiva não seria possível falar de um processo de produção de um sujeito, mas de um sujeito que produz um mundo submetido a si mesmo. Assim, a saúde e o cuidado seriam resultados da ação de um sujeito (ou do pensamento dele!) e nunca marcadores de um processo de produção de uma subjetividade. Essa lógica exerceu influências marcantes em outras “*filosofias do sujeito*” que vieram posteriormente (OKSALA, 2011, p.22).

A filosofia cartesiana do sujeito, que emerge no horizonte da modernidade é resultado de um anseio pela reivindicação que a época moderna faz pela emancipação do homem e pela exigência deste mesmo homem de alcançar sua liberdade soltando-se das amarras da fé que caracterizava o período medieval. Não existia dúvida no medievo, pelo menos não enquanto método, pois a fé era a garantia da verdade. Acreditava-se em Deus e Deus era a garantia de uma verdade eterna e imutável. A transcendência era a resposta para as questões humanas. Assim, até mesmo os processos de saúde e doença eram justificados nesse horizonte teísta como graça ou castigo. Existia uma passividade da natureza humana que era doada por um criador que lhe ditava as maneiras mais adequadas de viver em vista da garantia de sua salvação. Não se trata de caracterizar esse saber como falso ou inválido, mas entender que ele se tornou possível na história por posições de sujeito, regimes de objeto, configurações conceituais. Essa é a dimensão foucaultiana da análise que permite interrogar para além de uma dimensão originária de sentido, buscando as disposições de ordenamento interno dos saberes de uma determinada época. Por isso, pensar a verdade das ciências humanas é inserí-la em um dispositivo geral de finitude, característico do saber moderno, que rompe com as universalizações medievais. O conhecer tornou-se pesquisa das condições de possibilidade e não mais seguir as articulações da causalidade, da representação. O pensamento não procura mais o verdadeiro nas

articulações de sentido, mas se insere em um movimento, que podemos dizer que é perpétuo, de descentramento, de abalo das convicções do mesmo, em vista de compreender como se produziu e como se sustenta.

Pode-se afirmar então, que a modernidade tira o homem da passividade criada pela causalidade medieval por meio da busca pela sua emancipação. Vários são os movimentos emancipatórios: *aufklärung*, humanismos, revoluções, e à medida em que vão obtendo êxito passam a fundar um novo centro para o universo: o homem livre e autorreferente ou o homem como sujeito. Mas, essa proposta de sujeito ainda veio marcada por um elemento eidético, ou seja, ainda se sustentava sobre um alicerce metafísico, pois a liberdade buscada pelo sujeito cartesiano caracterizava-se pela autodeterminação que tem certeza de si mesma para si mesma, com isso era ele quem deveria decidir o que deve ser conhecido, o que é o conhecimento e o que é a certeza usando a dúvida como método, porém sabia ele que a certeza era melhor que a dúvida, portanto possuía uma ideia de perfeição, que só podia ter sido dada por Deus que era o único ser perfeito.

Porém, ainda assim foi uma grande ruptura, pois essa forma de pensar colocou o homem numa posição de atividade frente ao mundo, ou seja, a ruptura operada pelo sujeito por meio da liberdade manifestada na autodeterminação e na autorreferência, modifica a concepção do homem à medida que modifica sua relação com o mundo. Se antes era causa e efeito agora ele torna-se *subjetum*, subjacente, sujeito, dado estrutural que se torna fundamento e remete todas as coisas a si. Então, podemos admitir que o projeto moderno é um projeto de investimento no homem, e o sujeito é uma das possibilidades que se abrem. Contudo, sendo o Homem na ordem do saber possível, segundo Foucault (2007), ele não é uma realidade sempre existente, muito menos perene. Trata-se de uma invenção moderna, e por sinal muito ambígua, ao mesmo tempo que aparece como sujeito transcendental nas filosofias do sujeito, também aparece como objeto empírico das ciências. Daí resulta a impossibilidade de afirmarmos uma unidade do homem.

A objetivação do mundo promovida pelo sujeito manifesta-se pela representação, ou seja, a atividade de colocar o objeto ante o sujeito, em oposição a ele. A representação coloca o objeto diante do sujeito calculante que o tematiza e o controla a fim de ter certeza de sua relação com ele. O sujeito submete a si o que tem diante de si, e coloca em si a condição de possibilidade da certeza de si e do mundo. Então, a relação de conhecimento ficou estabelecida numa relação binária

onde de um lado estava o dado estrutural chamado sujeito e de outro lado a representação que esse sujeito era capaz de produzir do objeto.

Ao se enfrentar a esse tema, Foucault (2007) propõe que é preciso afastar-se da tradição filosófica de herança aristotélica-kantiana. Era preciso pensar quais os regimes de verdade que fazem o indivíduo pensar do jeito que pensa. Assim, os jogos de verdade emergem como um tema central na produção foucaultiana, e constituem a problematização da subjetividade, por meio das práticas de si. Assim, é preciso entender as condições e as transformações do sujeito nas diferentes tecnologias de poder, e afastar-se das perguntas sobre os limites e as possibilidades do conhecimento. Assim, essa pesquisa afasta-se da concepção de verdade como adequação da mente com a realidade, como também não usa o conceito de paradigma, muito menos entende que existe uma regra para tudo ser descoberto; não é um caminho seguro que conduz o sujeito do conhecimento ao seu objeto, não é experiência originária, nem universal. Por isso, é preciso analisar as práticas discursivas, pois estas são heterogêneas e historicamente condicionadas.

Analisar o homem nas suas relações com os jogos de verdade, assim como a articulação dos temas da subjetividade, liberdade e da ética os jogos de poder saber, nos permitirá não uma história da verdade, mas uma perspectiva dos jogos entre verdadeiro e falso que configuram o humano como uma experiência.

Foucault (2007) propõe que o aparecimento daquilo que passou a ser chamado de ciência humana, só foi possível a partir do século XIX com o aparecimento das ciências empíricas e das filosofias modernas, que propuseram o homem como objeto e como sujeito do conhecimento. Contudo, sua proposta fundamental é que não existem elementos estruturais pré-dados, não existe uma relação intrínseca entre a palavra (conceito) e o objeto, isso seria uma construção, algo marcado por uma relação que permita emergir a coisa, e a medida que a relação muda, o objeto muda, portanto seria preciso olhar o presente, as condições que possibilitaram a emergência de determinado objeto e de determinado sujeito, ou de determinadas formas de subjetividade. Assim, só seria possível fazer ontologias regionais, histórias do presente. Diferente, então do que propôs Descartes (2001) pois para ele o sujeito seria dotado de uma objetividade instigante e domesticadora, que nomeia, tematiza, representa e compreende. Assim, nesta perspectiva, esta pesquisa seria marcada por essa tensão criada pela oposição entre sujeito e objeto, que nas relações em saúde poderia ser traduzida da seguinte maneira: sujeitos

seriam todos os que tivessem o poder de submeter alguém a si e dominá-lo sem possibilidade de escapar dessa fórmula. Seria preciso então entrar numa luta de oposição que colocaria de um lado trabalhadores e de outro usuários do sistema de saúde, onde o cuidado apareceria como uma estratégia apaziguadora capaz de amansar os elementos mais ferozes do trabalhador-sujeito que seria incitado a entrar numa relação mais horizontal com seus pacientes-objeto. Essa maneira de tematização não traduz a atividade criadora das relações engendradas numa ordem de produção de subjetividades que apontou Foucault principalmente por meio de sua teoria do poder como produtor de realidades, mas voltaremos a isso mais tarde.

Desta forma, na modernidade e, principalmente, após Descartes com o seu “*cogito ergo sum*”, o sujeito é revestido de um poder de totalização que submete o mundo a uma relação de oposição e representação na qual e, somente na qual, ele pode encontrar o seu sentido. De sorte que o sujeito tem a tarefa fundamental de conquistar e submeter o mundo objetivo. Assim, a temática do sentido é trazida para o interior da vida espiritual do sujeito, sendo que agora ele precisa lidar com essa situação. Nesta dinâmica o sentido pode ser definido basicamente como compreensão e representação, ou em outras palavras, redução do mundo à ação tematizadora do sujeito. Está dada forma às filosofias do sujeito, com uma proposta cartesiana que encontrou ressonância nas propostas fenomenológicas e existencialistas.

Em nossos dias, a nostalgia de uma filosofia viva conduziu a muitos renascimentos. Perguntamos: o único renascimento realmente fecundo não consistiria em ressuscitar as *Meditações* cartesianas não, é claro, para adotá-la integralmente, mas para desvelar já de início o significado profundo de um retorno radical ao *ego cogito* puro, e fazer reviver em seguida os valores eternos que dele decorrem? É, pelo menos o caminho que conduziu à fenomenologia transcendental. (HUSSERL, 2001, p.23)

Husserl (2001) vê na filosofia cartesiana, mais propriamente no *ego cogito* a possibilidade de encontrar uma radical autenticidade da ciência. Sua proposta, porém, apresenta a necessidade de um diálogo crítico com Descartes, reformulando sua doutrina naquilo que seja necessário. O método a ser seguido nesta empreitada é o da *Meditação*. De sorte que assim, ele reafirma a meditação como a modalidade que apresenta as melhores condições para o pensar filosófico.

O primeiro movimento que realiza é o de buscar um fundamento válido para essa ciência universal que esteja assegurado pelo dado da evidência. “A evidência exclui qualquer dúvida por propor a captação de algo, primeiro, em si mesmo, ou seja, como ‘algo’, ‘no modo do si mesmo’”. (HUSSERL, 2001, p. 74). Contudo, essa evidência por si só não resolve o problema. É necessário que ela seja uma evidência apodítica, ou seja, “de tal forma que sua negação seja logicamente impensável” (COSTA, 2000, p.164).

Nessa busca o *ego cogito* cartesiano se apresenta como esse fundamento que goza da evidência apodítica, por ser o estrato último de todo juízo ou ciência Universal. Assim, o ego transcendental, que encontra no ego cogito seu fundamento e expressão, constituído como evidência apodítica de toda filosofia possível no âmbito de sua vida interior e reflexiva agora põe em questão todas as demais esferas da vida, ou seja, o ego transcendental tem certeza de si e dúvida de todo o resto.

Essa impossibilidade de acesso à realidade a não ser pela via da “maneira humana de experimentá-lo” (OKSALA, 2011, p.22), ou seja, pela via de uma ontologia universal e naturalizante do humano e de tudo que a ele se refere, engendrou diversas formas de compreensão do humano e das formas sociais de manifestação do humano, entre elas o cuidado, com uma característica sempre presente, o elemento eidético e transcendental das construções de sentido, pois este apareceria como algo da natureza do humano que precisaria ser buscado e incentivado em vista da concretização da real natureza humana, pré-estabelecida e essencializada. A cuidado seria sempre, nesta perspectiva, uma estratégia de salvar o humano tal como propõe Pessini (2010) ao estabelecer que cuidado, saúde e espiritualidade constituem elementos indissociáveis do processo de atenção aos pacientes enfermos, em vista da sua “dignidade humana” defendida pela Teologia. Assim, o mesmo autor também propõe que saúde e salvação significam a mesma coisa por terem a mesma origem filológica. Desta forma, garantir a “saúde perfeita” seria garantir a salvação do indivíduo.

Num primeiro momento foi o discurso construído no seio dessa teoria de cunho transcendental que me chamou a atenção para o tema-objeto desta pesquisa que era a busca pelo sentido do cuidado para trabalhadores e usuários do SUS, em vista de propor uma estratégia de incentivo daquilo que nessa lógica, principalmente desde um discurso religioso, apareceria como uma maneira genuína de ser humano

e de promover o humano, onde “cuidar” estaria diretamente vinculado com os princípios de uma lógica cristã de salvação e promoção do outro enquanto expressão de uma alteridade revestida de uma sacralidade diante da qual só é possível ter uma postura de reverência.

Porém, no decurso do desenvolvimento desta pesquisa, após outras leituras e, principalmente, após a inserção de novas formas de problematização, numa demonstração de que o pesquisador e o objeto pesquisado se conformam mutuamente, ou seja, “se fazem”, entendemos que seria interessante analisar o cuidado como uma prática na saúde em vista da problematização dos modos de constituição do sujeito na saúde, na contemporaneidade. Rompendo com qualquer possibilidade de evidência natural e buscando os processos e as condições que viabilizaram essa relação entre saúde e cuidado e como isso produz determinadas formas de subjetividade. Essa foi a forma de lançar um olhar que questiona sobre o objeto dos passos iniciais desta pesquisa, a saber o cuidado. O cuidado, tomado historicamente foi sendo produzido de diversas formas até que na contemporaneidade seu sentido está colado ao da saúde, e isso não é gratuito, mas é uma forma de produzir um tipo de sujeito. Tal como o cidadão grego, do cuidado de si; o pecador carente de salvação do cristianismo ou o homem das ciências humanas. Por isso, nossa atenção voltada para o tema cuidado-saúde-sujeito.

Essa mudança significativa na forma de problematização das relações do sujeito com a saúde pela emergência das práticas de cuidado começou com micro rupturas produzidas no âmbito da disciplina de Psicologia da Saúde, logo no início do curso de formação de psicólogos. Nesta disciplina, a forma de propor a saúde, por meio de uma problematização que muitas vezes nos pareceu mais um espaço de relações ao invés de um conceito acabado, foi introduzindo o interesse pela pesquisa nessa área e ao mesmo tempo, oferecendo novos referenciais para se pensar o humano para além de uma ontologia das essências, colocando em análise o jogo das práticas cotidianas nas quais se engendram formas de subjetivação e formas de produção de discursos que objetivam humano, a saúde e o cuidado. Assim como propôs Foucault (1979) que trouxe a questão da constituição para dentro da trama histórica, ao invés de remetê-la a um sujeito constituinte.

[...] livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. E isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de

objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história (FOUCAULT, 1979, p.7).

Nessa perspectiva, o humano, que como já pontuamos, era entendido no início desta pesquisa como um ser portador de uma essência que se materializa e se atualiza em vista de sua realização plena, passou a ser problematizado como uma produção do poder e do saber, assim como também o cuidado, que agora não seria mais algo a ser buscado e justificado pela natureza do humano, mas algo a ser entendido como uma produção discursiva, formada pela articulação e arranjo de diversas forças que o compõe. Essa nova dinâmica nos chamou a atenção e conformou um novo campo no qual essa pesquisa se deu.

Assim, a pesquisa tornou-se experiência. Experiência aqui entendida como “ex-perior”, atravessar o perigo, perigo de abandonar a progressão do pensamento e os efeitos da causalidade, e a necessidade quase neurótica de ancorar todo saber num solo de verdade imutável, portanto uma experiência estética de transgressão. Por isso, ficaremos com a problematização e com todos os problemas que daí surgirem, sem buscar um dentro ou um profundo, ou um sentido oculto, mas navegaremos na superfície do presente, descendo em suas dobras, sem jamais lançar uma âncora, a fim de que a conformação de nosso objeto de pesquisa, também nos forje enquanto pesquisadores à medida que vai se engendrando e se modificando diante de nossos olhos.

Para analisarmos as questões referentes aos processos de produção de subjetividades pelas práticas de saúde, tomaremos as práticas de cuidado que emergem de uma experiência na saúde. Para levar a cabo essa investigação partiremos da subjetividade constituída pelas práticas de cuidado, produzidas numa relação de poder-saber, e, portanto, como um investimento, ou seja, se a época moderna propõe um investimento no homem, o sujeito moderno é uma possibilidade, na medida em que este se torna possível a partir de determinadas políticas de investimento na vida, como as políticas de saúde. Assim, a saúde aparece como uma linha de governo, uma forma de investimento na população, que posteriormente é articulada ao cuidado em vista da produção de um determinado tipo de subjetividade. A reflexão então partirá da identificação do cuidado como uma prática religiosa que busca a salvação do homem. Isto porque foi a primeira

aproximação que estabelecemos com esse tema. O cuidado era uma forma de colocar-se a disposição do outro, responsabilizar-se por ele a fim de que pudesse ter todas as condições para se desenvolver plenamente no corpo e na alma. Depois o cuidado será pensado quando passa para a alçada do Estado para enfim se estabelecer como uma estratégia de governo da população, em vista da produção e investimento em um determinado tipo de população. Isto pelo fato de a saúde ter se constituído nas últimas décadas como um espaço de articulação de lutas políticas e emergências de novas formas de subjetividades. Assim, a investigação que propomos sobre as práticas de cuidado na políticas de saúde nos leva a uma apreciação desse problema de pesquisa como uma estratégia de governo das populações que nos permitirá entender como se constituiu uma subjetividade na saúde numa experiência regionalizada chamada UBS - São Francisco, isso como um tema emergente do presente.

Para levar a cabo esse exercício tomaremos Foucault (1979) em vista da produção de uma genealogia das práticas de cuidado. A genealogia torna-se importante por oferecer uma forma de problematização capaz de colocar em análise tais práticas numa relação poder-saber, uma vez que tais relações são geradoras ou constituidoras de novas possibilidades, nesse caso o sujeito.

Foucault (1979), de um modo geral, entende que é necessário questionar os modos como as coisas são, ou seja, os modos como nos relacionamos, e ainda, como pensamos e vivemos, que mais do que demonstrar como as coisas são, pretende demonstrar como elas podem ser diferentes à medida que se elucida como elas foram construídas. “O pensamento pensa sua própria história (passado), mas para se libertar do que ele pensa (presente) e poder, enfim, ‘pensar de outra forma’ (futuro)” (DELEUZE, 2005, p. 127).

Não haverá prioridades de teorias ou de práticas, mas uma imanência da relação poder-saber, e conseqüentemente, produção de subjetividades. Assim, pensar não é meditar nem buscar um solo de verdade, legítimo, seguro e permanente, mas problematizar realidades, gerar questões de forma contínua, por isso, pensar ou pesquisar é fazer experiência, é problematizar, considerando o poder, o saber e o si como a tripla raiz de uma problematização do pensamento (DELEUZE, 2005, p.124). Por isso não pode-se partir de evidências, mas deve-se buscar os processos que geraram as condições que viabilizaram determinadas relações, neste caso a articulação entre cuidado, saúde e subjetividades. Por isso a

pergunta sobre o que permitiu que saúde e cuidado fossem articulados e porque. E quais os efeitos que isso produz em termos de constituição de subjetividades.

Por isso que Foucault (1979) propõe que o genealogista deve escutar a história em vez de acreditar na metafísica, isso em vista do aprendizado que por trás das coisas existe algo inteiramente diferente, "não um segredo anônimo e sem data, mas o segredo de que elas são sem essência, ou ainda que sua essência foi construída pedaço por pedaço por elementos que lhe eram externos e diferentes" (FOUCAULT, 1979, p.17-18)

Quando se investiga um acontecimento entende-se que ele poderia atualizar-se se estiver aberto aos devires e às novas forças que poderiam se apoderar dele, pois isso faria emergir novos sentidos e abriria brechas para a construção de novos modos de ser, tal como propôs Deleuze (2005, p.111), ao dizer que a subjetivação vai se inventando, portanto a história é devir e mutação, e não continuidade, é descontínua e produzida ao acaso dos acontecimentos.

Assim, ao problematizarmos as práticas de cuidado, estamos operando com um marcador metodológico foucaultiano o de "práticas" (VEYNE, 1998, p.257). Veyne (1998) propõe que, para Foucault, não há um objeto completamente original, mas práticas de objetivação, e de modo imanente, de subjetivação. Estabelece-se dessa forma uma correlação entre objetos e práticas, não havendo essências desses, mas inúmeras objetivações de práticas heterogêneas. A prática é o "fazer" e "o objeto se explica pelo que foi o fazer em cada momento da história" (VEYNE, 1998, p.257).

Na introdução da Microfísica do Poder, Machado (1979, p.X) propõe que enquanto a arqueologia procurava o *como* os saberes surgiam e se transformavam, a genealogia tem como ponto de partida o *porquê*. A análise do porque dos saberes, se propõe a explicar sua existência e suas transformações situando-os como peças de relações de poder ou incluindo-o como um dispositivo político. Essa maneira de entender a realidade e as relações inibem uma consciência mágica ou acrítica, por fazer entender que o mundo como o conhecemos não é uma dádiva, é uma construção com estratégias muito claras em vista de objetivos muito definidos. Assim, é possível perguntar quais são os saberes que viabilizam a estratégia de produção de subjetividades pelas práticas de cuidado no campo da saúde. Esses saberes serão analisados de forma genealógica, isto é, não a partir de sua validade epistemológica versus adesão a heresias, ignorâncias e/ou ideologias, mas esses

discursos serão compreendidos a partir do poder que os seleciona, mas que são operados por sujeitos. De que modo se constituem certas modalidades de relação do sujeito consigo mesmo e com o outro e quais estratégias políticas, formas de governo da vida, são empregadas nesse processo. Essas perguntas estarão no horizonte de construção deste trabalho e à medida em que vai se estruturando, espero que elas se façam mais claras.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e a refletir” (FOUCAULT, 2009a, p.15). Foucault (2009a) propõe que devemos empreender um exercício permanente de reflexão e problematização. Problematização essa que se enfrenta ao descaminho e à ruptura, pois não busca uma mera enunciação do desenvolvimento de determinados conceitos ou práticas, mas busca sobretudo entender como diferentes práticas vão se constituindo e vão constituindo certas experiências históricas, formas de subjetivação que se constituem na correlação com regimes de verdade e normatividade de comportamento.

Por isso, pensaremos a produção do sujeito contemporâneo no âmbito da saúde como uma problemática do presente, que se torna possível de pensar a partir de determinados acontecimentos. Por exemplo, retornar aos gregos não significa reafirmar a universalidade dessa época histórica, como uma tentativa de retornar a eles, mas antes como uma forma de entender determinados acontecimentos históricos como constitutivas de determinadas experiências que podem nos ajudar a questionar o presente, analisá-lo e modificá-lo. Esse tema do presente será articulado à uma experiência local de uma UBS, que entre outras coisas recebe influência também de uma lógica religiosa de encarar a realidade. Essa UBS como já anunciamos se reveste de uma importância significativa por ser uma experiência produzida na interface de uma política pública e de um regime religioso. Por essa especificidade, como consideramos que os discursos são selecionados conforme relações de poder, a presença do Estado na forma de política pública possibilita uma estratégia que pode se aliar a enunciados comumente atribuídos ao campo do cristianismo e do franciscanismo. Esta questão discursiva e institucional será por nós analisada em uma perspectiva histórica do processo de constituição de uma subjetividade desde práticas de cuidado articuladas ao campo da saúde.

