

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

GISSELE CRISTINA PINTO

**BIOPOLÍTICA, SAÚDE E GOVERNAMENTALIDADE:
UMA PROBLEMATIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA A PARTIR DE BREVE GENEALOGIA DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

**Florianópolis/SC
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GISSELE CRISTINA PINTO

**BIOPOLÍTICA, SAÚDE E GOVERNAMENTALIDADE:
UMA PROBLEMATIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA A PARTIR DE BREVE GENEALOGIA DAS
POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Práticas Sociais e Constituição do Sujeito

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Escolha Profissional em Contextos Sociais

Orientador: Dr. Kleber Prado Filho

**Florianópolis / SC
2010**

Gissele Cristina Pinto

Biopolítica, Saúde e Governamentalidade: uma problematização da estratégia Saúde da Família a partir de breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de Agosto de 2010.

Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora – PPGP/UFSC)

Dr. Kleber Prado Filho
(PPGP/UFSC – Orientador)

Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos
(UFPA – Examinadora)

Dra. Sandra Caponi
(UFSC – Examinadora)

Dra. Andréa Vieira Zanella
(UFSC – Examinadora)

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

P659b Pinto, Gissele Cristina

Biopolítica, saúde e governamentalidade [dissertação] :
uma problematização da estratégia saúde da família a partir
de breve genealogia das políticas de saúde pública no
Brasil / Gissele Cristina Pinto ; orientador, Kleber Prado
Filho. - Florianópolis, SC, 2010.

151 p.: grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Biopolítica. 3. Família - Saúde e
higiene. 4. Educação e Estado. I. Prado Filho, Kleber. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

AGRADECIMENTOS

Ao acaso e ao amigo Pablo, pois, em boa parte, devo a eles a inscrição e o êxito no processo seletivo de 2007 do PPGP/UFSC.

Ao Kleber, professor e orientador, a quem sou grata pela oportunidade deste mestrado, pela aproximação ao pensamento foucaultiano e pela liberdade com que pude trilhar a pesquisa que escolhi empreender.

Ao casal Kleber e Sabrina, pela agradável acolhida com que sempre receberam a mim e aos colegas de orientação nas atividades acadêmico-festivas realizadas em sua casa. Valeu pelos pães de queijo, troca de ideias e risadas!

Às(aos) Professoras(es) Andrea Zanella, Maria Chalfin, Kleber (de novo), Kátia Maheirie, Fernando Aguiar, Selvino Assmann e Alexandre Vaz, pelos conhecimentos compartilhados nas disciplinas que cursei.

Ao Marquito, pelo estágio de docência e por mais uma oportunidade de aprender com seu *ser* e *estar no mundo* tão singular, alegre, leve, avesso e, por tudo isso, admirável.

À CAPES, pelos 12 meses de bolsa.

Às Professoras Silvia Arend e Sandra Caponi, pelas contribuições que fizeram enquanto banca de qualificação.

Às Professoras Flávia Lemos, Sandra Caponi e Andrea Zanella, por toparem participar da banca examinadora.

Aos colegas da Área 2 ingressantes em 2008, aos colegas do Grupo Foucault e demais pessoas com quem muito aprendi ao longo do mestrado. Em especial, à Ana Lima e à Profa. Silvia Arend pela leitura e sugestões ao terceiro Capítulo desta dissertação.

Ao Fernando Taques, pela amizade cultivada em muitos cafés, almoços, caminhadas, conversas reflexivo-terapêuticas, debates de cultura (in)útil e assuntos aleatórios. Valeu pela companhia sempre consistente e, no mais das vezes, alentadora!

Ao Ri, pelo amor e carinho tão caros a mim!