Assim, na investigação sobre as práticas de cuidado faz-se importante entender como essas práticas de governo de si e dos outros constituem um sujeito na saúde, o que se dá por determinados modos de ser produzidos historicamente numa relação de poder-saber. Assim, temos na Grécia Antiga o sujeito cidadão, que numa perspectiva do uso dos prazeres, ou da limitação do uso que deles se podia fazer, é convocado a não tornar-se escravo de seus próprios desejos, constituindo-se como ser viril, forte e ativo que culmina na sua configuração como indivíduo para a Pólis. Mais adiante, no período romano, é possível perceber-se uma intensidade das relações consigo, não numa dimensão individualista, mas “formas nas quais se é chamado a tomar a si mesmo como objeto de conhecimento e domínio de ação a fim de se transformar, se corrigir, se purificar, e atingir sua salvação” (Foucault, 1984, p. 59). Esse “ocupar-se consigo”, através de exercícios, meditações, provas de pensamento, exame de consciência, controle das representações, tem por meta descobrir “o que se é, o que se faz e o que se é capaz de fazer” (Foucault, 1984, p. 94). Num terceiro momento, num horizonte cristão, o sujeito é convocado a purificar-se do pecado e dos desejos da carne. Essa prática é formatada no horizonte cristão da confissão, onde o indivíduo é incitado a narrar-se num processo de autodecifração que busca uma verdade interior e essencial, desta forma, em nome da salvação e de uma vida pura, o sujeito deve assumir uma outra subjetividade, ditada pelas técnicas desenvolvidas desde uma verdade absoluta. O cuidado se estabelece então como uma técnica de si e ao mesmo tempo como uma forma de governo, que em nome da vida e da salvação da alma, formata modos de ser e de viver. Isso é viabilizado por meio do poder pastoral. Esse poder era situado no horizonte da salvação das almas, que mais tarde oferecerá alguns elementos para a governamentalidade, mas entenda-se bem que não se trata da mesma coisa. A governamentalidade possui elementos que lembram o poder pastoral como a individualização e a totalidade e é por isso que ela se torna importante para esse pesquisa. Porém, a governamentalidade, desde uma perspectiva neoliberal, vai tomar a saúde como uma estratégia de governo e o cuidado é associado a esse campo e é essa relação que pretendemos problematizar.

A questão que se apresenta então agora não é mais a necessidade da intelecção de uma ontologia universal, mas fazer ontologias regionais, histórias do presente que permitam entrever o emaranhado ou as micropolíticas que se

desenvolvem desde as relações de poder e verdade, ou seja, engendramento das verdades como fruto de relações de poder e de lutas políticas.

Diante disto, faz-se importante analisar as práticas de cuidado como formas de produção de subjetividades na contemporaneidade, práticas de cuidado articuladas ao campo da saúde como uma estratégia de produção de subjetividades em uma experiência local de uma UBS - Unidade Básica de Saúde, situada na periferia de Campo Grande, o Centro de Saúde São Francisco.

Partiremos, então, do conceito de cuidado de si, por este ser uma maneira de o indivíduo constituir sua subjetividade, compreendendo por subjetividade “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (FOUCAULT, 2004, p. 236). Trataremos disto no próximo capítulo.

2 O CUIDADO DO QUAL FALAM – DISCURSOS (DES) ARTICULADOS SOBRE O CUIDADO

Em vista da concretização da proposta desta pesquisa que é problematizar a constituição de uma subjetividade no âmbito da saúde por meio das práticas de cuidado, sendo que tais práticas são produtos de uma racionalidade própria de uma estratégia de governamentalidade, investigaremos, neste capítulo, as condições históricas que permitiram a vinculação do cuidado à saúde em vista da compreensão de como as práticas de cuidado levam a formas de subjetivação na saúde. Por isso, como uma forma de colocar em análise esse objeto, a exemplo do que Foucault (2009a) propôs na História da Sexualidade II, um exercício interessante seria o de entrever como se constituiu nas modernas sociedades ocidentais uma diversidade de experiências que poderia ser articulado sob a denominação de CUIDADO, que, para além de todo discurso essencialista, aparece como um campo de articulação de diferentes âmbitos da experiência “campos de saber, tipos de normatividade e as formas de subjetividade” (FOUCAULT, 2009, p.10). Entender a emergência desse problema, nos ajudará a pensar a relação entre cuidado e saúde no processo de subjetivação. Nossa investigação busca identificar alguns momentos importantes da configuração da questão do cuidado, sem, contudo, incorrer em um relato histórico de continuidade, pelo contrário, seguindo o método genealógico, em cada momento olharemos alguns acontecimentos históricos em vista de ver como os sujeitos, normas, instituições por meio do discurso produziram práticas de cuidado, até podermos articular cuidado e saúde na contemporaneidade. Trata-se de entrever situações produtoras de sujeitos do cuidado, as relações de poder que engendram determinadas práticas de cuidado e, por fim, a formação de saberes que regulam essas práticas de cuidado.

Para problematizar esses acontecimentos históricos partiremos de um tipo de CUIDADO no qual os indivíduos exercem sobre si mesmos determinadas práticas que os levam a formas de subjetivação, ou seja, ao prestarem atenção a si mesmos, se decifrando, vão se configurando em relação a uma norma mediante a qual o cuidado é um procedimento a partir do qual o sujeito se constitui. Em relação à norma, não estritamente em uma conduta de assujeitamento, mas se utilizando de sua parcela do poder para se configurar também pela resistência ao poder da

norma, culminando, de forma sempre provisória, em uma atitude ética, de certa forma transformadora das normas, sendo esse potencial mais ou menos influente em um nível mais amplo. Em vista deste potencial transformador, reapropriações de discursos, práticas de cuidado e aparecimento de normas locais, faz-se interessante recuperarmos o momento da antiguidade clássica, no qual a problematização que os homens livres faziam sobre sua própria prática de cuidado não recorria a um código externo e nem a algo parecido ao crivo da ortodoxia da Idade Média ou epistemológico da Modernidade.

Uma discussão possível do sujeito ético poderá ser situada na antiguidade, mais especificamente na Grécia Antiga, onde o cuidado nada tinha que ver com a atenção ao outro, pelo menos no que diz respeito a uma lógica cristã de atenção ao outro, como pontuamos no início desta pesquisa, pois, em “um Estado bem governado a ninguém é lícito passar a vida como doente e fazendo-se cuidar” (FOUCAULT, 2009, p.133). Esse modelo é suplantado por uma forma de cuidado como opção pelo outro e renúncia de si, numa perspectiva cristã. Neste horizonte cristão daremos um salto de vários séculos para analisar uma experiência que acontece nos séculos XII e XIII, onde a EUROPA experimenta o fortalecimento de uma certa racionalidade de mercado marcada pelo uso do dinheiro e a expansão comercial, em oposição ao modelo feudal de organização política e econômica. Esse fenômeno social está na base do surgimento de movimentos pauperísticos, pré-reforma, que ao se opor a nova forma de comércio e à opulência do clero e da nobreza, afastaram-se dos centros comerciais e dos muros das cidades e foram em busca de formas mais simples de vida em meio aos “enfermos” que eram obrigados a viverem afastados das cidades e ali ofereciam seus serviços de cuidado, constituindo novas tecnologias de cuidado, como atenção ao outro, criando novas práticas e um novo discurso em torno ao tema do cuidado, esse movimento que queremos analisar neste período da história.

Em seguida nos deteremos sobre outro acontecimento, também importante ocorrido no século XVIII, a saber: a revolução francesa, que instaurou um novo ideal de homem emancipado, viabilizando novos movimentos sociais e novas estratégias de poder que acabaram por estabelecer novas formas de cuidado, voltadas ao homem trabalhador da indústria, herdeiro de um novo ideal, a do *antropos* como centro do novo mundo. Aqui situamos uma nova estratégia de CUIDADO, fruto de novos regimes de verdade e novas tecnologias, onde o cuidado

ao outro torna-se tão somente uma forma de manutenção da vida comum e condição de autopreservação, engendrados pelo conceito de altruísmo do pensamento positivista.

E, por fim, o CUIDADO, tomado como estratégia de governamentalidade, onde o conceito de cuidado é pensado associado ao direito à vida, a cidadania e a saúde. Criando novas formas de governo sob os discursos do cuidado (considerando sua multiplicidade possível no contemporaneidade), ou ainda, quando a vida é tomada como objeto da política. Nesse espaço surgem as grandes discussões e lutas sociais e o conceito de biopolítica aparece como uma forma de poder que se exerce pela governamentalidade através de políticas públicas e sistemas de saúde.

2.1 CUIDADO DE SI NA ANTIGUIDADE CLÁSSICA

O exercício de si sobre si mesmo no uso de seus prazeres pode ser compreendido como a forma ética do cuidado. Dessa forma a dimensão ética do cuidado de si implica em produzir uma subjetividade capaz de agir como se deve, ou seja, de forma moral e livre. Para explorarmos a constituição disto que aqui chamamos cuidado na antiguidade, onde o indivíduo se reconhece como sujeito do cuidado aplicado sobre si mesmo, situaremos a discussão no horizonte grego de configuração do cuidado de si. Nosso olhar irá se dirigir para a análise de um poema de Homero chamado “Odisséia”. Essa opção se dá pelo uso que deste poema foi feito num período emblemático do desenvolvimento da civilização grega. Segundo Murari e Pereira Melo (2009), a Grécia após uma série de invasões mergulhou num período de retrocesso cultural, social e econômico, em relação ao que ficou conhecido como período Áureo, desenvolvido sob o governo do povo Micênio. Esse momento histórico ficou conhecido como idade das trevas da Grécia.

Nesse período os poemas homéricos ganharam muito espaço na vida cotidiana do povo grego, pois incitavam coragem, esperança e sobretudo valores a serem desenvolvidos. Tais, poemas passaram a ser parte da educação grega e eram aprendidos de cor e cantados incessantemente de maneira que sua memorização se dava quase que de maneira espontânea pelos jovens e sem a necessidade da palavra escrita.

Como se pode ver, mesmo sem recorrer a textos escritos, havia uma forma de manutenção dos enunciados que funcionava como um mecanismo de subjetivação, de produção de condutas que ainda não contavam com certos mecanismos (como o texto escrito de forma estritamente controlada da ortodoxia, onde a conformidade com a verdade era critério de exclusão de enunciados, ou o controle universitário unificado na ciência de desqualificação de enunciados produzidos alhures) que formam a subjetividade contemporânea, pois que foram posteriores a esse período. Antes que houvesse a possibilidade de ortodoxia, isto é, a preocupação eclesiástica em manutenção estrita do corpo de um texto, estratégia da Idade Média. Antes que se fizesse uma seleção de saberes organizadas em um modelo universitário de definição de textos clássicos versus textos supérfluos (FOUCAULT, 2002). Antes da separação entre textos filosóficos, filológicos, literários e científicos (FOUCAULT, 2007). Antes da criação de um código externo e preciso de proibições à conduta, a entrar como mediação entre o sujeito e as relações de cuidado para consigo mesmo (FOUCAULT, 2009a). Havia, na Grécia, uma forma de manutenção de condutas por uma estratégia que tinha seus limites, que é a oralidade. Sobretudo os limites que atribuímos à oralidade são os limites do nosso tempo atual de ter acesso aos efeitos que ela produziu. Por exemplo, podemos citar Foucault (2004) para perceber que a escola cínica, por ter uma forma de vida que tendia a não produzir textos escritos, encontramos-lo descritos por estóicos, seus contemporâneos, e mesmo por Santo Agostinho. Portanto, à parte de toda produção escrita, o cinismo teve uma certa continuidade. Com isso, podemos considerar um texto como a *Odisséia* em uma função educativa, sempre política, na qual a oralidade desempenha um papel político que leva os sujeitos a uma forma de cuidado para consigo mesmos, mas sem fazer referência a um código externo de moralidade.

Nos séculos V e IV a.C. a cultura grega passava por uma grande crise. Esparta e Tebas se rebelam contra a dominação e exploração ateniense gerando a famosa Guerra de Peloponeso. A cultura e a tradição começam a esmorecer. Com a intenção de responder à essa situação foram surgindo várias tentativas que acabaram por possibilitar às culturas Ocidentais elementos enunciativos que serão utilizados posteriormente para constituir os discursos e as práticas do que consideramos hoje como ética, filosofia e educação.

Esse enfraquecimento político e social criou as condições para o surgimento de regras morais que formataram o indivíduo como responsável por si, ou melhor dizendo como alguém que deve cuidar de si mesmo, não por uma imposição política, mas como um processo de construção de si, numa cultura de si. Contudo, é importante fazer notar que essa moral foi pensada por homens e proposta para homens livres, o domínio de si era indispensável para que alguém não se tornasse escravo de seus próprios desejos (FOUCAULT, 2009b, p.33).

A Educação Grega, como nos atesta Jaeger (2001), num primeiro momento se rege pelo tema da ARETE (virtude). O objetivo era formar para o heroísmo, força, valentia, honra e glória. Tal qual os grandes heróis gregos.

Esse modelo foi complementado posteriormente por outro que além da força prezava pelo desenvolvimento da alma. Inseriu-se na educação temas como música, arte e a gramática. Agora também era importante atingir uma excelência física e moral. A educação era a forma de repassar esses elementos da moralidade grega, em vista da preparação do varão para a vida na pólis. Assim, a educação era pensada em termos de uma Paidéia, que tinha como objetivo fundamental, produzir um cidadão .

O conceito de Paidéia é fugidio, não cabe unicamente num termo ou conceito. Carece de tradução. É como se numa palavra abrangêssemos cultura, tradição, literatura, civilização, educação, nenhuma delas perfeitamente e todas ao mesmo tempo. Isto pelo fato de que Paidéia no mundo grego significava o desenvolvimento de todas as virtualidades, o pleno desenvolvimento do humano num processo educativo global que considerava todas as nuances da vida. Um projeto que, a nosso ver, culminava no que passou a ser conhecido como cidadania.

Então, de certa forma podemos dizer que o poema homérico ao qual nos referimos se tornou um importante documento do cotidiano na medida em que se tornou um instrumento de educação e conformação de corpos, de onde a educação grega tirou os elementos que deveriam ser desenvolvidos e praticados por cada indivíduo. Contudo, segundo o próprio Foucault (2009b) “não devemos procurar nesse texto um código daquilo que se convém ou não fazer, mas sim o revelador de uma ética do sujeito que ainda existia correntemente na época de Artemidoro”. (FOUCAULT, 2009b, p. 25).

Com relação aos textos dos primeiros séculos Foucault (2009b) diz que o que se tinha como foco não era a interdição de alguns atos, mas a insistência sobre a atenção que convém ter para consigo mesmo; falar de Roma

[...] é a modalidade, a amplitude, a permanência, a exatidão da vigilância que é solicitada; é a inquietação com todos os distúrbios do corpo e da alma que é preciso evitar por meio de um regime austero; é a importância de se respeitar a si mesmo, não simplesmente em seu próprio status, mas em seu próprio ser racional, suportando as privações dos prazeres, ou limitando seu uso ao casamento ou à procriação. (FOUCAULT, 2009b, p. 47).

Esses elementos apontados por Foucault (2009b) podem ser localizados no texto de Homero como texto problematizador da questão do cuidado de si, aplicando-se a si mesmo que são questões bastantes arcaicas no pensamento grego (FOUCAULT, 2009b, p. 47).

A versão do poema que usamos aqui é de autoria de Bulfinch (2006). O texto retrata a viagem do personagem Odisseu de volta à sua terra natal, após a vitória sobre Tróia. Sua jornada é marcada por muitos imprevistos e pode ser usada de muitas maneiras. Nosso foco será nas habilidades usadas pelo personagem principal para sair das situações-problema nas quais se encontrava, com o intento de demonstrar que cada atividade ressalta um dos elementos que compõem o horizonte de uma cultura de si.

A prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, ou por alguém que para isso tem competência. (FOUCAULT, 2009b, p.62-3).

O primeiro elemento que nos chama a atenção é o episódio do país dos comedores de Lótus. O Lótus era um alimento que ao ser ingerido proporcionava um estado de satisfação e prazer tal que fazia aquele que o ingerisse esquecer completamente de sua terra e de tudo que estivesse ao seu redor, fazendo-o desejar permanecer ali para sempre.

Tennyson *apud* Bulfinch (2009, p.229) descreve assim a impressão de sonho e embriaguez que o Lótus provoca:

Quanto era doce, ali, de olhos semicerrados,
Ficar quase sonhando, e inda quase acordados!
O murmúrio sutil dos regatos velozes,
Ouvir, muito de leve, e o eco de outras vozes
Ouvir discretamente, ouvir quase sonhando.
O lótus ingerido, o lótus mastigado,
Da praia contemplar a curva sinuosa
Onde a espuma do mar se estende, vagarosa,

Votar o coração e a alma, inteiramente,
 A uma melancolia doce e complacente.
 Reviver, na memória, tantas antigas vidas.
 Da infância recordar as figuras queridas,
 Que tão vivas parecem, embora sejam só
 Numa urna de bronze um punhado de pó.

Essa alteração da consciência, que faz os indivíduos divagarem sobre suas vidas numa espécie de sonho ou ilusão, ou ainda uma realidade alternativa, os impede de ocuparem-se de si mesmos, de interpretarem por si mesmos os signos, sem necessidade de recorrerem os “inúmeros profissionais das imagens da noite” (FOUCAULT, 2009b, p. 14), pois o indivíduo deve estar apto para ocupar-se consigo mesmo. Esta é uma das primeiras formulações de verdade no horizonte de formação do homem grego.

O segundo elemento do poema homérico é o embate com o Ciclope. Na busca por provisões e hospitalidade, Odisseu e seus companheiros acabam presos na caverna do Ciclope Polifeno, que aproveita o infortúnio dos gregos desavisados e começa a se alimentar deles. Odisseu poderia aproveitar o sono do gigante e matá-lo, mas então como sair da caverna que estava fechada por uma pedra que nem vinte bois moveriam? Era preciso usar a razão. Assim, ele arquitetou um plano, cegou o Ciclope e se escondeu com seus companheiros no meio das ovelhas que este mantinha na caverna e precisam sair para se alimentar de pasto. Assim, conseguiram escapar da prisão.

Essa ilustração revela a crescente importância da racionalidade, inclusive no processo de desenvolvimento de uma cultura de si. A racionalidade aparece inclusive como aquele que deve suplantar os mitos e se estabelecer como uma nova Arché, ou seja, como um princípio norteador da vida na Polis. A existência racional propõe a observância de certos regimes, a fim de que os indivíduos não se entreguem aos imperativos da concupiscência.

Uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma “prática de saúde” – *hugieine pragmateia* ou *techne* – que constitui de certa forma, a armadura permanente da vida cotidiana, permitindo a cada instante saber o que e como fazer. (FOUCAULT, 2009b, p.107).

O terceiro quadro deste poema desloca o protagonismo de Odisseu para seus subordinados, mas isso acaba sendo bastante interessante. Odisseu recebera de Éolo um saco de couro com fechadura de prata com todos os ventos contrários e

prejudiciais a sua viagem. Quando, não resistindo ao sono, depois de nove dias à frente do leme do navio, finalmente adormeceu, os marinheiros começaram a discutir sobre o que poderia conter o tal saco de couro. Imaginando se tratar de tesouros, resolveram abri-lo para garantir uma divisão justa. Os ventos, então escaparam e fizeram o navio voltar ao ponto de partida. Essa atitude é tomada pelo texto como uma insensatez. A insensatez aparece como um vício a ser evitado, na formulação de uma cultura de si. O que, porém, nos chama a atenção é que nas poucas vezes que os subordinados de Odisseu protagonizam algo é para dar vazão a algum apetite, que na dietética de uma vida regrada, deve ser evitado. A mesma coisa acontece, num episódio mais à frente, quando, mesmo advertidos para não tocarem no rebanho de uma determinada ilha onde pararam para descansar, sucumbiram à fome e ao desejo, e mataram algumas reses, o que acabou lhes custando os navios e a viagem.

Como se sabe, Odisseu era o governante da ilha de Ítaca, e os que o acompanhavam na viagem eram seus subordinados, e um dos elementos centrais na figura de um governante dentro da perspectiva da cultura de si era justamente a capacidade de ocupar-se consigo mesmo, e a tarefa de ocupar-se consigo deve ser algo a ser aprendido na juventude, portanto, objeto da educação do jovem grego. Isto está elaborado num diálogo de Sócrates retomado por Foucault:

Sócrates mostra ao jovem ambicioso que é muito presunçoso de sua parte querer tomar a seu encargo a cidade, dar-lhe conselhos e entrar em rivalidade com os reis de Esparta ou com os soberanos da Pérsia se não aprendeu anteriormente aquilo que é necessário saber para governar: deve, primeiro, ocupar-se de si próprio – e logo, enquanto é ainda jovem, pois com “cinquenta anos será demasiado tarde”. E na *Apologia* é enquanto mestre do cuidado de si que Sócrates se apresenta a seus juízes: deus mandou-o para lembrar aos homens que eles devem cuidar, não de suas riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma. (FOUCAULT, 2009b, p.49-50).

O próximo quadro retrata a chegada da tripulação de Odisseu à ilha de Circe, uma feiticeira poderosa que após acolher seus hóspedes os transformava em animais. Ela conseguiu tal proeza com parte da tripulação de Odisseu, mas este, avisado de suas artimanhas, por mercúrio, havia se preparado e a surpreendeu com o desembainhar da sua espada, ao que a feiticeira voltando atrás em suas intenções pediu clemência. Odisseu a fez jurar que não faria mal a ele e nem aos seus companheiros. Circe supriu todas as necessidades de Odisseu de forma que ele

quase se esqueceu de sua pátria e se resignou “àquela inglória vida de ócio e prazer”.

O predicativo usado para caracterizar esse estilo de vida coloca em jogo um elemento central na cultura de si, uma constante atenção que é preciso ter para consigo mesmo no uso dos prazeres, observando todos os distúrbios do corpo e da alma, os quais é preciso evitar por meio de um regime austero, respeitando-se a si mesmo, “não simplesmente em seu próprio *status*, mas em seu próprio ser racional, suportando a privação dos prazeres ou limitando o seu uso ao casamento ou à procriação” (FOUCAULT, 2009b, p. 47). Neste enfoque, configura-se o cuidado a partir da relação consigo mesmo, o qual é matizado não pela restrição, posto que não é uma lei, mas pela atenção que o cidadão deve ter para consigo mesmo. Isso nos permite considerar que o cuidado produzido neste recorte histórico é um cuidado sem normalização da conduta. Seguindo, então, a narrativa da Odisséia, o rei de Ítaca, recobrando a consciência, num ato de nobreza recusa as ofertas de Circe e retoma seu caminho de volta à casa e à sua esposa. Ou seja, ele suportou a privação do uso do prazer, recorrendo ao discurso da virtude como estratégia para realizar o governo de sua conduta, visando o bem de sua cidade e família amadas.

Odisseu a nosso ver exprime os elementos fundamentais desta cultura de si que permeou a formação do homem grego e que ganhou força com a necessidade de buscar novamente os dias áureos de desenvolvimento experimentado outrora por aquele povo. Esse personagem, não estabelece um código que descreve coisas a serem evitadas, mas demonstra, como propôs Foucault (FOUCAULT, 2009b, p. 47) “uma intensificação da relação consigo pela qual o sujeito se constitui enquanto sujeito de seus atos”. E no final, retorna para Ítaca, após todo esse percurso que pode ser identificado como uma forma de agir sobre si mesmo, encontra sua plenitude no retorno a si, pois, a cultura de si se fundamenta basicamente com vistas a tornar-se e retornar-se para si mesmo (FOUCAULT, 2009b, p.50).

Todas as ações em favor da Polis, tudo o que é feito em favor de outro, só tem sentido na relação consigo mesmo, ou seja, é reflexo dela. Da mesma forma, o exercício de ocupar-se de si mesmo, no governo de sua conduta encontra seu desdobramento mais significativo no exercício do governo dos outros, pois a lógica de governar-se é habilitar para governar a outro. Por isso, neste jogo, ocupar-se de si é um labor, uma tarefa que implica esforço e investimento. No horizonte da cultura

de si, o fazer-se é um tempo rico, povoado por exercícios, atividades práticas diversas. Esta prática de cuidado que o sujeito exerce sobre si fundamenta diretamente o direito de governar os outros, nesse funcionamento político da Grécia, na qual a temperança e sabedoria eram critérios de valorização e diferenciação política de seus sujeitos. Essa problematização nos remete a uma primeira forma de enfrentamento do nosso objeto de pesquisa que é entender como o sujeito se constitui por meio de práticas de cuidado que se tornam tecnologias de governo, para na contemporaneidade ser associada à saúde como estratégia de investimento na vida.

Existem os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades. Existem as meditações, as leituras, as anotações que se toma sobre livros ou conversações ouvidas, e que mais tarde serão relidas, a rememoração das verdades que já se sabe mas de que convém apropriar-se ainda melhor. (FOUCAULT, 2009b, p.56-7).

Essa dimensão greco-romana do cuidado de si e do conhecimento de si se configuram em dois momentos muito marcantes do processo de produção de uma cultura de si. O primeiro tematizado pela máxima délfica do “conhece-te a ti mesmo” dirigida a Sócrates. A partir dela, o filósofo busca fazer entender aos homens que a filosofia não é uma especulação sobre o mundo somada às outras atividades humanas. Esse filósofo se preocupou em elucidar a questão sobre o que o homem deve conhecer para conseguir a felicidade.

Devemos, contudo, ressaltar que felicidade aqui refere-se ao conceito de eudaimonia, que significa levar a vida ao seu grau máximo de excelência e auto-realização. Portanto, não se trata de uma felicidade de gozo das coisas externas e sim uma felicidade que se justifica na relação do sujeito consigo mesmo. Assim, o imperativo “conhece-te a ti mesmo” passa para a história, por meio da apropriação cristã desse enunciado em máxima, diretriz de conduta, como um dos momentos ápices da filosofia grega e como um dos momentos mais ilustrativos da fase helenística do cuidado de si. Nele reside o coração do pensamento socrático. O centro de toda inquisição é sempre o próprio homem e seu conteúdo primordial é o “Bem”. O Bem é o conteúdo ético por excelência, assim a ética é o coração da filosofia para Sócrates e a ética insere-se numa perspectiva do trabalho sobre si

mesmo, pois o homem que agia bem, buscava ser bom. Esse era o imperativo da ética socrático-platônica, e seu ápice estava justamente no caráter "ideal" de bondade, pois ser bom, significava transcender no conhecimento de si para atingir o Lógos, o Bem, o Divino, enfim, a Verdade.

Assim, para Platão (428/427 – 347 a.C.) o filósofo, que neste caso representa essa categoria de cidadão que reunia as condições para este tipo de investimento sobre si, é como um “técnico” que detém o conhecimento para manejar corretamente certas realidades. Seu campo de atuação é, também, o mais importante, a saber, dizer o que é o justo e o injusto, o que é o Bem e o que é o Mal, justamente porque ele foi capaz de alcançar a verdade. Por isso, para se atingir esse conhecimento são necessárias duas posturas fundamentais: descartar o “conhecimento” de aparências e reflexão. O filósofo é o mais preparado para tratar dessas questões, justamente porque sua profissão trata das definições. Assim, o filósofo é aquele que dá as definições corretas, isso porque ele compreende que a realidade está articulada de maneira que pode ser “cortada” e analisada por meio do conceito, e reconhecida no seu lugar lógico e, porque não, corrigida caso seja necessário. Assim, o filósofo, segundo Platão, possui o instrumental necessário para analisar, intervir e melhorar a si mesmo, ao passo que pode ajudar outros a realizarem o mesmo. Nesta perspectiva a ética socrático-platônica ao apontar para um conhecimento do Divino, cria as condições para o desenvolvimento de uma espiritualidade que de certa forma foi apropriada pelos movimentos religiosos vindouros. Nesta perspectiva, a atuação sobre si mesmo previa a própria salvação, e por meio do governo ou do pastoreio, a salvação dos outros.

No horizonte socrático-platônico da ética grega, o homem deve agir sobre si mesmo, tendo o Bem como parâmetro, de forma que na prática do Bem, ele também se torna bom. Contudo, isso só alcançará sua plenitude numa realidade inteligível, ao qual só se pode alcançar pela via da contemplação. Assim, a prática fundamental daquele que se encarrega de si mesmo é o uso da razão, e a virtude mais preciosa é o conhecimento. A partir de Aristóteles, cujo ápice da ética está na atuação, e não mais nas ideias.

Aristóteles nasceu em Estagira (macedônia), discípulo de Platão e um dos filósofos mais completos da história, considerando que seus escritos vão da ciência à metafísica. Sua Filosofia se inicia com a descoberta de um instrumento para a ciência e culmina com uma metafísica que inclui e subordina uma teologia, uma

teoria do mundo físico e uma doutrina sobre a alma; e que se relaciona com uma ética e uma política. E é justamente neste elemento, a ética, que o ideal grego de equilíbrio se manifesta de modo exemplar. A moral, que pode ser ensinada de nada vale se não vai acompanhada de uma prática. Essa prática vai acompanhada, para o sábio, do reconhecimento da felicidade, à qual é conduzido pelo simples desenvolvimento da atividade racional, pois uma vida beata é uma vida contemplativa. Porém, essa contemplação não é a antagonista da ação, mas sim a própria ação purificada (FERRATER MORA, 1965). Assim, a ética a partir destes três pensadores, ganhou os contornos que permitiram seu uso nas relações consigo, no sentido de purificação da alma, transcendência das impurezas e do mundo sensível. Isso fica mais evidente nos primeiros séculos do Cristianismo, onde o tema da salvação ganha centralidade e torna-se mais explícito nas ações de si para consigo mesmo e para com o outro, produzidos pelo poder pastoral.

A grande preocupação do homem grego era, então, o “ser bom” “agindo bem” e a ética tinha justamente o papel de estabelecer o que significa esse “agir bem”. A ideia de prática era muito forte. A prática constante de uma virtude leva o agente à perfeição. O fazer e o ser estabelecem aqui uma relação muito estreita, pois a qualidade da ação estabelece a qualidade do agente e melhorando a ação se melhora o agente.

Contudo, devemos assinalar que o caráter prático da filosofia se preocupa também e sobremaneira com o aperfeiçoamento da Polis, de maneira que a política e ética, no horizonte grego, constituem aspectos diferentes de um mesmo saber. O que aparece como algo extremamente relevante para nossa pesquisa, pois demonstra que na ética a busca por parte do agente pela sua auto-realização encontra como desdobramento último a realização e o bem da Pólis, pois em suma, quem, no uso da razão faz uma opção fundamental pela verdade, e se autogoverna, dominando seus desejos e vontades, é o mais apto a bem governar a Polis (ARISTÓTELES, 1994).

Essa discussão é importante para nosso trabalho, pois apresenta o primeiro momento do cuidado de si que se desdobra num tipo de governo do outro na Antiguidade Clássica. Essa concepção de práticas sobre si foi retomada nos primeiros séculos da Cristandade, a qual tornou a salvação da alma um tema central, operacionalizada por meio do poder pastoral, que por sua vez é de certa forma retomado e modificado nos estados Modernos, tornando a característica do

discurso da salvação da alma de purificar elementos indesejáveis em uma estratégia de saúde que se utiliza das práticas de higiene para eliminação não mais de impurezas da alma, mas de impurezas biológicas. Assim, como veremos, essa lógica presente na governamentalidade pode ser encontrada em práticas produzidas na UBS São Francisco e tomam as práticas de cuidado como formas de produção de uma subjetividade saudável para o âmbito da saúde.

Na análise da ética do cuidado de si na antiguidade, Foucault (2009b) aponta para alguns elementos distintos daqueles apresentados inicialmente, aqui não há uma preocupação com a Polis. O cuidado tem um fim em si mesmo, sem nenhum tipo de amarras e condicionamentos externos, portanto, há um afastamento da preocupação com o Governo da Polis e a razão apenas aponta para o caráter de minoridade do indivíduo em relação ao todo. Da mesma forma que agora não se trata mais de uma busca de uma verdade oculta, por meio da meditação, mas de uma análise dos próprios atos, em vista de reconhecer os erros que afastam o indivíduo de uma completa dominação de si mesmo.

Foucault (2009b), no texto sobre os cuidados de si, apresenta três exercícios para o cuidado de si no horizonte imperial romano, sendo a) procedimentos de provação; b) exame de consciência e c) trabalho do pensamento sobre si mesmo.

Nos procedimentos de provação, a lógica é familiarizar-se com o mínimo, ou seja, abster-se do supérfluo e reconhecer-se como independente de tudo que não for essencial. Assim, mesmo no pior dos infortúnios o indivíduo não estará privado daquilo que é essencial, pois se foi possível tolerar a ausência de alguma coisa alguma vez, será possível tolerá-lo sempre.

[...] aquilo que poderia ser chamado de “procedimentos de provação”. Eles têm como duplo papel fazer avançar na aquisição de uma virtude e medir o ponto a que se chegou: daí a sua progressividade sobre a qual Plutarco e Epicteto insistiram. Entretanto a finalidade dessas provações não é, sobretudo, de praticar a renúncia por si mesma, ela consiste em tornar capaz de abster-se do supérfluo, constituindo sobre si uma soberania que não depende de modo algum de sua presença ou de sua ausência. (FOUCAULT, 2009b, p.63-4).

O exame de consciência, que é o hábito de passar o dia em revista, é uma das práticas mais significativas com desdobramentos posteriores na práxis

cristã que apresentaremos mais a frente. Esse exame deveria ser realizado pela manhã e pela noite, considerando o que deveria ser feito durante o dia e, depois memorizando o dia transcorrido. Porém, não com a intenção de fazer relatos dos acontecimentos cotidianos, mas considerar como o indivíduo agia diante deles, elaborando um saber de si, ou seja, a qualidade de seu modo de ser, assim diz Sêneca *apud* Foucault (2009b, p.66).

O que há de mais belo do que esse hábito de inquirir sobre todo o seu dia? Que sono, este que sucede a esta revista dos próprios atos, o quanto é calmo (*tranquillus*), profundo (*altus*) e livre (*líber*) quando a alma recebeu sua porção de elogio e de reprovação.

Para dirimir qualquer interpretação equivocada desta passagem, Foucault (2009b) deixa claro que não se trata de um processo inquisitório, muito menos de se submeter a uma relação judiciária, onde deve-se acusar-se ou defender-se diante de um juiz, e sobretudo, uma ação do sujeito sobre si mesmo, numa perspectiva de inspeção, onde o objetivo é apreciar uma obra realizada.

O trabalho do pensamento sobre si mesmo é uma preocupação com as representações. Assim, deve-se cuidar da alma e não aceitar o que nos é dado de forma superficial, buscando-se o si e o que é representado pelo si, dando importância apenas aquilo que é escolha do sujeito e dele depende diretamente.

Velar permanentemente pelas próprias representações, ou verificar as marcas assim como se autentifica uma moeda, não é interrogar-se (como se fará mais tarde na espiritualidade cristã) sobre a origem profunda da idéia que surge; não é tentar decifrar um sentido oculto sob representação aparente; é aferir a relação entre si mesmo e o que é representado, a fim de só aceitar na relação consigo aquilo que pode depender da escolha livre e razoável do sujeito. (FOUCAULT, 2009b, p.69).

Essas práticas compreendem uma forma de conversão a si. Sua forma apresenta elementos sensivelmente diferentes daqueles desenvolvidos por Platão. Seu primeiro aspecto é o de ser compreendida como uma atividade, sem que com isso deva-se interromper toda forma de ocupação para dedicar-se única e exclusivamente a si, mas, nas práticas do cotidiano, aquelas que se convém ter deve-se manter em mente que o fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo (FOUCAULT, p.69, 2009b).

O resultado desta ética do cuidado de si, ou dessa cultura de si, é o gozo de pertencer-se a si mesmo e de saber-se seu, gozando-se de si mesmo, pois se constituiu para si um objeto de prazer. Sem repressões externas, nem preocupações com a fortuna, esse é o caráter de liberdade no qual se dá o cuidado na sua vertente ética. Nem doenças e enfermidades poderão usurpar o sujeito de si mesmo, pois não é produzido por nada que seja independente do sujeito. Ele nasce do sujeito e dele, apenas dele, depende. Essa posição do sujeito, essa cultura de si, produziu formas de verdade e campos de saberes que por sua vez resultaram em práticas de si que configuram uma verdadeira estética da existência. Essa posição romana investiu o sujeito com uma série de práticas sobre si, possibilitado por meio do cuidado de si o surgimento não só de práticas como de problematizações sobre a relação consigo que já não era mais secundária em relação ao conhecimento de si, como nos gregos, mas também ainda não se relacionava com um código externo de moral o qual seria produzido apenas com os esforços da Igreja para com a questão da abordagem do conhecimento de si voltado para o combate dos pecados.

Quanto à definição do trabalho que é preciso realizar sobre si mesmo, ela também sofre, através da cultura de si, uma certa modificação: através dos exercícios de abstinência e do domínio que constituem a *askesis* necessária, o lugar atribuído ao conhecimento de si torna-se mais importante: a tarefa de se pôr à prova, de se examinar, de controlar-se numa série de exercícios bem definidos, coloca a questão da verdade – da verdade do que se é, do que se faz e do que se é capaz de fazer – no cerne da constituição do sujeito moral. (FOUCAULT, 2009b, p.72).

O cristianismo mudou essa lógica do cuidado de si. No horizonte cristão essas formas gregas de constituição de subjetividade mantiveram alguns elementos, mas uma ruptura se configurou quanto à lógica dos procedimentos sobre si, onde o poder pode ser foco de análise, de forma que o cristianismo aproveitou elementos discursivos da antiguidade clássica grega, mas utilizou-se dele de uma forma que pode ser pensada levando em conta relações de poder, do uso que a Igreja fez do cuidado, bem como as transformações ocorridas. Assim, elementos como egoísmo, renúncia, pecado configuraram uma nova lógica de si, fundando uma nova tecnologia de si, baseada na confissão (FOUCAULT, 2010c).

2.1.1 A invenção do “dentro”: o horizonte cristão do cuidado

Como vimos até agora, no horizonte grego do cuidado de si existia uma preocupação com uma busca voluntária de desenvolvimento pessoal que nada tinha que ver com uma uniformização generalizada. Tratava-se de uma adesão pessoal de quem queria ter uma vida diferente e elevada. Essa questão aparece na obra de Foucault (2009a) problematizada pelo tema da sexualidade e pela sua dietética, onde a austeridade, a observância de certas regras de conduta nada tinha que ver com uma vigilância baseada no pecado e na culpa .

Tomar-se a si mesmo como uma tarefa era o objetivo daqueles que queriam dominar as paixões do corpo e da alma, que geravam inquietações, que por sua vez deveriam ser evitadas, não por medo, nem por repulsa, mas por respeito a si, em vista de uma libertação pessoal, uma renúncia que caracterizaria a liberdade do sujeito que pode fazer-se cargo de si.

Com a ascensão do cristianismo como modelo hegemônico de perfeição, que deveria ser buscado por todos em vista de uma conformação cada vez maior à figura de Cristo. Instaurou-se uma prática de si baseada na renúncia e na necessidade de colocar-se sob a tutela de um mestre espiritual que estabelece integralmente um modelo de vida beata que deve ser seguido a fim de que a verdade possa ser revelada. É a emergência da figura do pastor, que não era comum aos gregos (FOUCAULT, 2006a, p.357). Essa ideia foi desenvolvida pelos Hebreus e retomada com muita intensidade pelo Cristianismo. O tema da pastoralidade aparece aqui como uma forma de associar o cuidado ao tema da salvação. Isso se faz importante, pois é nessa lógica que aparece o movimento Franciscano que desenvolve uma prática de cuidado do outro que chega até a contemporaneidade e marca um discurso produtor de práticas de cuidado na UBS São Francisco. Também o poder pastoral será retomado posteriormente no Estado Moderno e obviamente modificado, mantendo apenas elementos que queremos pontuar como significativos na estratégia de produção de um sujeito na saúde por meio das práticas de cuidado.

Foucault (2006a) propõe que o poder é o pastor do homem, pois esse tipo de poder não é exercido em função de um território, mas de um rebanho, de um povo (FOUCAULT, 2006a, p.359). O pastor deve então reunir seu rebanho sob o comando de sua voz e garantir-lhe a salvação. Guiar a manada, o pastor é dono do rebanho. O poder é então tematizado em relação à Cristandade, do poder institucionalizado pela Igreja que solicita dos pecadores, que saldem seus pecados,

que limpem sua alma por meio da confissão. Observa-se aqui, neste acontecimento, analisando o poder, o uso político do discurso da salvação pela Igreja, o qual investe o sujeito em práticas de si já diferentes do período greco-romano. O poder pastoral produz aqui a subjetividade através do exercício de busca interior dos pecados e essa é a forma de prática de cuidado que constitui os sujeitos nesse período histórico.

O poder pastoral configura-se como uma forma de poder que o padre tem sobre o pecador, pois este conhece o pecado do pecador e o pecador não conhece o pecado do padre. Assim, o padre é o poder eclesiástico, o poder pastoral e o poder pastoral controla os homens pelo temor a Deus e pela confissão. Pode-se perguntar então, porque se produz a confissão? A confissão se produz porque se teme a Deus, e se se teme a Deus se teme que Deus castigue pelos pecados cometidos e por isso deve-se recorrer ao padre, para que este perdoe os pecados confessados. Essa é lógica de funcionamento do poder pastoral, o qual, como apresentamos nesta dissertação, foi uma prática a partir da qual a governamentalidade recorreu para operar seus efeitos, a saber, nas questões da totalização e da individualização, por meio das estratégias de cuidado na saúde contemporâneas. Assim, o indivíduo é levado a "confessar-se" ao profissional da saúde que poderá fazer as mais diversas perguntas, mesmo que de ordem íntima, em vista da prescrição de condutas que agora não garantirão mais a salvação da alma, mas a saúde do corpo. Com isso podemos dizer que as práticas de cuidado sobre si mudam não só de problematização, formato, uso de poder e fundamento epistemológico, mas mudam inclusive de objeto. Assim, essa lógica acaba saindo da ordem de atenção ao indivíduo e se generalizando numa forma de atenção à saúde da população, por meio da governamentalidade que não mais é compreendida como garantida a partir das estratégias Estatais, mas que se capilariza em ações diversas em vista da produção de uma subjetividade saudável.

No poder pastoral, a verdade então se insere numa exterioridade que deve ser almejada pelo sujeito e que só poderá ser alcançada se ele se fizer digno e para isso precisa adotar como principal técnica de si o rito da confissão pública de seus pecados, sendo que estes podem ser da mais diversa ordem, ou seja, reais ou intencionais. Reproduzimos abaixo uma fórmula bastante conhecida do rito católico de confissão pública dos pecados, o tradicional ato de contrição, texto que é repetido

rigorosamente da forma que se segue toda vez que um católico se propõe a realizar, com um padre, o rito.

**Confesso a Deus todo-poderoso
e a vós irmãos e irmãs,
que pequei muitas vezes,
por pensamentos e palavras,
atos e omissões,
(bate-se no peito) por minha culpa, minha tão grande culpa.
E peço à Virgem Maria, aos anjos e santos e a vós, irmãos e irmãs, que rogueis
por mim a Deus, nosso Senhor.**

Note-se que não basta a confissão a Deus, é preciso reconhecer-se pecador diante de outras pessoas, por isso a fórmula precisa ser repetida em voz alta, ou ainda que seja num caráter íntimo, nunca é privado, pois o sujeito coloca-se diante da Igreja para fazê-lo.