PINTO, Gissele Cristina. **Biopolítica, Saúde e Governamentalidade: uma problematização da estratégia Saúde da Família a partir de breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil.** Florianópolis, 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Partindo dos estudos foucaultianos acerca do biopoder, do pastorado cristão, da tecnologia de polícia, da governamentalidade e do nascimento da medicina social, a presente dissertação problematiza a estratégia Saúde da Família (ESF) de uma perspectiva histórico-crítica. Para tanto, coloca em relevo as proveniências das políticas de saúde pública no Ocidente, refletindo acerca de algumas transformações ocorridas no campo de saber-poder médico entre os séculos XVIII e XXI. Foi construída uma breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil a fim de se evidenciar as possíveis rupturas e proveniências que a ESF apresenta em relação aos dispositivos médico-sanitários que a antecederam, bem como, de se ter elementos para problematizar suas linhas de enunciação, de força e de objetivação. A análise de cada uma dessas linhas se valeu de dimensões da arqueologia, da genealogia e de algumas pistas lançadas por Deleuze sobre a forma de se cartografar as máquinas para fazer ver e falar que são os dispositivos.

Palavras-chave: Biopolítica, Governamentalidade, Estratégia Saúde da Família.

PINTO, Gissele Cristina. **Biopolitique, santé et gouvernementalité: une problématisation de la estratégia Saúde da Família (ESF) à partir d'une brève généalogie des politiques de santé publique au Brésil.** Florianópolis, 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

RÉSUMÉ

En partant des études foucautiennes relatives au biopouvoir, au pastorat chrétien, à la technologie de la police, à la gouvernementalité et à la naissance de la médecine sociale, cette dissertation problématise la estratégia Saúde da Família (ESF) à partir d'une perspective historico-critique. Pour ce faire, nous cherchons à souligner les fondements des politiques de santé publique en Occident, en réfléchissant sur quelques transformations dans le champ du savoir-pouvoir médical du XVIII^{ème} au XXI^{ème} siècle. En outre, nous établissons une brève généalogie des politiques de santé publique au Brésil dans le dessein non seulement de faire valoir les probables ruptures et continuités que l'ESF présente concernant les dispositifs médico-sanitaires qui la précédèrent, mais encore de présenter des éléments pour la problématisation de ses lignes d'énonciation, de force et d'objectivation. Pour l'analyse de chacune de ces lignes, nous nous intéressons notamment aux dimensions de l'archéologie, de la généalogie et à certaines pistes lancées par Gilles Deleuze sur la manière de cartographier les machines pour faire voir et parler que sont les dispositifs.

Mots-clés : Biopolitique, Gouvernementalité, Estratégia Saúde da Família.

LISTA DE SIGLAS

SUS: Sistema Único de Saúde

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

UBS: Unidade Básica de Saúde

AIS: Ações Integradas de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

ACS: Agente Comunitário de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

CAP: Caixa de Aposentadoria e Pensão

IAP: Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

CNS: Conferência Nacional de Saúde

SUMÁRIO

NOTAS PRELIMINARES	15
CAPÍTULO I - OBJETO, PROBLEMA E MÉTODO	19
1.1 APRESENTAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA	19
1.1.1 Histórico	19
1.1.2 Atenção Básica e estratégia Saúde da Família	24
1.1.3 Especificidades da estratégia Saúde da Família	28
1.2 POSICIONAMENTO CRÍTICO.....	34
1.3 INCURSÕES METODOLÓGICAS.....	39
1.3.1 A Análise de Dispositivos.....	39
1.3.2 Direções da pesquisa.....	44
1.3.3 Fontes.....	47
1.3.3.1 Fontes utilizadas para a Apresentação do objeto da pesquisa	47
1.3.3.2 Fontes acessadas para a construção do Capítulo 3.....	48
CAPÍTULO II - PROVENIÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO OCIDENTE.....	53
2.1 A EMERGÊNCIA DO BIOPODER: DISCIPLINAS E BIOPOLÍTICA.....	55
2.2 PODER PASTORAL, TECNOLOGIA DE POLÍCIA E GOVERNAMENTALIZAÇÃO DO ESTADO	62
2.3 A SAÚDE COMO OBJETO DE GOVERNO.....	69
CAPÍTULO III - UMA BREVE GENEALOGIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	81
3.1 SÉCULO XIX E INÍCIO DO SÉCULO XX (PRIMEIRA CONFIGURAÇÃO)	83
3.2 DE 1920 À DÉCADA DE 1960 (SEGUNDA CONFIGURAÇÃO).....	97
3.3 DÉCADA DE 1970 EM DIANTE (TERCEIRA CONFIGURAÇÃO).....	103