A principal função do rito da confissão é fazer o indivíduo se reconhecer fraco e falho, para isso professa tantos seus atos quanto seus pensamentos e seus desejos. Tudo é expressão da fragilidade da carne, que em vista da purificação e do fortalecimento do espírito precisa ser punida por meio de uma série de atos ascéticos. Observa-se com isso um uso dos atos ascéticos diferente da estética da existência greco-romana, na medida em que o mecanismo da confissão insere, com a noção do pecado, uma moralidade externa de controle de certas práticas como finalidade do conhecimento de si, no qual o cuidado passa a ser regulado por essa instituição, pela figura do padre que a representa, e cria, nas práticas de cuidado, toda uma discursividade sobre o interior do pecador, o qual deve ser investigado com a justificativa de conhecer em si especificamente os pecados.

No ato de contrição reproduzido acima, vê-se a orientação de bater no peito, como expressão física do *mea culpa* onde o indivíduo aponta para si mesmo como único responsável pela sua miséria.

Esse rito simbólico, muitas vezes revestido de uma teatralidade no sentido plástico da palavra, expressa uma ruptura do indivíduo consigo mesmo, pois sua felicidade e plenitude agora não dependem mais da ação sobre si mesmo, mas da renúncia de si em favor da ação de algo externo à ele, no caso a graça.

Essa dependência de forças externas ao indivíduo cria uma dicotomia de exterioridade e interioridade, onde a interioridade representa as trevas, o pecado e a exterioridade é Deus, luz, salvação. Podemos dizer, que a práxis cristã, levou a

questão do cuidado para dentro do indivíduo. E a fim de garantir sua salvação o homem precisa trazer Deus para dentro de si.

Esse percurso precisou ser feito em vista da retomada que queremos fazer das formas de cuidado produzidas pelas práticas de um grupo surgido na Idade Média Central, os mendicantes, mais especificamente os Franciscanos. O interesse em ressaltar os franciscanos é em relação à UBS que foi local da pesquisa empírica. Além disso, o franciscanismo tem um papel histórico na constituição da atenção do catolicismo para com os pobres, a população que passou a ser alvo de políticas de controle social na governamentalidade. Assim, retomar a pastoralidade cristã dos primeiros séculos do Cristianismo, foi uma forma de trazer para a discussão a influência do movimento franciscano na produção de determinadas práticas de cuidado que diferem das formas contemporâneas, mas que acabam tendo uma relevância para a discussão, devido a peculiaridade do local de desenvolvimento desta pesquisa que associa num mesmo *lócus* Estado e Igreja, o que se torna interessante, pois também expressa uma racionalidade neoliberal de governamentalidade por ser uma forma de descentralizar o papel do Estado na produção de subjetividades.

Segundo Silva e Silva (2011) de acordo com a historiografia Ocidental, nos séculos XI a XIII, que se configuram como a idade média central, ocorrem algumas transformações demográficas, sociais, políticas, econômicas e culturais. Estas por sua vez engendraram novas práticas sociais e espaços de saber.

Com um aumento significativo nas populações urbanas, sem ainda comprometer o caráter rural do período, houve também um aumento na circulação de alimentos, riquezas e pessoas. Isso faz com que algumas protocorporações de Ofício quanto os burgueses, realidades nascentes no período, passem a se destacar, e acabam por assumir essas atividades. Segundo Le Goff (2001), essas atividades passaram a produzir impactos em áreas sociais bastante distintas, como a cultura e a religião.

Nesse contexto de mudanças e regulamentação social um tipo de texto passou a ocupar um lugar muito importante, as hagiografias que eram usadas como ferramenta moral e didática tanto para o clero quanto para os leigos.

As hagiografias também serviam como instrumento de poder da Igreja, a fim de que pudesse regular as novas condições emergentes principalmente no século XIII. Assim, aqueles que eram fieis à ortodoxia da Igreja e à monarquia eram

normalmente associados a santos, os que não se enquadravam nessa experiência eram associados a pecadores ou até mesmo ao próprio diabo.

Nesse período ainda de acordo com Le Goff (2001) o ocidente viu surgir um novo tipo de relação comercial baseado no dinheiro (moedas), e o surgimento de uma nova modalidade de ser, a santidade baseada no mérito e no esforço pessoal, abandonando-se a visão de santidade enquanto herança familiar.

Essa realidade religiosa, social e econômica expôs uma dicotomia topográfica de dentro-fora em relação aos muros da cidade, onde estavam dentro todos os que seguissem esses novos preceitos morais e fora todos os que fossem apontados como não seguidores dessa realidade. A mortificação da carne ganha mais força nesse contexto e também é a carne que expressa a situação da alma, pois as doenças de pele, tais como a hanseníase eram associadas a problemas espirituais e ao pecado. Assim, estavam fora os leprosos, os hereges e os judeus.

No século XIII a Igreja atingiu o seu auge em termos de poder e influência social, experimentou uma opulência única e também viu proliferarem movimentos considerados heréticos. Nesse momento histórico surge um jovem chamado Francisco de Assis, filho de comerciante, que acabou se tornando o fundador de um movimento pauperístico chamado penitentes de Assis, que posteriormente viria a ser denominado Franciscanos (LE GOFF, 2001).

Francisco e seus seguidores são tematizados neste trabalho, por terem, a nosso ver, contribuído com a conformação de uma nova forma de cuidado, ainda que se regendo pelas questões fundamentais de cuidado cristão, mas com algumas práticas diferenciadas que formataram uma nova prática de cuidado.

Como já anunciamos, um determinado grupo social compunha o “fora” da sociedade cristã medieval, no caso os leprosos. Eles eram segregados para fora dos muros das cidades, seja pelo seu aspecto, seja pelo seu odor, mas fundamentalmente porque sua doença expressava o pecado no qual viviam (LE GOFF, 2001).

A este grupo Francisco dirige uma atenção especial, foi no encontro com um leproso e após um beijo que Francisco se converte, ou seja, rompe consigo mesmo, e adota uma nova veste, a veste da penitência, inaugurando um minimalismo que repudiava tanto o sistema econômico nascente, baseado no acúmulo da moeda, quando o sistema religioso monárquico, clericalizado e opulento daquele então.

Como expressão dessa nova vida, Francisco vai viver no fora, junto aos leprosos a quem dirige seus cuidados e com quem partilha tudo que recebe, e é seguido por inúmeros outros jovens. Esse movimento chamou a atenção da Igreja, que ao perceber sua potencialidade, tratou de incluí-lo como movimento legítimo.

Essa modalidade Franciscana estabelece uma nova forma de ser Cristão, baseada agora não somente na prática da confissão e da observância estrita das orientações de um mestre, mas também na renúncia dos bens temporais e no acolhimento e serviço para com os marginalizados.

É nesse contexto que surgem os primeiros leprosários e hospitais, e é engendrada uma forma de cuidado do outro, na forma de responsabilização total pelo outro como expressão maior da renúncia de si mesmo. Essa experiência gerou novos discursos, popularizados pelos textos hagiográficos posteriores, e posteriormente com a pregação e a chegada desses irmãos às universidades nascentes, novas formas de saber fundamentaram e legitimaram esse modo de ser do cuidado, passando agora o cuidado cristão ser associado à necessidade de responsabilizar-se pelo outro, ocupar-se de sua vida e de sua morte. Essa prática de cuidado, ao nosso ver incluiu outros aspectos aos já existentes com relação as formas de subjetivação engendradas numa lógica do pastorado cristão. A dimensão individualizante, característica dessa forma de poder passa posteriormente para a lógica dos estados modernos.

Eles enviavam para pastar cada ovelha por sua vez – primeiro as mais jovens, para dar-lhes de comer a erva mais tenra; depois as mais velhas e, enfim, as mais antigas, capazes de triturar a erva mais coriácea. O poder pastoral supõe uma atenção individual a cada membro do rebanho. (FOUCAULT, 2006a, p. 360).

Foucault (2006a) diz que o poder pastoral que se estende por toda a Idade Média, esse poder controlador dos homens, vai se prolongar até o Estado moderno, assim o Estado moderno começa a exercer o poder pastoral para além do padre e da confissão, vemos isso na relação dos indivíduos com a saúde quando o indivíduo precisa confessar-se ao médico que pode perguntar tudo e qualquer coisa e deve-se respondê-lo. Essa é uma relação de desigualdade que coloca o médico num nível superior ao paciente. Assim, o paciente torna-se dependente do médico, que propõe para si o poder de cura, que é uma forma de exercer o poder pastoral, mas que já passa a ser entendido num contexto de estratégias de governamentalidade.

2.2 O HOMEM E O CUIDADO

Segundo Médici (1992), a saúde só passou a ser uma preocupação da política a partir do renascimento cultural, que é situado por muitos estudiosos, ainda que não seja um consenso, entre o final do século XIII e meados do Século XVII. Desse período em diante essa relação se desenvolveu em diferentes âmbitos. Para o autor, existem 3 momentos cruciais neste movimento histórico: a) o assistencialismo; b) A previdência e c) a universalização.

A fase assistencialista marcou as políticas de saúde até meados do século XIX, sua lógica de funcionamento era a de oferecer cuidados aos que necessitavam. Esses cuidados consistiam em levar roupas, alimentos, educação, proteção a crianças carentes.

Embora o "assistencialismo" em saúde tenha nascido de forma integrada a outras políticas sociais, tendo nas instituições da sociedade civil a sua origem, pode-se dizer que o Estado sempre foi um grande provedor de serviços assistenciais de saúde, haja vista as medidas relacionadas a distribuição de medicamentos nos reinados de Luís XIV a Luís XVI (França), as políticas de saúde e vigilância englobadas no conceito de polícia médica (Alemanha) e as próprias "poor laws" (Inglaterra). (MEDICI, 1992).

O assistencialismo começa a se modificar com o surgimento de uma nova consciência social promovida pela Revolução Francesa, se capilarizando em instituições e práticas caritativas que no fim das contas acabavam mantendo um grupo populacional na intermediária de uma vulnerabilidade social, ou seja, o pobre, ao permitir que o rico o ajude, mantém o rico na posição de rico que pratica caridade e garante sua salvação, a medida que o pobre, aceitando sua condição, também alcança sua salvação.

No século XVIII surge um discurso no qual o chamado Terceiro Estado, em resposta à dita opressão da nobreza e do clero, pressiona a monarquia por mudanças no cenário político-econômico. Tais reivindicações circulam nos discurso como não tendo sido atendidas, produzindo o narrado estado de animosidade com relação ao Regime (FOUCAULT, 2002).

Com o lema "Liberdade, Igualdade e Fraternidade" o povo saiu às ruas para tomar o poder, tendo a Bastilha, prisão do que se opunham ao regime absolutista monárquico, como primeiro alvo. A queda da Bastilha foi o marco a partir do qual um novo Estado foi criado.

A consciência gerada pela Revolução Francesa e as transformações produzidas pela Revolução Industrial Inglesa criaram um cenário propício para o surgimento de um novo modelo de política de saúde, que se desloca do modelo de pobreza desassistida para o modelo do trabalho. Assim inicia-se a fase Previdencialista.

Com esse modelo, ainda segundo Médici (1992), inicia-se a criação de associações mutualistas que visavam cobrir, sob a forma de seguro, as despesas com saúde e previdência, por meio de cotização de trabalhadores que se autofinanciavam. Esse modelo foi adotado por empresas e depois generalizado para qualquer trabalhador formal, com participação do Estado.

Considerando que o renascimento buscou romper com os elementos medievais, colocando o homem como central no universo, e as duas revoluções mencionadas colocam esse homem como sujeito fundamental das principais mudanças no campo político-econômico, assim sendo, por essa centralidade da figura do antropos chamamos as formas de cuidado engendradas neste horizonte como um cuidado desse homem como sujeito e objeto dessa trama de saberes biológicos, linguísticos e econômicos (FOUCAULT, 2007), pois suas tecnologias buscam responder aos anseios e apelos sociais, causados por sofrimentos de ordem social.

Assim, a cooperação mútua realizada pelos trabalhadores, na criação do fundo previdenciário, era a de garantir que aquela classe recebesse a atenção necessária quando fosse preciso, de maneira que a saúde era um direito do trabalhador, e somente dele.

O previdencialismo, como forma de política social e de saúde foi um dos principais elementos que marcam o fortalecimento de uma sociedade do trabalho. Nesta perspectiva, apenas trabalhadores e suas famílias eram dignos de receber uma atenção médica decente e diferenciada daquela recebida por pobres, vagabundos e indigentes (MEDICE, 1992).

O terceiro momento da política da saúde é a universalização do acesso ou seja, a saúde deixa de ser um atributo do trabalhador para se tornar um direito do cidadão, independente do fato de ele ser um assalariado ou de sua condição social. A política da saúde na Europa ocidental, em meados do século XX, era fundamentada em um discurso de gratuidade do acesso, integralidade da atenção e montagem de um sistema de saúde baseado em impostos universais e não em

contribuições sociais, agora possíveis de ser viabilizadas e oferecidas graças aos saberes do biopoder na estratégia da governamentalidade junto às técnicas administrativas da disciplina. Essa ascensão do modelo universalista a modelo hegemônico, contudo não elimina a existência dos modelos assistencialistas e previdenciários, mas os limita a determinados campos de atuação. Enfim, as práticas de cuidado passam a ser mediadas não mais pela instituição religiosa (não que de todo as exclua) mas por mecanismos estatais reguladores os quais ampliaram a aplicação de higiene burguesa como forma de controle social (FOUCAULT, 2010c). Essas práticas de cuidado são performadas por esses sujeitos envolvidos na política de saúde.

2.3 O CUIDADO POLÍTICO

O cuidado político aqui tematizado é uma forma que encontramos de tratar um modo de produção do poder compreendido como poder sobre a vida, trabalhado por Foucault nos Cursos do Collège de France - 1975-1980. Essa forma de poder é chamado de biopoder. Foucault objetivou neste conceito analisar o exercício do poder sobre a população que se efetiva por meios de dispositivos de segurança que governam uma população em vista de torná-la útil e saudável para os interesses do mercado.

O século XVI vê nascer uma preocupação crescente com a arte de governar. Neste momento o feudalismo começa a ser superado como forma de governo e os grandes Estados territoriais se inauguram.

Com a emergência das populações nas cidades surgem problemas como as doenças endêmicas como a varíola, a escassez de alimentos, a morte, distribuição demográfica, controle de natalidade entre outros. Ao analisar os meios usados pelo Estado para gerir essas situações, Foucault (2008b) chamará essa arte de governo de biopoder.

Nesse momento o fator biológico do humano começa a ser estudado pelas ciências humanas, em vista da produção de saberes sobre o homem cada vez mais completos, em vista de torná-lo mais conhecido, pois quanto mais conhecido, mais fácil de manipulá-lo, transformá-lo e modificá-lo. A produção de saberes é

fundamental para o exercício do biopoder, pois é através destes que o poder se exerce de uma forma positiva. Assim, o saber tem efeito de poder, pois se exerce por meio de uma verdade. Assim, para Foucault (2012), governar significa "uma prática social de sujeitar os indivíduos por mecanismos de poder que reclamam uma verdade" (FOUCAULT, 2012, p. 5).

Assim, o governo político em torno das populações, Foucault (2012) chamou de biopolítica, ou seja, é uma forma de governo que se propõe a controlar e medicalizar as populações, favorecendo seu crescimento e bem-estar. A população torna-se, então, um objeto que importa conhecer para controlar, ou seja, só é possível agir sobre ela, à medida que se conhece seus comportamentos, desejos e angústias, enfim tudo que envolve a vida das populações.

Contudo, a arte de governar, como biopoder, não se exerce somente sobre o corpo do indivíduo, como na sociedade disciplinar, mas sobre a população. Assim, o problema político gira em torno da população.

Na interface do biopoder, como forma de poder, e da biopolítica, como forma de governo, aparece o que Foucault (2012) chama de governamentalidade. Foucault (2008b) expõe três abordagens que o termo governamentalidade refere-se em suas obras (2008b, p.143). A primeira abordagem trata do poder sobre a população exercido pelos dispositivos de segurança que são produzidos pela biopolítica; a segunda abordagem trata da forma de governo sobre os outros que se exerce através de procedimentos de governo que se sustentam pela produção de saberes. E a terceira abordagem é a passagem de um governo que se tornou administrativo com o Estado monárquico do século XVI, que se desenvolve sob a forma de técnicas de controle de uma população.

No século XVIII, o exercício de governo irá se desenvolver sobre coisas, buscando agir sobre as coisas que ele dirige. Sobre essas coisas que o governo tem que se encarregar, diz Foucault:

[...] são os homens, mas em suas relações, em seus vínculos, em suas imbricações com essas coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência, o território, é claro, em suas fronteiras, com suas qualidades, seu clima, sua sequeidão, sua fecundidade. São os homens em suas relações com estas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou de pensar. E, enfim, são os homens em suas relações com estas outras coisas que podem ser os acidentes ou as calamidades como a fome, as epidemia, a morte (FOUCAULT, 2008b, p. 128).

Com o propósito de ilustrar o tema da governamentalidade Foucault (2008b, p.129) usa uma metáfora do barco. Para comandar um barco não é suficiente controlar apenas os marinheiros, o navio e a carga, mas deve-se considerar os ventos, tempestades, escolhas, intempéries. Enfim, governar o barco caracteriza-se pela relação do navio com o marinheiro, do qual precisa-se conservar a vida, da carga que precisa ser entregue, mesmo com todos os acontecimentos que se pode ter pelo caminho.

O barco seria a sociedade, os marinheiros a população, a carga o capital sendo que a estabilidade do barco (sociedade) depende do controle da vida dos marinheiros (população) e das escolhas diante dos eventos no mar (doença, fome, guerras, etc.) para que a carga (capital) não sofra danos.

Pode-se dizer que a governamentalidade constitui-se como uma forma de análise da sociedade capitalista que controla a vida da população por meio de dispositivos de segurança, em vista da produção de sujeitos em uma lógica liberal. Foucault (2008a) entende o liberalismo como uma forma de racionalidade governamental e não como uma teoria econômica ou jurídica. Assim ele propõe que “Num sistema preocupado com o respeito dos sujeitos de direito e com a liberdade dos indivíduos, como é que o fenômeno população com seus efeitos e seus problemas específicos pode ser levado em conta?” (FOUCAULT, 2008a, p. 431).

Assim o liberalismo controla a população por meio de dispositivos de segurança que estão diretamente ligados com a liberdade. Se por um lado é preciso afirmá-la para que haja circulação de pessoas e coisas, ou seja, haja produção e consumo, por outro lado a liberdade é cerceada limitando as escolhas mercadológicas.

Desta forma, em vista do controle dos desejos e das necessidades é preciso pensar práticas políticas de assistência onde a parcela da população desempregada, sem teto, permanece à margem do desenvolvimento, mas precisa ser assistida para manter-se saudável, controlando o risco social de seu ócio, servindo para reforçar essa lógica de poder e sujeição, garantindo a estabilidade do Estado.

Com relação ao Neoliberalismo, a governamentalidade denuncia que ela ilude ao proclamar a liberdade do sujeito em suas decisões pessoais e sociais. Por meio do controle da vontade e do desejo, seus dispositivos limitam ou direcionam suas escolhas para o interesse do mercado, do Estado ou das instituições. Assim,

não mais desejos e pensamentos do sujeito, mas da população. Assim, o neoliberalismo proclama uma liberdade do sujeito, mas age na forma de uma biopolítica, agindo sobre sujeitos tornando-os empreendedores, isto é, funcionando em nome dessa liberdade, transcendendo o modelo anterior conformado, mas agora em um modelo ativo que em nome do sucesso financeiro próprio (individual ou de sua família) performa uma prática e visão de trabalho que permite sua ação ser desarticulada de potencial desestruturador do modelo capitalista, neoliberal. O sujeito não age mais contra uma opressão, mas em favor de seu bem-estar individualista.

A governamentalidade também é um conceito resgatado da pastoralidade cristã, e como tal se apresenta sob duas possibilidades de aplicação, ainda que mudadas pela laicização das relações e do Estado, e conseqüentemente das políticas de estado, ditas liberais. A primeira é a totalização e a segunda, a individualização.

O conceito de totalização aqui expressa as formas de objetivação da população, por mecanismos que regulam seus fluxos vitais; e a individualização trata da dimensão da política que impele alguém a enquadrar-se numa identidade forjada fora de si, mas na qual ele deve se reconhecer e da qual deve se tornar dependente.

Nesta perspectiva, a biopolítica cuida da vida do conjunto da população e ainda protege os indivíduos, para isso a governamentalidade torna-se uma estratégia que envolve o Estado, na medida que formula que não se trata de manutenção de liberdades, mas a produção daquilo que garanta o exercício dessa liberdade empreendedora.

Assim, a configuração das populações se dá mediante políticas públicas que "fazem viver as populações". Temas como saúde, moradia, educação, elementos que são caracterizados como expressões daquilo que chamamos de cidadania, são colocados no horizonte da esfera política como objetivos de governo.

Desta forma, o cuidado produzido como estratégia da governamentalidade é o cuidado que o indivíduo exerce sobre si mesmo, mas não como prática de liberdade, nem prática de si, mas como imperativo de uma forma de governo das vidas, que insiste na estratégia de governo de fazer viver. Na saúde, que é local onde os processos biológicos operam, junto aos problemas econômicos que passaram a ser incluídos com a nova proposta de saúde do SUS, os indivíduos

são levados a realizar para consigo mesmos toda uma série de práticas de cuidado no sentido da produção da saúde.

A saúde é utilizada pelo Estado como marco identitário de inclusão daqueles indivíduos que são capazes de autocuidado, equilíbrio, atividade produtiva, consequentemente empreendedores. Assim, essa população torna-se foco de investimento, de forma que o sujeito "adoecido", o "louco", o com as patologias que passaram a ser descritas e catalogadas a menos tempo, configura-se como situações a serem combatidas pelas políticas de atenção à saúde. O sujeito atendido passa a ser incluído nessa política como corresponsável, assumindo para si uma série de práticas, regimes, dietéticas que acabam prescrevendo um modo de viver. Assim a governamentalidade se torna mais eficaz na medida em que se capilariza, atingindo o usuário na sua própria casa, no seu próprio proceder para além do uso de medicamentos, mas mesmo em situações cotidianas, pois, enquanto for homem, enquanto for ser vivo, enquanto for elemento de uma população, não escapará da estratégia de controle e prescrição de condutas em nome da saúde.

3 PRÁTICAS DE CUIDADO, DISCURSO E SUBJETIVIDADE

Esta pesquisa foi iniciada pela busca pelo cuidado, contudo após o processo de investigação chegou-se a conclusão que não seria frutífero generalizar todas as práticas heterogêneas que podemos descrever como cuidado, como tendo uma origem única, por isso é preciso fazer uma genealogia que permita compreender a instauração dessas práticas que hoje compreendemos como cuidado. Nesta perspectiva, a experiência produzida no âmbito de uma UBS pode ser entendida como uma prática de cuidado, pois a análise parte deste *locus*, considerando que ela é uma prática efetiva (institucionalizada) que se vincula com dispositivos e mecanismos que podem ser agrupados na noção de cuidado, embora sua constituição não possa ter uma origem única identificável. A sequência da análise visará compreender o cuidado pelos dispositivos que o operam no lugar de uma perspectiva metafísica que situe o sentido do cuidado numa dimensão transcendental.

Assim, considerando a governamentalidade veremos como as práticas engendradas no âmbito da UBS em questão, tornam-se formas de investimento em determinados tipos de população, em vista da produção de subjetividades no contexto da saúde. Essa análise é a última parte da configuração de nossa pesquisa que se propôs como problema a constituição do sujeito na contemporaneidade especificamente quanto às práticas de saúde, entendo que para tratar desta forma de constituição deveríamos analisar os efeitos da estratégia de governamentalidade que por sua vez passa por relações de governo de si e dos outros, a qual se operacionaliza pelo biopoder normalizador de um lado e pelas práticas de cuidado por parte dos sujeitos envolvidos de outro. Por isso, neste capítulo, após termos analisado as práticas de cuidado ao longo de determinados períodos históricos, partiremos da descrição material da UBS São Francisco para em seguida, analisar as estratégias de cuidado produzidas neste contexto, sem contudo, esquecer que a UBS faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) que precisa ser considerado no contexto.

3.1 A UBS COMO ESTRATÉGIA DE UMA OUTRA POLÍTICA: O SUS

Uma UBS organiza os atendimentos em saúde numa lógica de territorialidade, operando com a valorização da saúde enquanto produto social. Essa organização é devedora fundamentalmente da concepção de saúde ampliada preconizada pelo SUS, que usa como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, fazendo com que a saúde se relacionasse diretamente com a questão da qualidade de vida.

O objetivo fundamental de uma UBS é dar maior eficácia de tratamento, resolutividade, pois como é responsável por uma área geográfica, a UBS deve desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Essa lógica de operação se vincula à uma Política mais ampla que é o SUS – Sistema Único de Saúde.

O SUS é uma política pública que nasce de um movimento conhecido como Reforma Sanitária, iniciado sobretudo na década de 1970. Ela articula relações de poder capazes de criar determinadas verdades que se consolidam ao longo da história, ao mesmo tempo em que, por meio de um engajamento político, presente desde o seu começo, se faz possível entrever novas possibilidades de conformação. Assim, o SUS se configura como uma política que recorre à práticas científicas que não estritamente aquelas produzidas no âmbito biomédico, mas valendo-se de outros saberes igualmente científicos (tais como a psicologia, assistência social etc.), pôde propor um modelo de serviço de saúde para além do binômio saúde versus doença, em vista da produção na história de determinadas formas de subjetivação que nada tem a ver com o acaso, mas são produzidas por determinadas verdades. E isso torna-se importante para esta pesquisa por apresentar-se como um caminho possível para se pensar a produção de uma subjetividade na saúde na contemporaneidade, por meio da governamentalidade, pois esta, segundo Foucault (1979) inclui estratégia de poder que regem o governo de si e dos outros, e essas estratégias, por sua vez, mudam as formas de subjetivação dos indivíduos de acordo com as mudanças que vão sendo operadas na organização social.

O SUS é uma política que se constituiu por meio de muitas lutas, dinâmicas e movimentos que criticaram o sistema de saúde oferecido no Brasil e recolocaram a questão desde outras perspectivas. A passagem do século XIX para

o século XX, no qual o interesse era pela consolidação da economia e a expansão comercial, as epidemias de febre amarela, peste e varíola representaram um problema grave. Assim, o poder público impôs o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e vacinação obrigatória. A estruturação daquilo que passou a ser conhecida como saúde pública, surgiu da necessidade de um maior controle do governo sobre a vida dos indivíduos em vista da expansão do comércio. Com isso a realização de campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a saúde pública na transição do século XIX para o século XX (PAIM, p.28, 2010). Essa forma de intervenção descrita circunscreve-se numa lógica da biopolítica à medida em que esta é resultado do poder que não é usado mais como forma de governo dos indivíduos, por meio de uma lógica disciplinar, mas opera como uma forma de governar o conjunto dos viventes, agora constituídos como população.

Nesta lógica o biológico não se constitui mais como um meio de pressão, mas torna-se um instrumento de poder a serviço do político "(...) haveria que falar de biopolítica para designar o que faz entrar a vida e os seus mecanismos no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana" (FOUCAULT, 2010c).

Assim, operando desde uma biopolítica, a saúde deste então tratava sobre a necessidade de controle dos corpos por um saber técnico, biomédico e taxonomico, capaz de produzir indivíduos sob a lógica de uma biomedicina medicalizante e domesticadora. A população tornou-se um objeto que importava conhecer, dominar e estimular o crescimento. Nesta lógica, os problemas de doença e saúde recaíam sobre uma lógica de controle dos corpos que aparece como dispositivo político.

[...] noção capital do século XVIII, é a população considerada do ponto de vista das suas opiniões, das suas maneiras de fazer, comportamentos, dos seus hábitos, dos seus temores, dos seus preconceitos, das suas exigências, é aquilo sobre o que se age por meio da educação, das campanhas, dos convencimentos (FOUCAULT, 2008b, p. 118).

Em 1948 aconteceu a criação da Organização Mundial da Saúde que propôs a saúde como um direito (PAIM, 2010), e somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como um direito social, pois antes de 1988 somente trabalhadores registrados e em dia com a previdência social tinham direito

a assistência médica, por meio dos serviços prestados pelo INAMPS. Portanto, as inovações propostas pelo SUS ao vincular saúde e assistência social operou uma mudança no recorte populacional a ser alvo nessa estratégia de saúde, uma vez que na perspectiva do cuidado com a estratégia de controle, a saúde pode chegar a populações que antes não eram atendidas pela política de saúde, por empecilhos que puderam ser transpostos com a inserção da atenção social à população. Com isso, houve uma mudança nas práticas, uma mudança na população, no sentido de a saúde passar a poder ser utilizada junto a uma estratégia de controle social.

O início da mudança deste cenário começou com a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, que em vista da democratização da saúde no Brasil, organizou um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS.

O ano de 1986 viu acontecer a VIII conferência Nacional de Saúde, onde aproximadamente 5 mil participantes sistematizaram e debateram estudos e proposições para a Reforma Sanitária. O relatório final dessa conferência inspirou o capítulo “saúde” da Constituição, desdobrando-se posteriormente nas leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 que concretizaram a implantação do SUS. A ampliação do conceito de saúde promovido por essas mudanças históricas implicou em modificações significativas nas formas de atenção à saúde que será expandida para além da cura e da reabilitação. Nesta perspectiva o cuidado aparece como uma estratégia associada à atenção básica em saúde.

O SUS tem como objeto a saúde que segundo Paim (2010, p.11) corresponde a um estado de vida, ou seja, uma maneira de se levar a vida, própria de cada caso e de cada indivíduo no seu processo de subjetivação; essa definição não se aproxima da forma como problematizamos essa questão aqui, pois entendemos que o SUS, enquanto política pública, faz parte de uma estratégia de governamentalidade que impõe uma identidade externa ao indivíduo segundo a qual ele deve ser conformado, e uma estratégia de totalização populacional, à medida que estabelece que tipo de população deve ser objeto de investimento. Trata-se também de um setor da economia onde se produzem bens e serviços. Serviços esses que se traduzem em práticas de cuidado que são engendrados por um conjunto de saberes que se baseiam em verdades científicas capazes de produzir subjetividades como efeitos de investimento.

Contudo na proposta de Paim (2010, p.12), na qual este identifica na saúde três dimensões a) estado vital; b) setor produtivo e c) área do saber, que podem ser tratadas separadamente, mas que se correlacionam intimamente e produzem discursos sobre a saúde e o cuidado de si. Vemos um elemento significativo para esta pesquisa, pois entendemos que esses discursos produzem formas de o indivíduo se perceber e se relacionar consigo mesmo. Na medida em que este coloca atenção em si mesmo, em vista de conformar-se à identidade produzida na âmbito da estratégia de governamentalidade. Neste sentido, uma pesquisa realizada no Brasil, no ano de 2003 é emblemática para ilustrar essa questão. Ao ouvir os sujeitos, usuários do SUS, foi identificado que as práticas mais necessárias para uma vida saudável estavam na dimensão de evitar:

- a) cigarro (76%);
- b) bebida alcoólica (64%);
- c) brigas e violência (45%);
- d) controlar a obesidade (34%);
- e) uso de alimentos prejudiciais à saúde (31%).

E deve-se promover:

- a) práticas de atividades físicas regulares (38%).

A estatística é trazida aqui como uma forma de apontar a efetividade de uma política pública, que ao demonstrar aos cidadãos de que determinadas práticas são necessárias acabam por fazê-los conformarem-se a uma identidade produzida fora deles mesmos. Identidade essa entendida como um dos elementos da governamentalidade, que implica justamente em produzir identidade fora do indivíduo, a qual ele deverá se ajustar e por meio da qual ele deverá ser reconhecido, esse é o processo de individuação. Essa produção acaba subsidiando formas de intervenção na saúde que vão engendrando práticas de cuidado que correspondem a uma dimensão do "fazer viver", ou seja, estratégias de investimento de produção de uma população, por meio de atividades mais úteis e dóceis, tornando-a mais saudável, longa e conseqüentemente mais ativa no que diz respeito à produção e ao consumo. Esta forma de análise foi proposta por Foucault (2002) quando este retoma a teoria do poder soberano vigente até o século XIX, e analisa a vida como produto do poder. O Soberano que detinha poder de vida e morte sobre o súdito, ao decretar a sua morte exercia poder sobre sua vida, "fazia morrer ou deixava viver". No século XIX o poder soberano foi modificado por um

poder inverso o de "fazer viver e deixar morrer". O poder disciplinar que mantinha o corpo vigiado, esquadrinhado, organizado, possibilitou a emergência do Biopoder e esta pode se implantar de uma forma interessante, tomando a vida como objeto político. Assim, o biopoder suplantou o antigo poder soberano e a vida das populações passou a ser gerida pelo Estado. Este em nome da proteção das condições de vida das populações protegia a vida de uns enquanto permitia a morte de outros tantos. Assim, o poder soberano que antes dispunha da vida individual, cedeu espaço para um tipo de poder que dispõe da vida das populações (FOUCAULT, 2002, p.305).

A forma que o Estado tem de intervir na vida das populações é por meio de políticas públicas que visam produzir determinadas condições de vida. Porém esse investimento se dá de forma estratificada, ou seja, só poderá sofrer as influências das políticas públicas aqueles que tiverem acesso a elas. Por isso que cada política é pensada em vista de uma determinada população sobre a qual se investe como forma de regulação. Assim, temos políticas que tratam desde a higiene das pessoas, a qual é operacionalizada através de programas educativos, até programas permanentes de prevenção de enfermidades crônicas. Assim, a formatação e a implantação de políticas públicas interferem diretamente nas questões econômicas e sociais, produzindo sujeitos mais saudáveis e longevos que, dentre outras coisas, direcionam suas escolhas para o interesse do mercado, do Estado ou das instituições. Seus sonhos, desejos, pensamentos não são mais seus, mas de uma população. Saúde, cidadania e política econômica, então, configuram-se como um modo de ser do SUS, na medida em que este é compreendido como uma política pública e uma forma de intervenção nas condições de vida.

No artigo 196 da Constituição, garante-se que o dever do Estado seria garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. [...]. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e aos agravos, compondo as políticas sociais. (PAIM, 2010, p.44).

Esse esforço do Estado em propor políticas capazes de formatar um corpo social saudável faz com que a cada ano vejamos na mídia um aumento significativo da divulgação de programas e agendas em saúde que incentivam os

indivíduos a desenvolverem práticas de cuidado de si, que lhes permitam viver por mais tempo sem necessidade de recorrer aos serviços mais complexos de saúde. Assim, como um documento do cotidiano, analisaremos uma propaganda veiculada pelo Ministério da Saúde nas principais emissoras de TV no ano de 2009 onde um homem aparece ao lado de um berço com um bebê e sua mãe e logo em seguida desaparece, uma voz diz: “a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens”; na sequência amigos em um carro, alegres, de repente ficam tristes e um desaparece, e a voz continua: “a cada 5 mortes de pessoas adultas, entre 20 e 30 anos 4 são de homens”; outro grupo de amigos, vendo fotos antigas, ficam tristes enquanto um deles desaparece, e a frase completa: “homens vivem em média 7 anos a menos que as mulheres”; Então, vem o fechamento: “sabe porquê? Por que o homem não cuida da própria saúde; homem que se cuida não perde o melhor da vida”. Esse texto constitui-se em um discurso da saúde e gera um conjunto de verdades, as quais por sua vez são capazes de produzir determinados tipos de sujeitos e acabam por engendrar determinados tipos de cuidados, baseados na técnica e na lógica de governo da vida da população, chamada por Foucault (2010c) de biopolítica, onde não está mais em jogo um direito de vida e de morte sobre os indivíduos, caracterizador da teoria clássica da soberania e que se traduzia, concretamente, pelo poder do soberano em “fazer morrer e deixar viver”. Com a tomada da “vida” como objeto de agenciamento do poder na biopolítica, a época moderna opõe ao velho direito de vida e morte da soberania um outro direito ou, antes, um poder de “fazer viver e deixar morrer”. Portanto, a biopolítica, que se tornou a forma de exercício do poder nos Estados modernos, ao sobrepor vida e política, estabelece qual a modalidade da população que deve ser cuidada, estimulada e multiplicada.

Assim, em vista de tornar a vida como um objeto cada vez mais contundente do poder, podemos dizer que a biopolítica produz verdades fundamentalmente em duas dimensões, os determinantes socioambientais ao estabelecer preceitos sobre boas condições de vida, educação, atividade física, lazer paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável, entre outras, atuando dessa forma sobre o que Paim (p.46, 2010) chamou de “causa das causas”, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida; e a segunda seria a proteção da saúde, reduzindo ou eliminando os riscos, por meio de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de

cinto de segurança nos veículos, distribuição de camisinhas para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas.

Com isso vemos uma concepção de saúde não mais restrita à dicotomia de presença ou ausência de patologia, incluindo questões socioculturais, as quais são consideradas como potencialmente de positivas a agravantes da situação orgânica. Essa atividade de busca da causalidade patológica (ainda que para além do determinismo biológico isolado de seu meio) parte das instituições e discursos da saúde, no qual o saber médico, aliado a instruções educativas e à estatística, configura-se às demandas da contemporaneidade.

3.2 O SUS NUMA EXPERIÊNCIA LOCAL: A UBS SÃO FRANCISCO

Este Centro de Saúde foi criado aos 06 de janeiro de 1980, de propriedade da Missão Franciscana (MIFRA) e está localizado numa região periférica de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. A Missão Franciscana, ao fundar essa obra tinha como principal propósito o atendimento aos hansenianos, que ao buscarem tratamento no hospital São Julião, referência para este tipo de tratamento, acabavam se instalando naquelas imediações.

Posteriormente essa obra passou a contar com a participação da Prefeitura de Campo Grande, configurando-se como uma unidade básica de saúde, oferecendo atendimento ambulatorial a doentes em geral dos bairros: Nova Lima, Jardim Anache, Jardim Columbia, Campo Belo, Vida Nova I, II, III e IV, Vila São Pedro, bairros de periferia onde as condições sócio-econômicas são precárias. Além da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde Pública-SESAU, conta com o apoio financeiro externo vindo da Alemanha e funciona o ano todo de segunda-feira à sexta-feira das 7h às 17h.

A Missão Franciscana (MIFRA) colabora financeiramente, com contratação de pessoal e cessão do espaço físico. Sete funcionários são contratados pela MIFRA, 32 trabalham pela Prefeitura, sendo sete médicos, três enfermeiros, sete odontólogos, quatro técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de

consultório dentário, um bioquímico, um ajudante de operações, um farmacêutico, três seguranças, além dos 40 agentes de saúde que visitam os usuários atendidos no Centro de Saúde.

O Centro de Saúde hoje atende a todos os segmentos e atua nas áreas de assistência social e saúde. Atende aproximadamente a 15.500 pessoas por mês, totalizando 186.000 por ano. Destaco que a possibilidade do acesso a esses números indica que há um esforço no sentido de produzi-los por meio de estatísticas que por sua vez se constituem como uma estratégia de governamentalidade e apontam para a regulação da vida da população.

Os trabalhos desenvolvidos no Centro de Saúde são de suma importância para os hansenianos e população do bairro Nova Lima e regiões adjacentes, que podem contar com os diversos atendimentos que são realizados diariamente por profissionais especializados em fazer os mais variados procedimentos. O Centro de Saúde possui a maioria dos programas do Ministério da Saúde, com prioridade para o programa de hanseníase, e é um dos centros de referência no município para este tipo de atendimento.

Além de proporcionar o atendimento básico em saúde com ênfase na educação e prevenção, é um espaço físico que a comunidade usa para diversas atividades. A população conta também com os serviços de psicologia, atendimento personalizado, escuta psicológica e encaminhamentos aos CAPs (Centro de referência de Atendimento psicossocial) e psicoterapia breve, que realiza uma média de 400 atendimentos por mês.

Essa prática do investimento na atividade de psicologia enquadra-se na dimensão preventiva do atendimento oferecido na UBS, bem como, na dimensão educativa. Se há um investimento em atendimento psicológico e, partindo-se do pressuposto de que tal atendimento se faz possível recorrendo a um objetivo, qual seria? Produzir um sujeito apaziguado, saudável, integrado, capaz de fazer opções fruto de uma liberdade pessoal, mas uma liberdade vigiada, cuidada por outros, em um sistema, a fim de que esse indivíduo demandasse menos para o serviço da UBS. O que fará eco logo mais adiante na fala das funcionárias da recepção que apontam o fato de que muitos pacientes buscam a UBS com queixas que são interpretadas pelos trabalhadores da UBS, conforme identificado nas entrevistas, de sentir-se acolhidos, falar da vida, sentirem-se cuidados, fugir da solidão, e não por queixas orgânicas. Desta forma, a prática de atenção psicológica garante a produção de um

sujeito menos carente de atenção e afeto como descrito pelas trabalhadoras, alterando assim a forma da demanda à unidade a fim de reduzi-las numericamente o que pode ser usado como uma justificativa de efetividade das ações dessa política de atenção à saúde. Assim, a política gera números e os números corroboram a política.

Nesta mesma lógica de análise veremos a seguir algumas estatísticas que nos ajudarão a perceber melhor o impacto das políticas engendradas no âmbito desta unidade de saúde, em vista da produção local de uma população saudável, ou seja, compreendida como governada em uma estratégia de controle amparada nos discursos da saúde, nas quais os mecanismos de cuidado se prestam a táticas produtoras desse objetivo.

ESTATÍSTICA DOS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS NO ANO DE 2011 NO CENTRO DE SAÚDE SÃO FRANCISCO				
MESES	ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	ATENDIMENTO MÉDICO	ATENDIMENTO LABORATÓRIO	ATENDIMENTO ENFERMAGEM
Janeiro	410	1.946	706	770
Fevereiro	459	1.772	736	636
Março	765	2.342	668	478
Abril	512	1.742	738	211
Maio	806	1.977	729	498
Junho	591	1.674	411	610
Julho	704	2.091	565	692
Agosto	602	1.851	591	148
Setembro	502	1.809	634	130
Outubro	704	1938	621	208
Novembro	663	2331	864	180
Dezembro	503	1610	419	124
TOTAL	7.221	23.083	7.682	4.685

VACINAS FEITAS NO ANO DE 2011			
Janeiro	521	Julho	1.218
Fevereiro	396	Agosto	978
Março	1.267	Setembro	463
Abril	2.201	Outubro	578
Maio	2.728	Novembro	954
Junho	2.068	Dezembro	339
TOTAL 13.711			

PROCEDIMENTOS DE NÍVEL MÉDIO				
Meses	Atendimento PACS	Curativos	Inalação	Injeção
Janeiro	1.577	1.459	210	153
Fevereiro	1.615	1.334	102	157
Março	4.043	1.502	228	196
Abril	4.561	1.467	168	100
Maio	2.022	1.516	146	160
Junho	2.514	1.450	198	128
Julho	1.988	1.498	140	154
Agosto	1.325	1.545	212	198
Setembro	2.507	1.462	135	165
Outubro	2.542	1.520	62	93
Novembro	2.726	1.450	67	152
Dezembro	2.151	1.513	110	130
Total	29.563	17.716	1.778	1.786

Mais uma vez o procedimento estatístico nos chama a atenção. A que eles se prestam, senão a tornarem-se argumentos em vista da manutenção da concepção estratégica de governo da vida, em vista da produção de uma população saudável, longa e pacificada. A estatística é um saber que a biopolítica se utiliza para governar as populações (FOUCAULT, 2008b). Os dados numéricos apresentados demonstram a efetividade da política, não é isso que questionamos. Mas o que eles propõem? Certamente a necessidade de continuidade desta mesma prática em vista de sua ampliação até que ela seja capaz de atingir o maior número possível de sujeitos daquela regionalidade. E o que torna isso relevante para essa pesquisa? O fato de termos aqui um indicador do exercício de poder, pela governamentalidade, capaz de produzir uma população saudável, fomentada pela bio-regulamentação do Estado, formada por sujeitos saudáveis que correspondem adequadamente às demandas do mundo contemporâneo, que propõe a produção de saúde por meio de práticas de cuidado, tornando essa relação não só possível, como necessária para o âmbito da saúde. Assim o cuidado que emerge das modificações produzidas no âmbito das lutas sociais que viabilizaram a criação e implantação do SUS, que o associaram à saúde na atenção básica, criaram as condições para que saúde e cuidado, que historicamente não eram considerados correlatos, hoje tornam-se quase sinônimos.