CAPÍTULO IV - PROBLEMATIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	107
4.1 CARTOGRAFANDO AS LINHAS DE ENUNCIÇÃO E AS CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE	107
4.2 CARTOGRAFANDO AS LINHAS DE FORÇA: O CAMPO DAS PRÁTICAS E DAS RELAÇÕES DE PODER	113
4.3 CARTOGRAFANDO AS LINHAS DE OBJETIVAÇÃO: O SUJEITO DESENHADO PELO DISPOSITIVO	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
ANEXOS.....	132
REFERÊNCIAS.....	142

NOTAS PRELIMINARES

A presente dissertação traduz-se num exercício de pensamento que põe em suspeição a naturalidade e a neutralidade das políticas de saúde para compreendê-las como produto de relações históricas, com inserção num arranjo econômico, não isoladas de relações de poder. Portanto, não as consideramos meros arranjos técnico-científicos. A partir dos estudos foucaultianos acerca da biopolítica, do pastorado cristão, da tecnologia de polícia, da governamentalização do Estado e do nascimento da medicina social, foi construída a problemática histórico-crítica que sustenta a hipótese dessa pesquisa: a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dispositivo biopolítico contemporâneo propenso a exercer um governo médico da vida pela colocação da saúde como um bem a ser promovido.

A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de municipalização dos serviços sanitários, sua prioridade de atendimento voltava-se a áreas de risco social definidas pelo Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) e a municípios cobertos pelo *Programa Comunidade Solidária* ou pelo *Programa de Redução da Mortalidade Infantil*. No entanto, a partir de 1997 o PSF começou a perder o caráter de programa e passou a ser definido como uma *estratégia* estruturante dos sistemas municipais de saúde, que deveria “viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil” (BRASIL, 1998, p. 5).

Com caráter estratégico, a Saúde da Família deveria ser compreendida não como um “sistema de saúde pobre para os pobres, (...) [mas sim] como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio com o princípio da equidade” (BRASIL, 1998, p. 9).¹ Na esteira destas mudanças, de 1997 para 1998 o número de municípios com equipes de Saúde da Família aumentou de 567 para 1.134, de modo que em dezembro de 2009 chegou a 5.251 municípios brasileiros.

A razão da ESF ter sido escolhida como objeto desta pesquisa reside na forma como está organizada, na amplitude estratégica que ocupa na sociedade brasileira, na posição de destaque que assume entre

¹ Todos os conceitos citados neste parágrafo estão mais bem explicitados no item 1.1 do primeiro Capítulo.

outras políticas do Ministério da Saúde e, sobretudo, por ter como premissa interventiva acompanhar – e em alguma medida governar – a vida das famílias e indivíduos que estão circunscritos a sua área de atuação. O primeiro Capítulo dessa dissertação apresenta a Estratégia Saúde da Família a partir das portarias e textos ministeriais mais recentes que a regulamentam. Procuramos empreender essa apresentação com bastante fidelidade às fontes, sem fazer interpretações e colocar pontos de vista exteriores às definições legais e aos textos assinados pelo Ministério da Saúde, com o intuito de deixar os documentos “falarem por si”. Deste modo, é na seção *Posicionamento crítico* que situamos o lugar de onde vemos a ESF e lançamos os focos de problematização desenvolvidos na dissertação.

Em *Incursões Metodológicas* é abordado o percurso de análise e de construção da pesquisa, justificando-se o porquê de analisar dispositivos e como fazê-lo. É apontado o recorte da problemática e do problema do estudo, bem como, a busca e a escolha das fontes utilizadas. A fim de “evitar a sacralização teórica (...) e apagar o limite da intocabilidade científica” (FOUCAULT, 1994b, pp. 77-78), foi nossa intenção atravessar a “neutralidade” e a “naturalidade” do dispositivo ESF, realizando uma análise histórica, com elementos da arqueologia, da genealogia e com algumas pistas lançadas por Deleuze quanto ao modo de se cartografar essas “máquinas para fazer ver e para fazer falar” (DELEUZE, 1995, p. 155) que são os dispositivos.