Na sequência veremos estatísticas que operam um deslocamento do tema da saúde para a assistência, contudo esse deslocamento produz uma

estratégia de dizibilidade da saúde por meio de ações assistenciais que acabam por ampliar a noção de cuidado para além de uma atuação específica no âmbito da terapêutica, produzindo um tipo de cuidado baseado na atenção às necessidades sociais e viabilização de processos. Isso, agrega mais um elemento na discussão do tema da saúde, a questão social como estratégia de cuidado e de produção de subjetividades, no caso, uma subjetividade independente, que possa tornar-se produtiva socialmente, capaz de fazer-se cargo de si mesma e desonerando as instituições que viriam a ser suas demandantes por parte de cuidados específicos, essa afirmação se justifica pela lógica das políticas públicas que visam intervir nas formas de produção e consumo, orientando as escolhas dos indivíduos para os interesses do mercado, do Estado e das instituições.

A assistência torna-se importante no processo por ser aquela que faz a saúde chegar aos que não podem acessá-la desde a sua condição social. Nessa lógica o pobre, o marginalizado constituem a população que permanece à margem do desenvolvimento, mas mesmo assim precisa ser alvo de políticas assistenciais em vista do controle do seu ócio, para manterem-se saudáveis minimizando seu perigo para a estabilidade do Estado e garantindo minimamente suas condições de consumo.

MOVIMENTO DA SAPATARIA - Adaptação de Incapacidades	
Materiais doados	Pares
Palmilha simples	120
Palmilha calcanhar	14
Palmilha Arco Interno	00
Barra Metatarsiana Externa	04
Barra Metatarsiana Interna	08
Aparelho Dorciflexor	00
Meias doadas	00
Tênis doados	42
Total	188

VEÍCULO USADO PARA A LOCOMOÇÃO DOS INABILITADOS E IDOSOS	
	Quantidade de pessoas
Quantidade de pessoas transportadas até o Posto	686
Quantidade de pessoas transportadas até sua casa	680
Quantidade de pessoas transportadas até os hospitais, laboratórios	520
Total	1.886

Os dados acima são referentes às práticas assistenciais produzidas na UBS São Francisco. Esses números indicam a necessidade de a governamentalidade estabelecer estratégias de controle dos indivíduos, em vista de sua conformação com a lógica de produção e consumo. Ainda que esses indivíduos não reúnam as condições para serem associados ao tipo de população no qual pretende-se investir, ainda assim precisam ser controlados para manterem-se saudáveis e não representarem um risco para o governo.

Esses elementos apontam para o resultado de uma governamentalidade exercida no âmbito da saúde que indicam o investimento feito em um determinado tipo de população que usa como estratégia fundamental o cuidado associado à saúde que por sua vez, só foi possível dentro de um momento histórico que se produziu a partir de mudanças significativas na função da saúde e do cuidado na estratégia de governamentalidade.

3.3 GOVERNAMENTALIDADE E SUS

O neoliberalismo, tomado como uma racionalidade política de governo, relaciona-se intimamente com os processos de produção de maneiras de pensar, agir e viver. Em oposição à estratégia de governo liberal, a qual o antecede, o neoliberalismo passa a aparecer nas práticas discursivas com uma proposta de redução da atuação estatal em vista do aumento de formas não -estatais de investimento nas políticas de saúde, na medida em que se serve da racionalidade de controle das populações não atendidas pelo liberalismo, uma vez que a lógica do capital é injusta e agravadora de desigualdades econômicas em determinados setores da sociedade. Os operadores do controle social se diluíram para além do domínio do Estado. Essas populações devem, para manter o sistema que favorece o burguês no liberalismo, ser domadas, transformadas de potenciais revolucionários em funcionários mal pagos, relativamente eficientes, tornados eficientes e dóceis.

Dessa forma, o neoliberalismo se configura como uma estratégia onde a produção e o consumo devem ser livre e a população precisa ser controlada.

Essa estratégia de governamentalidade constitui subjetividades através de produção de condutas na população atendida. A política de saúde parte de uma estratégia a qual compreende que, ainda que se pretenda fomentar por um governo

de populações, são esses sujeitos, atendidos pela UBS que, na relação consigo, vão performar essas formas de cuidado. Diante disto podemos dizer que ela pode ser compreendida como um projeto contemporâneo de investimento na vida.

Na lógica neoliberal na governamentalidade, o sujeito é constituído basicamente como capaz de mensurar quais tipos de investimento ele deve fazer em si mesmo, em vista do cuidado com sua própria vida, administrando-a com responsabilidade. Trata-se basicamente de fazer as escolhas certas para a própria vida.

Essa forma de governo da vida, estabelece-se como uma arte de conduzir as condutas dos indivíduos, ou seja, essa modalidade de poder, age sobre as ações possíveis, estabelecendo um campo de possibilidades como princípio das performances dos sujeitos envolvidos na política de saúde. Assim, podemos recorrer à liberdade para pensarmos a governamentalidade. Ela é identificada como efeito das ações, ou seja, os sujeitos são livres quando agem, e suas ações podem estar limitadas dentro de um campo de possibilidades ou como formas de rompimento com esse campo, estabelecendo para si outras formas de ação. Essa concepção se difere daquele que entende que as ações livres só podem emanar de um sujeito já livre. Assim sendo, podemos dizer que, na proposta foucaultiana, não opera a liberdade em si, metafísica, mas o que opera são as práticas de liberdade, as quais podem produzir formas de se governar, mas também limitar e resistir ao governo de outro.

O cuidado da vida e sua proteção são, assim, pensados não como atribuições do Estado, mas algo situado na esfera das decisões, escolhas e responsabilidades exercidas de forma livre pelo indivíduo. Fazendo-os colocar como possibilidade escolhas em prol de sua saúde ou de sua vida, mas percebe-se os limites dessa liberdade ao levar-se em consideração que suas ações podem ser moduladas se forem mudadas as variáveis do campo de possibilidades no qual ele vive.

As relações de si passaram a ser alvo da governamentalidade pelo interesse do governo de condutas de uma forma que não precisasse passar pelo oneroso controle individual um a um, mas podendo recorrer à uma estratégia através, na saúde, das orientações de cuidado operadas pelo sujeito, tirando do médico o protagonismo nessas performances de saúde.

Vemos aqui uma inversão do cuidado de si greco-romano. Segundo Foucault (2010d) Kant critica em seu texto "o que é o iluminismo?" que o homem coloque no lugar do seu próprio entendimento o entendimento de uma fonte, no caso da saúde, no médico. Isso porque na Grécia antiga a função das direções de conduta era em situações pontuais, permitir que o sujeito dê seguimento a sua prática de cuidado sobre si. Assim, naquele tempo, haviam como que médicos, mas esses tinham uma função e presença temporária, de forma que se compreendia que cada cidadão era senhor de seu corpo, não recorrendo a normas externas, científicas. Atualmente, no cuidado de si contemporâneo, o saber é considerado, de certa forma, na posse do médico, ao qual o sujeito doente recorre para um saber de si que não lhe pertence de todo. Isso é possível de ser pensado a partir da moderna forma de objetivação do homem pelo seu biológico em um formato que associa o funcionamento do corpo humano à uma máquina. Uma vez tornado objeto de um saber mecanicista, o homem deverá recorrer a esses conhecimentos estruturados cientificamente, os quais serão um dos saberes a compor sua pragmática sobre si. Esse cuidado de si, na tentativa de atingir a liberdade, não escapa do discurso científico sobre a saúde e higiene do homem. Pois, esse discurso é o que viabilizará o aparecimento de práticas de cuidado com o próprio corpo, em vista da produção de uma identidade externa ao indivíduo, à qual ele deverá se ajustar e pela qual ele passará a ser reconhecido, ou seja, o discurso produzido no âmbito da saúde aponta para a necessidade de observância de certos cuidados consigo em vista da produção do sujeito que precisaria se conformar à identidade produzida pela governamentalidade na saúde, o sujeito saudável. Pode-se concluir isso a partir da manutenção de certos enunciados do modelo biomédico os quais persistem, compõem junto, às problematizações produzidas no âmbito do SUS.

Para escapar de uma abordagem metafísica pode ser conveniente recorrer à materialidades para ser objeto de análises, isto é, considerar os acontecimentos em seu momento histórico, não ampliando assim o campo de análise indefinidamente. Por isso, optou-se por recolher falas de dez sujeitos (entre usuários e trabalhadores da saúde) na UBS já apresentada, em vista de encontrarmos as estratégias de cuidado produzidas por um tipo de discurso na saúde, o qual constitui os sujeitos envolvidos com essa instituição. Isso porque esses sujeitos foram produzidos por práticas de cuidados engendradas no âmbito da UBS São Francisco. Lembrando que isso se tornou possível pois a proposta desta

investigação foi, ao passar por alguns momentos históricos pontuais, descobrir como as práticas de cuidado se produziram, não em vista de fazer um resgate histórico, mas para vislumbrar as possibilidades de emergência destas práticas que nos permitirão colocar em análise as práticas contemporâneas. E dado o percurso desta pesquisa, as falas só poderiam só dos sujeitos produzidos no âmbito desta UBS, pois dentre as várias possíveis ela é a única que reúne as condições materiais que queremos colocar em análise, a saber, é fruto de uma parceria público - privada na qual se circunscrevem Estado e Missão Franciscana o que faz essa UBS operar com a lógica da governamentalidade mas também se faz presente uma lógica religiosa na produção das subjetividades implicadas em seus processos. Por sua vez o que garante esse processo de produção é o caráter performativo dos discursos, na medida que se lhes compreenda como produtor de realidades, na medida em que são ações que tem um potencial gerador de nova condutas e não meramente mantenedores de uma ordem geral.

Como partiremos de falas, seria válido empreender uma retomada das condições que possibilitam aos discursos serem tomados como práticas, bem como o processo histórico sobre o qual articulamos uma reflexão acerca de saúde e práticas de cuidado.

3.4 O GIRO LINGUÍSTICO E A PERFORMATIVIDADE DA LINGUAGEM

Um dos grandes acontecimentos que servem como Marco referencial para a pesquisa em ciências humanas é o chamado “giro linguístico” do qual um dos precursores é o filósofo Wittgenstein. Esse filósofo é comumente tomado como primeiro e segundo Wittgenstein, dado a oposição diametral existente entre suas duas principais obras. Seu primeiro livro chama-se “Tractatus Lógicus Filosóficus” e se propõe a apresentar o mundo de acordo com uma linguagem lógica que pudesse estabelecer o que podia e o que não podia ser dito, de maneira que, dentre as coisas que não podiam ser ditas, a metafísica seria a mais evidente. É dessa obra a célebre frase de que a “linguagem tem os limites do pensamento” e “ [o que] não pode ser dito deve ser calado” (HINTIKKA; HINTIKKA, 1994). O problema é que nessa filosofia, nada de realmente significativo sobre o mundo pode ser dito, pois a linguagem está colada com o mundo e uma proposição verdadeira deve se mostrar

verdadeira na verdade das partes que a constituem, segundo HINTIKKA (1994) essa formulação levou às últimas consequências o pensamento kantiano sobre os limites do conhecimento ou ainda sobre a incognoscibilidade das coisas em si mesmas, o que ele chamou de *nous*, fazendo a linguagem ficar restrita ao fenômeno, ou seja, das coisas em relação com a nossa percepção.

O segundo Wittgenstein muda radicalmente essa lógica, na obra póstuma “Investigações Filosóficas” a relação entre a estrutura da proposição e o fato não determinam exclusivamente a significação da linguagem, as circunstâncias do uso da linguagem ganham notoriedade nesta nova formulação, dando espaço para aquilo que foi chamado pelo autor de “jogos da linguagem” (MORENO, 2002, p.55).

Nesta nova postura, pensamento, linguagem e sentido não possuem mais uma correspondência estrita, a exterioridade, ou seja, o contexto de uso da linguagem recebe a tarefa de engendrar os sentidos das palavras. Não existe mais um sentido oculto, colado à palavra, mas é seu uso que determina o sentido que ela terá.

Essa nova filosofia da Linguagem chamou a atenção dos filósofos da linguagem de Oxford, entre eles Austin. Esse autor, se valendo das idéias desenvolvidas por Wittgenstein no que tange o papel da exterioridade na conformação dos sentidos das palavras, leva esse pensamento para o campo da pragmática e desenvolve a teoria dos atos de fala, que trata do caráter performativo da Linguagem, tornando-se assim “referencia obrigatória de qualquer forma de pragmática da linguagem” (CERVONI, 1989, p.21).

O contexto ganha um caráter eminentemente ativo no acontecimento da interlocução, não sendo mais considerado como uma mera circunstância, “no ato da comunicação o contexto fala, para dar sua opinião sobre a verdade das proposições (BERRENDONNER *apud* CERVONI, 1989, p.29).

A célebre formulação de Wittgenstein “não pergunte pelo sentido das palavras, pergunte por suas condições de uso”, que expressa a importância do contexto no processo de significação é notável na obra de Austin (1990,1998). Quanto ao caráter performativo da linguagem, é interessante como esse tema se faz presente em determinados ritos e em determinadas manifestações religiosas.

Os ritos também são revestidos desta mesma possibilidade, e obedecem aos mesmos preceitos da pragmática da linguagem preconizada por Austin, ou seja,

no lugar certo, com a pessoa certa e com as palavras certas os ritos conformam realidades, numa clara demonstração da performatividade da linguagem.

Essa característica da linguagem também influenciou Foucault e o fez analisar as relações existentes entre o dizer e fazer, por meio do que ele chamou de práticas discursivas. No livro “As Palavras e as Coisas” (2007), ao analisar as mudanças ocorridas nos saberes na passagem do século XVIII para o Século XIX, ele promove uma rachadura entre a Palavra e a Coisa, pois a partir de sua análises considera que a palavra não é a coisa e nem, como propusera Platão, a palavra representa uma coisa que existe em si e que seja verdadeira em si. Para ele a palavra cria a coisa, institui. A linguagem é formada por discursos e estes a colocam em movimento, assim os discursos possuem o caráter de constituir os objetos dos quais falam. Por isso, a análise do discurso não parte da relação sujeito – objeto, porque ambos não existem enquanto não houver um discurso sobre eles, por isso “somos seres de linguagem e não seres que possuem linguagem” (FOUCAULT, 2007).

Mais uma vez, buscamos um rompimento com o horizonte ontológico no qual o Ocidente se organizou, onde o sujeito diz e remete as coisas a si, colocando-se como centro e doador de sentido. A importância deste deslocamento em nossa pesquisa deve-se à consideração que o sujeito não tenha uma essência constante e universal, mas que sua subjetividade é produzida por estratégias diversas, procedimentos de governo que serve à estratégias de poder, o que atualmente pode ser relacionado com a governamentalidade, posto que o papel do Estado com as mudanças com o modelo do liberalismo e neoliberalismo se alterou. As populações não deixaram de ter uma regulação apenas por o Estado ter se deslocado do papel de centralidade do controle. Assim, é justamente essa centralidade do sujeito que rejeitamos, aqui o sujeito não diz nada enquanto não houver um discurso sobre ele. Uma vez que o movimento genealógico no qual Foucault (1997) opera, ao recorrer às lutas e recusar o consenso, na análise de falas em conflito, em contradição, se aproxima de sua arqueologia (FOUCAULT, 1997) na análise de discurso da forma que ele assume, isto é, a partir dos enunciados, uma vez que, para ele, o discurso é considerado não enquanto uma unidade, mas como práticas que não são livres de incoerências, e que se operam por sujeitos em luta ou processos de negociação.

O trabalho fundamental, e nada fácil, desse tipo de análise é ficar, ou pelo menos fazer um esforço para isto, no nível das palavras, das coisas ditas, e não na

busca de um sentido oculto, velado, estático e petrificado. Mais uma vez, é no uso das palavras que os sentidos se constroem.

[...] gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. [...] não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. (FOUCAULT, 1997, p.56).

Na “arqueologia do Saber” (1997), Foucault propõe que a análise deve buscar os elementos que formam os discursos e que não estão ligados por nenhuma unidade a priori, assim, deve-se buscar as regras de formação dos discursos, que são fundamentalmente uma dispersão. Essa trajetória investigativa, em minha pesquisa, assume o eixo cuidado-saúde-sujeito. A partir da análise arqueológica dos discursos com os quais os mecanismos da saúde operam, para, em seguida, compreendermos a produção de condutas nos sujeitos envolvidos, utilizar-se-á de uma reflexão genealógica. A análise arqueológica deve ser compreendida como condição de possibilidade para a reflexão genealógica na trajetória do autor desta metodologia. A genealogia, portanto, deve ter como objeto de análise práticas que são consideradas em uma abordagem linguística, ainda que contendo a materialidade (não de fatos e evidências, mas de acontecimentos e problematizações, não só possíveis como de fato proferidas) que sua noção de enunciado permite considerar.

O discurso, assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos. (FOUCAULT, 1997, p.61-2).

Assim, o conceito de práticas discursivas não significa uma mera expressão de ideias, formulações ou conjecturas, antes é um ato que se rege por determinadas regras e que expõe, à medida que se manifesta, as relações que se dão dentro de um determinado discurso.

[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 1997, p.136).

Desta maneira, analisar as falas colhidas de usuários e trabalhadores do SUS, as quais são constituídas pelas práticas que nos interessa levar em conta, significa entender as relações que se dão no interior de cada uma delas, identificando quais são os regimes de poder e de verdades que se engendram e que estabelecem o sujeito como sujeito da fala, ou ainda, como sujeito para a saúde, constituído por meio de práticas de cuidado.

3.5 SAÚDE

Em vista da proposta de investigarmos a constituição do sujeito na saúde na contemporaneidade recolocando o tema da governamentalidade e da biopolítica como questões contemporâneas associadas ao investimento na produção de determinado tipo de população. Buscamos demonstrar como o cuidado foi se modificando ao longo da história até ser associado na contemporaneidade ao campo da saúde. Por conta desta articulação nos pareceu oportuno dedicar um tópico à questão da saúde a fim de demonstrar a relevância deste tema, porém articulado às práticas de cuidado que é nosso foco de trabalho.

Para Batistella (2010) a saúde é comumente definida pela via negativa, ou seja, pela ausência de doenças e enfermidades, como se doença e saúde se tratassem de realidades distintas e diametralmente opostas. Essa lógica está difundida no senso comum, mas não está restrita a esse campo de saber. Muitas pesquisas científicas já foram produzidas tomando essa lógica como fundamento. O que explica essa prevalência é um certo discurso biomédico que propõe o corpo como uma máquina que precisa estar em harmonia, onde qualquer interferência representa um problema a ser extirpado. Assim, a dualidade saúde e doença é tomada como um objeto da ciência médica cientificista que propõe a produção da primeira e o controle da segunda.

Nesta perspectiva dicotômica, na qual saúde e doença aparecem como fenômenos tornados isolados, podemos dizer que a doença se configura conforme os usos que dela se faz em determinados contextos históricos. A guisa de ilustração, Scliar (2007) retomou o momento histórico onde a masturbação era entendida como uma enfermidade, e o indivíduo deveria receber um tratamento adequado restrito à dietas em casos mais brandos, pois uma das consequências da masturbação seria a desnutrição, ou até mesmo choques ou imobilizações do corpo em casos mais “graves”. Outra situação interessante de “criação” de determinadas doenças, foi a categorização de uma doença mental chamada “drapetomania” que era o desejo de fuga dos escravos e a “disestesia etiópica”, que era a falta de desejo de trabalhar, para ambas o tratamento era o açoite. Com isso vemos que o saber médico foi imposto aos sujeitos cujos saberes eram ignorados, a entender, os escravos. Essa abordagem das ações dos escravos como um problema moral só foi possível em um uso domesticador do poder científico contra esses sujeitos. Nesses exemplos, se vê o que Foucault (2002) descreve como o racismo na governamentalidade. Nesse exemplo, ainda que se veja uma postura disciplinar, já vemos o uso de argumentos científicos para a normalização dessas populações, característica da governamentalidade. Vê-se aí o investimento que se quis fazer nessa população escrava, não um investimento humanístico de valorização, mas um investimento econômico em favor da propriedade dos senhores. De certa forma, vê-se nesse contexto o uso da saúde na normalização de condutas, o que se torna interessante para nosso estudo, pois mesmo que ainda não seja contemporaneamente, já vemos uma certa prática de produção de sujeitos pela via da saúde.

Em um outro momento da história, engendrado pelo romantismo alemão, Scliar (2007) aponta para o fato de que a doença seria um sinal de status, ou seja, era muito comum que poetas e compositores viessem a morrer de tuberculose, então era desejável ter uma morte parecida. A saúde era secundária e até dispensável. Com isso, pode-se demonstrar, recorrendo à história no período do romantismo, que nem sempre o afastamento da doença foi algo que os sujeitos operaram nas práticas cotidianas. Assim, o papel que a doença ocupava nos discursos é variável e não universal. Como na contemporaneidade com a biopolítica a vida se torna um objeto político, a situação atual de recorrer ao bem comum para justificar as intervenções sobre a vida dos sujeitos de forma mais abrangente no sentido de classes sociais antes fora da população atendida por essas políticas, se

justifica que a atual política situe a vida e a saúde em uma posição desejável a todos, de certa forma impostas a todo e qualquer um, mas que na verdade tem um percurso histórico que atingia apenas as elites, portanto a universalização não é garantida pelos mecanismos que a viabilizam, ao menos não tanto quanto os discursos recorrem a elas para fundamentar seu formato. Portanto, esse é o quadro atual no qual a valorização universal da saúde tem uma função e uso específicos e não apriorísticos.

Com isso, podemos propor que não existia um consenso sobre o que era saúde, para que se chegasse a isso era preciso que as Nações do mundo estabelecessem o que era a saúde. Assim, após a segunda Guerra Mundial, entendeu-se que era preciso criar mecanismos e órgãos internacionais de controle e onde fosse possível estabelecer um diálogo multicultural. Para isto foram criadas a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta última em 7 de abril de 1948, publicou a carta de princípios, nesta carta fica estabelecido que a saúde é: um estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

Esse conceito é descrito como um esforço de definir a saúde pela via positiva, mas de novo este intento foi considerado como aquém do esperado, como uma crítica epistemológica de uma definição insuficiente de saúde. Mas, como nesta pesquisa, não estamos em uma empreitada de chegar a uma definição completa e universalizável de saúde, não faremos o tipo de crítica que Foucault (Ordem do discurso) diferencia de seu trabalho genealógico, na medida em que não se trata de culminar em uma definição incontestável, mas de considerar as relações de poder que compõem as definições historicamente proferidas por sujeitos nunca considerados neutros, ainda que o afirme, mas em jogos de lutas e negociações que os englobam. A esse respeito, Dejours (1982) proferiu uma palestra para trabalhadores, na qual ele estabelece como princípio para a discussão a dimensão individual do tema da saúde. Ou seja, saúde sempre se refere ao indivíduo. Esse posicionamento, ao nosso ver já é uma forma de crítica ao esforço de se buscar uma definição ampla e universalmente aceita sobre o que é saúde. Por exemplo, na definição da OMS, a pergunta feita por Dejours é: o que vem a ser estado de bem-estar e conforto? É uma realidade da qual se tem uma intuição, mas que não é possível definir de maneira definitiva. A segunda crítica é de que um estado completo e perfeito de bem-estar não existe, isso porque, recorrendo à fisiologia,

pode-se dizer o organismo não é estável, está sempre em movimento, sempre mudando, então a variabilidade é um dos elementos constitutivos do organismo.

Assim, o que pode ser bem-estar para um, pode não ser para o outro. Ou ainda, o que é bem estar agora, pode não o ser mais em outro contexto e circunstância. E ainda, seria possível estar satisfeito com tudo, de uma maneira perfeita, em todas as dimensões da vida? A resposta seguramente é não. Então, de acordo com o conceito da OMS estamos todos doentes. O que daí se desprende é que os conceitos são produzidos historicamente e sempre respondem a um fim e o trabalho que talvez se faça interessante é pensar nas condições que tornam esses discursos possíveis. Desta forma, o texto de Dejours (1992) aponta para a possibilidade de se colocar em análise a tentativa de definir a saúde com um conceito de validade universal.

Entendemos que esse conceito representa um anseio histórico, pois segundo Scliar (2007) ele foi reflexo dos anseios despertados pelos movimentos sociais no pós-guerra, onde lutava-se pelo fim do colonialismo, com o objetivo de garantir uma vida plena para todos sem privações de nenhum tipo. Essa nova estratégia, na qual se inserem os organismos internacionais, criou as condições para a emergência de um discurso que torna a saúde como um campo de abrangência totalitária. Essa proposta foi desenvolvido por Lalonde, ministro da saúde e do bem-estar do Canadá (LALONDE *apud* SCLIAR, 2007). Então o poder gera um novo saber, que engendra um novo campo, o da saúde, que abrange quatro dimensões: a) biologia humana; b) meio ambiente; c) estilo de vida e d) assistência, que atuam sobre o conceito de saúde. A biologia tomada como forma de controle das populações é uma estratégia biopolítica, que se propõe a investir na vida e torna a vida um elemento político. A forma de investimento é decidida em vista do tipo de saberes que emergem junto com a lógica de população como a estatística, a economia a demografia. E isso vai produzindo discursos que capazes de produzir formas de o indivíduo se pensar a si mesmo, modificar as relações consigo e se subjetivar e daí a relevância deste tema para este estudo.

A instauração de um campo da saúde levou a necessidade de formas especificadas de intervenção na vida dos indivíduos, ou seja, desenvolvimento de técnicas de controle da saúde, formas de produção de saúde. Neste campo as políticas públicas de saúde ganham um espaço significativo e operam com a concepção de que saúde é um “estado” a ser produzido pelo conformação e controle

dos corpos. Nesta perspectiva, a medicina biomédica, como já problematizamos, ganhou um espaço significativo. Porém, como já dizia Foucault (1979) “onde há poder, há resistência”.

Esta resistência de que falo não é uma substância. Ela não é anterior ao poder que ela enfrenta. Ela é co-extensiva a ele e absolutamente contemporânea [...] não coloco uma substância da resistência face uma substância do poder. Digo simplesmente: a partir do momento que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa. (FOUCAULT, 1979, p.241).

Nesse sentido, os movimentos sociais e a reforma sanitária de 1970 foram uma forma de resistência à política pública que propõe um conceito de saúde produzido no âmbito do saber biomédico. Buscava-se uma ampliação do conceito e consequentemente uma reforma nos modelos de atenção. Isso produziu um deslocamento no exercício da política de saúde, pois, como já anunciamos, a história não é linear e causal, e não há um avanço e desenvolvimento constantes, mas coexistências de continuidades que não podem sequer ser atribuídas a cada indivíduo, mas regras que são operadas pelos sujeitos, compreendidos não como uma unidade. Assim, o poder se metamorfoseia configurando novas realidades, inclusive fazendo com que coexistam formas de atenção à saúde pautadas por uma lógica pós-reforma e uma outra, pautada numa lógica pré-reforma, como no caso da UBS São Francisco, que opera desde a política de saúde, que é o SUS, mas que também precisa se ver às voltas com uma lógica de atenção herdada do modelo franciscano desenvolvido na idade média. E essa conjuntura de aproximação de normas diferentes (portanto, com pontos de aproximação e pontos de contradição) produz práticas que são específicas dessa localidade. Isso aparece na necessidade de relacionar no mesmo espaço de uma UBS, fruto de uma política de Estado laico, a presença constante de um sujeito religioso que opera como gerente da unidade; o espaço físico conta com uma capela dedicada a Nossa Senhora, a quem os doentes são convidados a se recomendarem em festas religiosas específicas celebradas no espaço físico da UBS; sem contar os rituais de bênçãos e práticas confessionais realizadas. Também, na própria história da UBS que nasceu especificamente como forma de atenção aos hansenianos, como herança da espiritualidade herdada da tradição franciscana.

Partindo dessa problemática local, podemos dizer que também o SUS, como principal produto das lutas sociais de 1970, ainda precisa se ver às voltas com uma lógica médica taxionômica que se pretendia como ultrapassada, pois, em uma crítica epistemológica era acusada de basear-se especificamente em um modelo de conhecimento que configurava objetos de análise tais como diagnósticos, especialidades, atendimentos de alta e média complexidade. Essa crítica ao modelo biomédico que culminou no SUS, foi uma luta de outros profissionais que não necessariamente da saúde, mas que tomaram a saúde como objeto. Portanto, diferentes sujeitos com diferentes abordagens, diferentes saberes, com diferentes posições no jogo de poder, alegou-se uma lógica biopsicossocial a superar com a promulgação da constituição de 1988 o modelo biomédico em seus conflitos epistemológicos em relação a questões sócio-psico-culturais que os novos discursos passaram a incluir no processo de constituição do sujeito a ser tornado saudável.

Para Franco e Magalhaes Jr. (2004), a assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade colocam os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) contra a parede e aos quais eles não conseguem responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Sem contar que estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde.

Essa demanda por procedimentos configura-se na lógica de que a saúde deva ser como algo a ser produzido por uma força externa (terapêutica) fruto de ações que independem dos indivíduos “pacientes”, a qual visa a ausência de enfermidades. A reprodução desse modelo marca também a atuação na saúde de determinados profissionais que lançam mão de exames e rotinas de maior complexidade do Sistema de Saúde desarticuladamente, de forma que, recorrendo a Foucault (2009b), aproximamos essas figuras médicas contemporâneas aos “intérpretes oníricos” da antiguidade clássica, na medida em que aqueles decifravam a verdade transpessoal, ao passo que esses, nesta nossa atual forma de articulação cuidado-saúde, decifram o usuário por meio de uma bateria de exames e diagnósticos, quanto mais complexos melhor, para descobrir a verdade do sujeito e lhe dar um encaminhamento terapêutico, ao qual ele deve seguir para tornar-se saudável, ou seja, produzir-se como sujeito saudável.

Nesta perspectiva podemos ver como esses profissionais receitam esses encaminhamentos focalizando o resultado desses exames que realizam, dando

ênfase para causalidades identificáveis pela alta-tecnologia diagnóstica, sem recorrer satisfatoriamente à parte dos cuidados socioculturais, culmina em certo modo de operar o trabalho em saúde, no qual Franco e Magalhães Jr. (2004) consideram como uma falta de solidariedade para com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário e aqui vemos um discurso sobre o cuidado na saúde.

Assim, a qualidade da atenção à saúde é associada, conforme identificadas nas falas dos sujeitos entrevistados, ao uso de insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas. Mas o programa do SUS foi composto tanto pelo modelo anterior, o biomédico, quanto pela crítica humanística, que, citando Franco e Magalhães Jr. (2004) que se localizam no humanismo, defende que no processo de trabalho na saúde prevalece o viés do modelo anterior ao qual a crítica humanística se opõe, mas coexiste, assume uma abordagem de um sujeito dicotomizado, a quem é negada uma história de vida, que é considerada pela crítica como também determinantes do seu processo de saúde e doença.

A partir desse panorama de luta entre esses dois campos (saber biomédico versus crítica humanística) compõe o que ficou preconizado no texto da constituição de 1988, no artigo 196, nas diretrizes do SUS. A integralidade, enquanto uma das diretrizes do SUS, articula e sintoniza várias estratégias de produção de saúde, sobretudo (na sequência vemos a presença do discurso humanístico crítico) na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde em relação com os usuários, individual ou coletivamente, fazendo com que a atenção estrita dos processos de adoecimento e seus sintomas seja ampliada para o acolhimento da história, condições de vida e suas necessidades de saúde, prática que objetivaria respeitar e considerar suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

Enquanto estratégia, o neoliberalismo preconiza uma redução do papel do Estado no controle da população capilarizando as estratégias de governamentalidade. A integralidade, nesse contexto, possibilita que as políticas de saúde tenham acesso a lugares antes inacessíveis para o Estado exercer práticas de controle, de forma que a população que passa a ser atendida pelos serviços de saúde, ligados agora à possibilidade que os serviços de assistência social permitem atingir, se torna alvo possível da política de produção de saúde, de formas de vida não só disciplinadas como regulamentadas, novos espaços para o "fazer viver", como novelas, propagandas, revistas etc. Isso cria as condições para a emergências

de novas práticas de cuidado vinculadas ao tema da saúde como estratégias de governo que viabilizam a produção do sujeito saudável como elemento de um tipo de população desejável, uma população controlada, saudável, livre para produzir e para consumir.

3.6 PRÁTICAS DE CUIDADO

Como já anunciamos acima as práticas de cuidado se inserem numa lógica da governamentalidade vinculada à saúde como estratégia de investimento na vida da população. Assim, a governamentalidade aplicada à questão da saúde gera procedimentos e práticas em termos de como os indivíduos oferecem ajuda e se autoajudam, cuidam de si mesmos. Então entende que a saúde é produto de uma dimensão bastante ampla de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000).

Ou seja, a governamentalidade vai interferir desde atividades que tratam do estilo de vida dos indivíduos até na maneira como elas se relacionam socialmente ou consomem produtos, e não apenas itens específicos das terapêuticas, das recomendações higiênicas e de prevenção. A governamentalidade capilariza-se em todas as dimensões da vida: de questões como limpeza, higiene, saneamento, até atitudes receitadas aos indivíduos, as quais estes precisam se conformar e cultivar. Dessa forma ela se insere na vida dos indivíduos promovendo formas de subjetividade que dão a essa saúde um determinado foco.

Nessa perspectiva, as práticas de cuidado são tomadas neste texto desde as falas recolhidas pelas entrevistas a usuários e trabalhadores da saúde, na experiência local da UBS São Francisco. Esta é a última fase de construção desta pesquisa, onde poderemos analisar as formas de produção da subjetividade na saúde na contemporaneidade, a partir da racionalidade neoliberal na governamentalidade, como maneira de exercício de um poder que toma a vida das populações como objeto, retomando dois elementos discursivos que podem ser encontrados na pastoralidade cristã, a saber, a totalização e a individualização,

convertidas na regulamentação/normalização (aproximadas por nós à totalização) a partir da imposição de uma identidade/individualidade (saudável) aos sujeitos (aproximadas por nós à individualização).

Segundo a perspectiva da governamentalidade, os modos de viver são produzidos historicamente dentro de certa normatividade, fazendo com que, a partir dessas recomendações advindas de contextos diversos, possamos compreender as condutas e/ou subjetividades não a partir de uma liberdade individual ou coletiva, nem simplesmente determinada por uma moral heterogênea do sujeito saudável, mas determinadas por normatividades locais, capilarizadas em formas diversas de controle que criam novas possibilidades, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida dos sujeitos na saúde.

Essa forma de compreender os modos de viver de um sujeito saudável como estratégia que configura possibilidades de vida para a população indica que a governamentalidade pode ser pensada, na perspectiva de uma racionalidade neoliberal, como produtora de práticas de cuidado que, associadas ao campo da saúde, de acordo com as demandas contemporâneas, delinea os processos de configuração de uma subjetividade saudável que se deixa entrever nas falas dos trabalhadores e usuários do SUS, na experiência da UBS São Francisco.

3.7 A CONCRETUDE DE UMA EXPERIÊNCIA: FALAS SOBRE O CUIDADO

De maneira geral, é muito forte entre os trabalhadores entrevistados a compreensão de que o cuidado está relacionado com a necessidade de promover um bem-estar, um modo de vida capaz de reduzir a vulnerabilidade frente aos processos de adoecimento. Há uma preocupação com o estabelecimento de práticas saudáveis, criando um campo de possibilidades no qual o sujeito deve agir para evitar a doença. Essa pragmática se estabelece a partir da biopolítica, a qual recorre não simplesmente a técnicas disciplinares em relação a uma série de diretrizes baseadas em um código de condutas a ser posto em prática pelos indivíduos. Mas também ao recurso da normalização a qual parte de processos biossociológicos para operar uma regulamentação da população. Além desses elementos que compõem o cuidado na saúde na contemporaneidade, encontramos o uso da referência a uma produção de subjetividade, a de sujeito saudável, para

fazer os sujeitos dessa população tornarem-se saudáveis. Não se trata, portanto, de simples orientações de conduta, mas também recorrem a uma estratégia de envolvimento dos sujeitos na política do fazer viver, como se vê na fala dessa profissional: *Eu oriento meus pacientes a comer pouco sal por causa da pressão alta, comer pouca gordura. Pro diabético também oriento perder peso, evitar açúcar (médica2).*

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. (BRASIL, 2010, p.09)

Outra preocupação bastante encontrada entre os entrevistados diz respeito ao relacionamento familiar e ao cuidado da família. Nesta perspectiva percebemos os trabalhadores da saúde muito mais atentos à esses determinantes, entendendo que seu bem-estar depende da boa relação familiar. *Porque para ele (usuário) estar bem ele tem que estar bem na família, e as vezes na maioria, principalmente como o paciente é o chefe da casa, quando ele adoecer muda toda a estrutura familiar* (médica 1). A família é um dos focos de investimento da biopolítica, a medida que se produz saberes sobre sua importância e influência no processo de produção de saúde. Portanto, a família, neste contexto, torna-se objeto de investimento por parte das políticas públicas como estratégia de controle da população.

Essa dimensão leva a questão da saúde para além das paredes da UBS e reconhece a importância do fator contextual no processo de produção da saúde. Esse é um exemplo do poder de alcance das estratégias de governamentalidade, pois ao trazer a família como um dispositivo para o cuidado, acaba promovendo a atenção à saúde por meio de práticas cotidianas como ver TV, ler um jornal, fazer um passeio, tomar um tereré. Todos esses elementos tornam-se fatores que podem ser pensados como espaços de produção de saúde, por oferecem a oportunidade do indivíduo optar por ações que sejam saudáveis para o ambiente no qual estão inseridos. Assim, os sujeitos são levados a fazerem opções baseadas na liberdade assistida promovida pela governamentalidade.

Um fator muito significativo encontrado também pode ser visto no que propõe uma recepcionista da UBS quando a mesma diz que ao receber o usuário na UBS, muitas vezes percebe-se que ele traz as mais diversas dificuldades seja de

ordem física ou de ordem financeira, e diante disto ela procura oferecer o melhor que ela tem e complementa: *Qual é esse melhor? Atender com um sorriso! Muitas vezes tratar bem, conversar, bater um papo. (Recepcionista1)*. Vemos aqui uma interface muito interessante para o que se propõe em termos de atenção à saúde nesta UBS, pois essa fala veio associada ao tempo de experiência que a recepcionista tem junto aos frades franciscanos, de forma que a tradição produzida na experiência religiosa, fruto de uma pastoralidade cristã se justapõe a um processo contemporâneo de governo das vidas, produzindo uma subjetividade que negocia com essas racionalidades no processo de produção de saúde. Assim, a experiência cristã não pode ser entendida como superada, mas ela se atualiza no presente e convive com outras tradições. Por isso, os processos de subjetivação são sempre locais e historicamente situados e são sempre processos de negociação, ou seja, mutáveis e temporais. Assim, a tradição franciscana se faz notar nos processos construídos na UBS São Francisco. Note-se que foi a própria recepcionista que mencionou o sorriso como o melhor a se oferecer associados com outras práticas de acolhimento, não se trata de vincular essa questão como uma exclusividade da tradição cristã/franciscana, mas o uso que a funcionária fez dessa expressão tornou-se significativa, pois ela usou o sorriso e o acolhimento como expressões de uma forma "franciscana" de atender e não como resultado de uma política de humanização. Daí a relevância desta fala, pois coloca em relação as duas dimensões presentes no âmbito da UBS São Francisco a da política pública e a religiosa.

Essa lógica de atuação pode ser associada fundamentalmente com a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz, discursos próprios de uma tradição franciscana. Desta forma, "atender com um sorriso" mesmo diante das adversidades, do paciente irritado ou problemático é expressão de uma forma de tolerância, solidariedade e cooperação, e expressão de uma predisposição para uma relação de acolhimento e colaboração em vista da minimização do sofrimento usuário e da criação de empatia com o trabalhador no processo de atendimento, expressando as diferentes necessidades que emergem no âmbito da UBS.

Outro fator bastante interessante trata sobre a necessidade de pensar o atendimento sempre em relação a outros profissionais da saúde. A biopolítica produz formas de atuar na atenção à saúde articulado às demais políticas e

tecnologias do SUS, contribuindo assim para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

Isso aparece de uma forma muito contundente num exemplo citado durante uma das entrevistas, onde o caso de um usuário é tomado para ilustrar uma situação de não-cuidado. O usuário, no entendimento da entrevistada é considerado negligenciado em todos os sentidos, pela família, sociedade, saúde, todos: *Porque ele é um paciente que tem hanseníase sequelada, hanseníase, e ele é um... o sexo dele sabe..* (ela se refere à homossexualidade do usuário). *então é uma série de coisas. uma série de coisas que as vezes as pessoas não entendem. Com isso ele é droga, é usuário (dependente químico). Só que ele é carente. Porque ele vem de toda uma família de hansenianos, tuberculoso, tudo. Uma familia que não tem paz, não tem estrutura nenhuma.*

Nesta perspectiva, o cuidado que seria necessário ter para com esse usuário, passaria por uma série de dimensões, práticas e saberes, pois suas necessidades estão em praticamente todas as esferas da saúde. seria necessário um atendimento multiprofissional bem como a articulação de vários dos programas do governo de produção da saúde. Este caso é bastante emblemático para pensarmos o cuidado em uma estratégia de governamentalidade, pois é preciso investir na vida deste indivíduo, de forma que ele produza aquilo que é estabelecido como uma forma aceitável de viver das populações. Para isto é necessário o estabelecimento de um somatório de ações preconizadas pelas políticas públicas de promoção e prevenção da saúde, nas quais o cuidado será o operacionalizador, uma vez que na governamentalidade o papel do sujeito é tão importante de ser considerado. O cuidado será, portanto, o mecanismo por meio do qual o sujeito irá dar corpo, com e no seu corpo, à biopolítica.

A entrevista com o gestor da UBS foi uma das que expressou de forma mais direta a questão do cuidado, pois o mesmo tematizou as práticas de cuidado como auto-cuidado, numa lógica de individualização e totalização, resultados de uma estratégia de governamentalidade. Assim, é o indivíduo que deve escolher quais as ações e práticas são mais viáveis no processo de produção de sua saúde, num exercício de liberdade. Contudo esse exercício de liberdade, se dá num campo bem estabelecido, de forma que o sujeito é levado a que certas formas de cuidado são mais importantes do que outras e isso deve ser levado em consideração nas suas escolhas. A forma de exercer essas escolhas é pelos saberes que são

produzidas sobre elas, ou seja, quais práticas são mais saudáveis, quais alimentos devem ser consumidos tudo é sustentado por um saber que regula um tipo de poder operado pelos sujeitos.

Assim, quando o cuidado é entendido como *repertório de medidas pessoais que a pessoa tem voltadas para o cuidado dela mesmo (Gestor)*, nota-se que essa dimensão dos hábitos saudáveis está muito presente. E esses hábitos saudáveis são fomentados por meio da divulgação de informações e educação em saúde. *Eu oriento muitas pessoas na área de alimentação, de atividade física, descanso, na parte social eu trato de lazer, família. Por exemplo, eu oriento as pessoas pra fazerem atividades. Eu dou repertório de lazer, guia de lazer aqui em campo grande para as pessoas (Gestor)*. E aqui temos uma tecnologia de governo do outro.