Para sustentar a hipótese de que a Estratégia Saúde da Família é um dispositivo biopolítico contemporâneo, construímos o Capítulo 2. *Proveniências das Políticas de Saúde Pública no Ocidente* está composto por três direções argumentativas que tratam do cenário histórico-político em que surgiram e ganharam corpo as políticas de saúde pública nas sociedades ocidentais.

A primeira etapa de argumentação debate a emergência do biopoder, ocorrida no século XVII com a presença intensificada das *disciplinas* em instituições diversas e, reconfigurada em meados do século XVIII, com o nascimento da *biopolítica das populações*. Esses dois conjuntos tecnológicos provocaram uma ruptura política nas sociedades ocidentais por terem instaurado uma nova racionalidade de poder, que passou a contrair-se nos corpos e na vida da espécie humana, na maximização das forças individuais e na regulação dos fenômenos populacionais. Essas tecnologias seguiram numa direção oposta a do poder soberano, até então predominante, com o qual as relações políticas eram da ordem da repressão, do apoderamento e da extorsão. Em última análise, passou-se de um poder “negativo” que “fazia morrer

e *deixava viver*”, para um “positivo” que passou a “*fazer viver e a deixar morrer*”.

Na esteira dessas transformações emergiram as políticas de saúde, figurando como um dos dispositivos da racionalidade biopolítica destinados a produzir e prolongar a vida de indivíduos e populações.

Em paralelo à emergência do biopoder, a partir do século XVII deu-se o desenvolvimento dos Estados-nação e, na segunda metade do século XVIII, formou-se um conjunto de saberes destinado à sua majoração e racionalização: a ciência de Estado (*Staatswissenschaft*), da qual derivou um modelo de polícia médica (*Medizinichepolizei*) que foi a primeira política de saúde pública ocidental. Não obstante, se a “biopolítica deve ser compreendida a partir de um tema desenvolvido desde o século XVII: a gestão das forças estatais” (FOUCAULT, 2008a, p. 494), faz-se imprescindível debater a relação entre o poder pastoral, a “polícia” e a governamentalização do Estado para evidenciar o quanto estas modalidades políticas estão ligadas à gênese das estratégias de poder centradas na vida e o quanto são algo de que o Ocidente contemporâneo ainda não se afastou.

Segundo Foucault (2008a e 2006), o pastorado assinala uma passagem decisiva na história do poder nas sociedades ocidentais, até hoje é uma espécie de matriz tática de governo da conduta dos vivos. O poder de tipo pastoral serviu de matriz a técnicas de governo utilizadas pelo poder político², fato que, com o passar dos séculos XVII e XVIII, provocou a naturalização do par Estado-governo. Todas essas questões concernentes ao pastorado cristão, à tecnologia de polícia e à governamentalização do Estado são o tema da segunda etapa de argumentação que embasa nossa hipótese-problema.

A importância desse debate é devida à elucidação do momento em que uma das finalidades da intervenção estatal passou a ser o cuidado do corpo individual e a relação entre as doenças e a saúde das populações – cuidado com o todo e cada um –, bem como, à elucidação da forma como isso foi conduzido. Também, do quanto o pastorado cristão ainda é uma matriz de poder da qual não nos afastamos por completo, dado que os efeitos totalizantes e individualizantes - próprios dos dispositivos contemporâneos - são uma herança dessa matriz política. De tal sorte, foi um dos objetivos dessa pesquisa compreender se a estratégia Saúde da Família também é debitária do poder pastoral

² Muitos dos procedimentos do pastorado cristão, para conduzir a conduta do rebanho e de cada ovelha, foram colonizados pelos Estados nacionais quando estes assumiram o governo dos homens como uma de suas funções.

ou se rompe com a racionalidade das primeiras políticas de saúde ocidentais.

O terceiro ponto de apoio argumentativo de nossa hipótese disserta sobre o *governo da/pela saúde* iniciado com o nascimento da medicina social na Europa do século XVIII e, também, sobre as feições que tal governo assume contemporaneamente. A discussão sobre a entrada em cena da saúde como objeto de governo propõe-se a elucidar o contexto histórico da formação dos primeiros dispositivos médicos do corpo social.

No Capítulo 3 apresentamos uma breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil, privilegiando o enfoque das relações entre Estado x saúde x indivíduos x população, com o objetivo de oferecer elementos para se assinalar as rupturas e as continuidades existentes entre a estratégia Saúde da Família e os dispositivos sanitários que a antecederam.

Por fim, no Capítulo 4 problematizamos o dispositivo ESF em três eixos. O primeiro apresenta a trama histórica que possibilitou a emergência dos discursos de onde derivam as linhas de enunciação da ESF, bem como, o entendimento de saúde que está no bojo de suas propostas. No segundo, estão no foco de análise as suas linhas de força, que nada mais são do que o campo de suas práticas, as quais compõem parte das malhas desse dispositivo e configuram o tom das relações entre a equipe de saúde e a sua “população adscrita”. O último eixo problematiza as linhas de objetivação da estratégia Saúde da Família, colocando em relevo os efeitos de subjetividade que seu arranjo prático-discursivo visa a constituir, o que, em última instância significa perguntar: que sujeito é desenhado por esse dispositivo?

CAPÍTULO I

Objeto, Problema e Método

1.1 APRESENTAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

1.1.1 Histórico

O Sistema Único de Saúde (SUS) - forma como está organizada a saúde pública no Brasil - executa seus serviços e ações hierarquicamente, em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. O primeiro nível, comumente chamado de *Atenção Básica*, corresponde aos serviços prestados por unidades básicas de saúde, as quais têm por missão ser a “porta de entrada” do sistema. Já o segundo, refere-se aos serviços de policlínicas especializadas e ambulatórios, enquanto o último diz respeito aos serviços hospitalares. Nesse arranjo, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS, pois na medida em que se pretende resolutiva, visa a reduzir a necessidade de encaminhamentos aos níveis secundário e terciário. Além disso, via de regra, conta com mais postos de atendimento do que os outros níveis e está mais próxima da população.

Os discursos sobre a importância de o Estado brasileiro assumir os cuidados primários em saúde³ como prioridade sanitária emergiram ao final da década de 1970, num momento em que o sistema de saúde caracterizava-se, em linhas gerais, pela oferta de assistência médica individual e hospitalar aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e pela execução de campanhas de combate a doenças dirigidas à população pelo Ministério da Saúde. Assim, as ações em saúde eram desenvolvidas por dois ministérios distintos, o da Previdência Social e o Ministério da Saúde.

³ Segundo a Declaração de Alma Ata, resultante da primeira *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde*, realizada 1978 na URSS, os cuidados primários em saúde, também denominados de atenção primária em saúde, representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. URSS (1978). A Declaração de Alma Ata pode ser acessada na URL: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Ao longo da década de 1980, foi colocado em prática um projeto intitulado Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual tomou os cuidados primários como referência e planejou suas ações sob “diretrizes como a *universalização* e a *equidade no acesso aos serviços*, a *integralidade dos cuidados*, a *regionalização dos serviços de saúde especializados* e a *implementação dos distritos sanitários*”⁴ ⁵ (BRASIL, 2003, p. 37). Portanto, já apresentando diversos elementos que compõem o atual sistema de saúde.

O SUS ganhou existência jurídico-legal com a Promulgação de 1988, a partir da qual foi assegurado que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1998).

Assim, as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser legalmente regidos pelo princípio da *universalidade*, da *equidade* e da *integralidade*, uma vez que deveriam ser assegurados a toda a população brasileira, igualmente e atendendo as demandas a todo e qualquer tipo de cuidado, de modo a promover, proteger e recuperar saúde. Além destes *princípios doutrinários*, alguns *princípios organizativos* configuram o SUS, tais como, a *regionalização*, a *hierarquização*, a *descentralização*⁶ e a *participação da comunidade*. Ou seja, o sistema deve estar organizado em uma rede que disponibilize, em cada região, serviços nos três níveis de atenção em saúde, sendo os municípios responsáveis pela atenção básica, havendo comando único em cada esfera de governo⁷ e participação da

⁴ Segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), o entendimento de distrito sanitário pode abranger duas dimensões: uma enquanto estratégia de construção dos serviços de saúde pública num município e/ou conjunto de municípios; e outra enquanto menor unidade de território ou de população a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão das ações e serviços públicos de saúde.

⁵ Os destaques em itálico são do texto original.

⁶ A descentralização significa que os municípios têm autonomia em relação à União para operacionalizarem as políticas de saúde que forem designadas como da alçada de sua esfera de governo.

⁷ O comando único é a concentração dos assuntos e das decisões referentes à saúde pública em órgãos estatais de saúde, tais como, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Contrariamente à organização que precedeu o SUS, onde as ações de saúde eram divididas entre os Ministérios da Previdência e da Saúde, por exemplo.

comunidade no planejamento, na avaliação e na execução orçamentária das ações e serviços.

Entretanto, a efetiva implementação do SUS só ocorreu em 1990, após a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde - nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 -, e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde que regulamentaram o sistema. Após essas deliberações, iniciou-se um processo de descentralização do gerenciamento e da execução dos serviços de atenção primária, de modo que,

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos (BRASIL, 2005, p. 15).

Uma das iniciativas que marcou esse processo foi o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS), iniciado em 1987 no Estado do Ceará e “desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense” (BRASIL, 2005, p. 15). No ano seguinte, o programa foi expandido para municípios do interior do Ceará com a missão de melhorar a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos “por meio de visitas domiciliares regulares às famílias” (BRASIL, 2005, p. 15). Tendo considerado essas ações bem-sucedidas, o Ministério da Saúde formulou o *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde* (PACS) em 1991, com abrangência inicial às regiões Nordeste e Norte, visando à redução da mortalidade infantil e materna.

Apesar da boa avaliação e da expansão que o PACS sofreu ao longo de dois anos enquanto programa do governo federal, indicou-se a necessidade de haver uma proposta que ampliasse a resolutividade das suas ações, situação que poderia ser alcançada com a inclusão de outros profissionais. A partir desta e de outras experiências, como o *Programa Médico de Família* - desenvolvido em Niterói, a partir de 1992 -, foi formulado o *Programa de Saúde da Família*, que também se espelhou

nos modelos de assistência à família realizados em Quebec, Cuba, Suécia e na Inglaterra (VIANA & DAL POZ, 2005).

Pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção. (VIANA & DAL POZ, 2005, pp. 230-231).

O primeiro documento sobre o PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde em setembro de 1994, mas sua idealização ocorreu já em dezembro de 1993. Nesta concepção inicial, o objetivo geral do programa era reorganizar o SUS e o processo de municipalização dos serviços de saúde, assim como, atender, prioritariamente, áreas de risco social definidas pelo Mapa da Fome do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e “municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.” (BRASIL, 2005, p. 16). Após um ano de implantação, o programa “foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Essa transferência significou um rompimento com a idéia de programa vertical, (...) sinalizando sua maior importância dentro do ministério e um outro tipo de institucionalização” (VIANA & DAL POZ, 2005, p. 234).

Com o desenrolar destas mudanças, o PSF começou a perder o caráter de programa e passou a ser definido como uma *estratégia*⁸

⁸ A partir de então, a sigla ESF (estratégia Saúde da Família) passou a ser mais utilizada que a sigla PSF nas publicações do Ministério da Saúde.

estruturante dos sistemas municipais de saúde, que deveria imprimir uma nova