Outra fala de uma trabalhadora aponta para a normatividade. *As pessoas que fumam, chegam aqui com muita tosse, chegam aqui com câncer pulmonar, querendo que os médicos resolvam a vida deles. Impossível, fumou, comeu, ta aí, acontece com todo mundo (Psicóloga 2)*. Os processos de saúde aqui são individualizados e os sujeitos são responsabilizados. O que para a trabalhadora é difícil de entender é que mesmo diante de todas as orientações, diante de todo saber produzido sobre as melhores condições de vida, como os sujeitos ainda podem fazer opções que não são "lógicas", ou seja, como os sujeitos estabelecem para si outras modalidades de atuação para além do campo de ações estabelecidos para eles. Contudo, essa prática é fundamental para se pensar o processo de constituição das subjetividades, pois, não se trata de fazer uma teoria do sujeito, definitiva e conclusiva, mas entender as condições históricas nas quais as várias modalidades possíveis de sujeitos são engendradas, ou seja, não existe um sujeito, mas vários sujeitos possíveis. Por isso, a análise do cuidado na produção do sujeito contemporâneo só pode ser uma história do presente à medida que desvela as formas e os jogos de verdade que possibilitaram a emergência desse sujeito em particular que por meio de práticas resiste, luta, aceita, se conforma, se constitui e é constituído. *No SUS, no posto, eu já fiz ambulatório então lá tinha o problema da pressão, a gente dava medicações, mas a gente, sabe, em determinados pacientes não tomavam mesmo porque não queriam e não faziam nenhum esforço pra tomar certo e acabavam falando mau da medicação (Médica 2)*.

Na lógica da governamentalidade a saúde da população é resultado de um conjunto de esforços integrados, transversais e intersetoriais entre todas as áreas do setor sanitário, seja governamental ou não-governamental (sendo esta última onde essa estratégia se capilariza operando numa dimensão micropolítica), numa dinâmica de co-participação e co-responsabilidade. Nesta perspectiva o usuário também é convocado a ser partícipe e responsável pela sua saúde, assumindo e adotando práticas de cuidado que sejam entendidos como "recomendáveis".

Entre os usuários entrevistados notamos um discurso de adequação à prescrição que nos chamou a atenção. Muitas vezes à uma insatisfação com algumas políticas, ou com algumas questões estruturais, mas de forma geral o que é estabelecido pelo médico é acatado pelo usuário. Essa prática, indica que a estratégia de governamentalidade produz formas de subjetivação nas quais o sujeito se relacionará consigo, exercerá práticas de cuidado indissociavelmente das orientações do saber médico. *Eu me cuido, quando eu enquanto paciente, tomo os remédios corretamente e quando eu sigo as orientações dos meus médicos, e eu acho que é isso. Quanto paciente eu me cuido quando eu sigo as orientações prescritas pra mim. (Usuário 1).*

Outra dimensão muito recorrente nas práticas de cuidado entre os usuários diz respeito ao exercício da biopolítica por meio das políticas públicas de saúde, como as políticas de trânsito: [entendo que o cuidado] *é relacionado com ao trânsito por exemplo, eu sou uma pessoa que ando sempre muito ligado com relação a isso né? até porque nossa cidade está em primeiro lugar no ranking nacional de acidentes de trânsito, então procuro me cuidar sempre me manter ali dentro da né? Do dizer assim cumprindo as regras (usuário 2).* O recurso à estatística se faz notar como estratégia de normalização de condutas da população, é uma forma de promover um comportamento desejado e justificado por uma forma de investimento/regulação da população. O tipo de saber possível é usado como forma de justificar o próprio recurso ao número e uma forma de práticas que objetivam o sujeito com recurso à biossociologia.

A dimensão relacional também foi muito tematizada na fala dos usuários, vejamos um breve relato do usuário 3: *Uma vez que eu fui ao posto de saúde as 4:00 horas da manhã porque eu tava com um problema que precisava ser resolvido, e aí simplesmente o cara me manda ir embora, então eu vejo isso relacionado com*

cuidado né? Então há uma deficiência muito grande por esse motivo aí né? Então quando falam desse tema aí cuidado, o que me vem na cabeça é que ainda é uma questão deficiente né? Dentro da saúde pública vamos dizer assim.

A fala desse usuário remete para um dos efeitos da biopolítica, a de controlar a população por meio de certas formas de atenção e de políticas públicas. A vinculação do cuidado a atenção básica, como forma de investimento na população, faz com que os indivíduos se pensem já em relação à Unidade Básica de Saúde. As 4h da manhã ele procurou a UBS, somente o guarda estava lá nesse horário, a UBS tem um horário de funcionamento que se inicia as 7h, mas isso nem foi cogitado pelo usuário, ou seja, ao perceber que precisa de algum cuidado buscou imediatamente a UBS. Na impossibilidade de ser atendido naquele horário voltou para casa. Com um certa grau de insatisfação, mas depois estava lá novamente, agora no horário adequado. E voltou, pois no momento desta entrevista, ele já buscava outro tipo de atendimento que não mais o que o fez ir as 4h da manhã para a UBS. Então, a lógica de investimento na população saudável performa subjetividades saudáveis para o âmbito da saúde.

Podemos entender de todas essas situações narradas e analisadas que não existe uma prática de cuidado que seja a correta, como também não existe um Sistema de Saúde que seja perfeito e acabado, como também os sujeitos não são substâncias decifráveis e calculáveis, mas tudo isso é relacional, ou seja, depende diretamente das maneiras de intervenção, resistência, conformação que os sujeitos podem estabelecer com as políticas e racionalidades de governo da vida.

Assim, na busca pela compreensão da forma de produção de um sujeito para a saúde na contemporaneidade, vimos nas práticas de cuidado a forma de investimento na vida que é operada por uma estratégia de uma biopolítica e de uma governamentalidade em sentido mais amplo. Essas estratégias se operam em realidades concretas, palpáveis. No nosso caso, a UBS São Francisco.

Partimos de uma análise histórica de produção de uma Política de Saúde que é o SUS, que opera nessa lógica de controle das populações e para isso, como efeito da governamentalidade, se capilariza em Unidades Básicas de Saúde, como forma de se efetivar em realidades concretas e periféricas. Essas Unidades Básicas, por sua vez, operam com a lógica do cuidado, ou seja, viabilizam a existência de práticas de cuidado como estratégia de resolutividade das questões vinculadas à saúde, e isso se tornou possível após inúmeros acontecimentos históricos que já

mencionamos aqui. Ao operar com o cuidado, as práticas de cuidado tornaram-se formas de produção de subjetividades. Não qualquer subjetividade, mas aquela subjetividade que expressa o tipo de população que se pretende conhecer e multiplicar, a população saudável. Por isso é preciso produzir saberes sobre essa população, gerar dados estatísticos, dados demográficos, dados assistenciais, para indicar que a política está capilarizada nas dimensões mais cotidianas dos indivíduos. Quando mais entranhada nas realidades, mais eficaz ela se apresenta. Por isso vimos narrativas que vão desde formas de acolhimento, até preocupações com o que o indivíduo come, bebe ou usa, bem como preocupações com sua estrutura familiar, sendo esta também usada como um dos dispositivos de controle e de produção. Ao longo das análises também vimos um elemento que se apresentou constantemente, o religioso. O saber religiosos aqui opera com duas problemáticas, ilustra a descentralidade do Estado na efetivação das políticas de controle da população, fazendo com que instituições não-governamentais se façam cargo de elementos que antes eram problemas do governo, mas ao mesmo tempo também expressam a coexistência de formas diversas e extemporâneas de investimento na vida. de alguma forma, elementos produzidos no medievo se atualizam e se revestem com uma nova roupagem e se apresentam contemporaneamente. Citamos isso pelo fato de desde o início de nossas investigações termos usado a tradição franciscana como um problematizador, ainda que secundário, das questões vinculadas à produção de práticas de cuidado na UBS São Francisco. cremos que essa tradição não poderia ser simplesmente ignorada, pois há sujeitos produzidos de acordo com essa racionalidade que atuam no âmbito desta UBS e que imprimem marcas específicas, marcas que talvez não se façam notar em outras UBS, o que por sua vez corrobora a lógica de que as formas de subjetivação se dão em momentos históricos específicos, localmente situados, baseadas em formas de negociação e com validade temporária. Assim, à medida que outros elementos forem articulados à essa realidade, certamente encontraremos outras práticas de subjetivação. Por enquanto, nesta UBS, vemos a coexistência de práticas de subjetivação de visam a produção do sujeito saudável, mas também, num trocadilho com a origem da palavra saúde (*salut*) a produção do sujeito salvo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção desta pesquisa foi sobretudo um processo de produção de uma nova maneira de ser, à medida em que questões outrora tão certas foram colocadas em análise e reconsideradas no processo. Não digo apenas do meu objeto de pesquisa, mas falo de mim mesmo. Passar pela experiência de operar com marcadores foucaultianos, eu que antes era tão cioso da minha formação fenomenológica, foi sem dúvida muito significativo.

Essa pesquisa se produziu por ruídos. Restos que se juntam a novos elementos e fazem emergir algo diferente, algo que no mínimo balança as estruturas das certezas pétreas nas quais me organizei enquanto sujeito. Posso dizer que as coisas estão se produzindo e a cada dia vão emergindo novas possibilidades deste encontro. Da mesma forma, também não é possível enquadrar a obra de Michel Foucault num campo teórico específico e delimitado, pois ele não é somente historiador, nem somente filósofo, nem suas obras representam um conjunto acabado. Pode-se dizer que Foucault foi um crítico do presente e sua crítica se faz por meio de um conjunto de problematizações que dentre diversos aspectos, sobressaem o sujeito e o discurso.

Ao analisar a problemática da constituição de um sujeito na saúde na contemporaneidade, esta pesquisa procurou ancorar-se não num campo disciplinar, mas na dispersão que marca a descontinuidade histórica e a leva para além de uma mera identificação de causalidades. Assim, foi possível tomar em diferentes momentos o discurso, o sujeito e a produção de subjetividades, não como questões acabadas, mas como incompletudes, ou seja, sempre em processo de devir, em processo de produção e transformação. Por isso, partimos da antiguidade clássica, com a emergência do cuidado de si, para vermos formas de colocar em análise a produção de sujeitos nesse período, e fomos seguindo o pêndulo da história e vislumbrado como esse cuidado não "progride" simplesmente, como no pensamento causal. Ele se metamorfoseia, transforma-se em práticas diversas que muitas vezes fazem coexistir práticas de diferentes períodos históricos. Assim, o sujeito, fruto dessas práticas, é um sujeito que se produz na história e não um sujeito que transcende a história.

Ao considerarmos o sujeito como um artefato histórico, poderíamos de certa forma indicar, ainda que de maneira superficial, um momento de nascimento do sujeito, que aparece com a morte do homem, como problematizado por Foucault no livro *As palavras e as Coisas* (2007). Esse pensamento baseia-se fundamentalmente na proclamação da morte de Deus feita por Nietzsche. enquanto este anuncia a morte de Deus, aquele anuncia a morte do homem. Com essa afirmação, promove-se uma ruptura com o sujeito cartesiano, central, auto-referente e doador de sentido ao mundo. O sujeito então não está no centro, mas está na trama histórica, em algum lugar da trama histórica. Desta forma, o sujeito deixa de ser constituinte da realidade para ser entendido como constituído pelas relações. Essa constituição é possível desde a lógica do discurso, isto é, uma produção exterior ao sujeito e da ordem do coletivo. Ao levarmos essa questão para o âmbito da saúde, podemos dizer então que o sujeito se produz de acordo com os movimentos históricos que vão fazendo emergir novos saberes que justificam novas formas de poder que interferem na vida e a toma como objeto de controle. Assim com a biopolítica e com a governamentalidade, na lógica de controle das populações uma nova subjetividade passou a ser produzida.

A problemática da constituição da Subjetividade, como propôs Foucault, é uma temática muito rica e preta de possibilidades. Pois, a partir dessa forma de pensar, é possível circunscrever o sujeito numa determinada formação discursiva, que responde pela sua constituição, ou dito ainda de outra maneira, o sujeito esta submergido por discursos que o configuram e o produz, desta forma a subjetividade só pode ser produzida pelo exterior, por meio de discursos. Assim, os modos de subjetivação produzem sujeitos singulares, e as formas de análise propostas por Foucault permitem pensar os procedimentos mobilizados para essa produção. Assim, quando a saúde tornou-se um dos objetivos do governo da vida, o sujeito saudável passou a ser o tipo de subjetividade buscada.

No seu famoso texto *O sujeito e o poder*, Foucault (2010b) assevera que o sujeito é o tema central de seu trabalho; também pontua a história de como os seres humanos tornam-se sujeitos e fala sobre o poder existente sob a forma de relações perpassadas pelos discursos. Esse texto nos permite dizer que a subjetivação consiste no processo de constituição dos sujeitos, processo de produção da subjetividade e objetivação dos sujeitos. Assim sendo, se os modos de subjetivação produzem sujeitos singulares, o exercício da reflexão será o de buscar

e demonstrar por meio da análise de discurso, os procedimentos mobilizados em empregados na produção da subjetividade e consequentemente dos sujeitos. E nesta perspectiva, buscamos as estratégias de produção de subjetividades operadas num contexto local, o da UBS São Francisco, como forma de colocar em análise os efeitos da biopolítica e da governamentalidade.

Seguindo esse imperativo da reflexão, torna-se fundamental o estudo das relações de poder, uma vez que os enunciados, implicados nessas relações e produzidos discursivamente, indicam especificidades do sujeito e estas interagem com exercícios de poder que se opõem, numa relação complexa que compõem discursos e corroboram a produção de subjetividade.

O poder e as relações de poder situam-se radicalmente no nexos social (FOUCAULT, 2010b). O poder está em toda parte, não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares (FOUCAULT, 2010c, p. 89). Por isso é que é no social que se definem as posições-sujeito, mutáveis, e não-fixas e a análise de discursos deve fazer aparecer esses elementos e explicitar suas modificações e transformações históricas, bem como suas implicações na produção de subjetividade.

Desta forma, a subjetividade, vista da exterioridade, apresenta-se como uma construção histórica que acontece sob determinadas condições e se dá na relação com o discurso e a maneira de problematizar a relação do sujeito e do poder, nesta dimensão, é a genealogia.

A genealogia é importante por colocar em pauta reflexões sobre o poder como integrante das relações cotidianas entre sujeitos e pode ser observável pelos discursos. O poder, então implica relações; relações de poder. Essas relações não são estáticas, estão num campo de forças, são relações de força, tais relações são próprias de toda forma de existência de poder, são formas de agir sobre ações possíveis.

Assim, no percurso dessa pesquisa o cuidado foi tematizado desde a Grécia Antiga até a contemporaneidade não como um conceito metafísico e que evoluiu ao longo dos anos, mas como uma forma de o sujeito agir sobre si mesmo, mas também como parte de uma estratégia de governo dos outros que na contemporaneidade foi associado ao campo da saúde como forma de produzir uma subjetividade saudável. A governamentalidade é a racionalidade responsável por esse processo de produção, pois ela se faz notar nas dimensões mais cotidianas do

indivíduo, moldando um campo de possibilidades, onde o indivíduo poderá eleger as mais adequadas tornando-se co-participante do processo produção de saúde.

Assim, o cuidado torna-se uma estratégia na produção da saúde e a saúde passa a ser o marcador de um tipo de subjetividade produzida numa lógica neoliberal de governamentalidade.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ARISTÓTELES. *Ética eudemia*. Trad. Antônio Gómez Robledo. México: UNAM, 1994.

AUSTIN, J. *Como hacer cosas con palabras*. Barcelona, Espanha: Paidós, 1998.

_____. *Quando dizer é fazer*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

AYRES, José Ricardo C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO, 2009.

BATISTELLA, Carlos. *O território e o processo de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, 2010.

BULFINCH, Thomas. *O livro de ouro da Mitologia: história de deuses e heróis*. 34. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

COSTA, Márcio. *Lévinas: uma introdução*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

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: Fiocruz, 2003.

DA ROS, Marco Aurélio. *Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck*. 207f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DEJOURS, Christophe. *Por um novo conceito de saúde*. Palestra proferida a trabalhadores em outubro de 1982.

DELEUZE, Gilles. *Mil Platôs*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DESCARTES, René. *Discurso do Método*. São Paulo: Martin Claret, 2001.

FERRATER MORA, J. *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1965.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4)

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JR., Helvécio Miranda. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

FOUCAULT, Michel. *A coragem da verdade*. Frederic Gros (Org.). Trad. Marcos Marcionilo. São Paulo: Parábola Editorial, 2004.

_____. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. *Omnes et Singulatim*. In: _____. *Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

_____. *A Ética do cuidado de si como prática de liberdade*. In: _____. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

_____. *A ordem do discurso*. 13. ed. São Paulo: Loyola, 2006c.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. *O que é a crítica?* (Conferência proferida em 27 de maio de 1978). Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/biblio.html>>. Acesso em: 21 maio 2012.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2010c.

_____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. São Paulo: Graal, 2009.

_____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. São Paulo: Graal, 2009b.

_____. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS H. *Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010b.

HINTIKKA, M. B.; HINTIKKA, J. *Uma investigação sobre Wittgenstein*. Campinas, SP: Papirus, 1994.

HUSSERL, Edmund. *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia*. São Paulo: Madras, 2001.

JAEGER, Werner Wilhelm. *Paidéia: a formação do homem grego*. 4. ed. Trad. Artur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. VIII (1): 48-70, mar./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>>.

LE GOFF, Jacques. *São Francisco de Assis*. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MEDICI, André Cezar. Saúde e crise da Modernidade (caminhos, fronteiras e horizontes). *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, n. 1, v. 2, 1992.

MURARI, Juliana Cristhina; PEREIRA MELO, José Joaquim. *A poesia homérica como instrumento educador fundamental na Grécia antiga*. Seminário de Pesquisa do PPE da Universidade de Maringá. 8 e 9 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2009/36.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

OKSALA, Johanna. *Como ler Foucault*. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ONU. *Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz*. 1999.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 04, p. 494, out./nov. 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASSINI, Leo. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *Revista o mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, 2010.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 63, 2004.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, 2007.

SILVA, Andréia Cristina Lopes Frazão da; SILVA, Thalles Braga Rezende Lins da. O além e os marginalizados: apontamentos sobre sua relação na hagiografias do século XIII. *Mirabilia: revista eletrônica de Antiguidade e Idade Média*, ano 11, n. 1, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revistamirabilia.com/nova/index.php/numeros/2011-08-15-06-03-06/2011-1>>. Acesso em: 3 dez. 2011.

VAZ, H. C. Lima. *Escritos de Filosofia IV: introdução à ética filosófica*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

VEYNE, Paul. *Como se escreve a história*. Brasília: UnB, 1998.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)¹

1 TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: OS SENTIDOS DO CUIDADO PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS: ARTICULAÇÕES ENTRE SAÚDE E ALTERIDADE

2 PESQUISADOR(A)

Nome: Dionatans Godoy Quinhones

CPF: 694.615.111-91 RG 1035850 SSP/MS Telefone 9235-2926

Endereço: Rua São Higino, nº 152 Cidade: Campo Grande

3 ORIENTADOR (A):

Nome: Anita Guazzelli Bernardes

CPF 681521320-04 RG 6050238341 SSP/RS Telefone: 8154-5256

Endereço: Rua Abrãao Julio Rae nº 884, CS 01 Cidade: Campo Grande

4 OBJETIVOS DA PESQUISA:

4.1. Objetivo Geral

- Analisar o sentido de cuidado que se desprende das narrativas de usuários e funcionários cuidadores do SUS.

4.2. Objetivos Específicos

- Problematicar os conceitos de saúde, cuidado e alteridade nos documentos do SUS.
- Compreender o modo como o conceito de alteridade na saúde indica possíveis efeitos da modificação dos processos de atenção à saúde.
- Situar o tema das práticas psicológicas no contexto da atenção a saúde a partir das articulações entre os conceitos de saúde, cuidado e alteridade

5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE) :

A realização desta pesquisa, ao focalizar o aspecto da construção dos sentidos do cuidado para trabalhadores e usuários do SUS no MS, objetiva a dimensão relacional deste processo com a finalidade de contribuir com o estabelecimento de

¹ O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na posposta.

uma agenda de saúde no MS que priorize as demandas relacionais em saúde, a fim de ampliar a capacidade de escuta do profissional de saúde.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

A pesquisa, orientada pelos procedimentos de uma investigação qualitativa, terá como fonte de informações entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores e usuários do SUS. Essas entrevistas focalizarão formas de cuidados oferecidas e as esperadas pelos usuários.

7 POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

Não haverá riscos ou desconfortos para os participantes.

8 POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Elaboração de um conjunto de demandas de cuidado em saúde apresentadas pelos usuários a fim de possibilitar uma proposta de organização de redes de cuidado no MS.

- A médio e longo prazo estabelecer uma proposta de capacitação dos trabalhadores do SUS.
- Proposta de intervenção junto aos usuários a fim de gerar um ambiente de discussão que possa culminar na construção de uma ferramenta de controle social das políticas de gestão do SUS.
- colaborar pontualmente com a concretização do Plano Estadual de Saúde do MS.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1 A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- 2 É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3 É garantido o anonimato²;
- 4 Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- 5 A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, que a referenda e
- 6 O presente termo está assinado em duas vias.

² Nos casos em que se fizer necessário o uso da voz ou da imagem (incluindo foto) do participante deve-se elaborar documento à parte, concedendo tal autorização.

Campo Grande-MS ____/____/____

1) _____

Nome e assinatura do (a)

() Sujeito da pesquisa

() Responsável pelo participante

Meio de contato: _____

2) _____

Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

3) _____

Nome e assinatura do(a) orientador(a)

ANEXO 1

Campo Grande, 06 de maio de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“OS SENTIDOS DO CUIDADO PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SUS: ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E ALTERIDADE”** sob a responsabilidade de **Dionatans Godoy Quinhones**, orientação de **Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes**, protocolo nº **015/11** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.


Profa. Dra. Susana Elisa Morena
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco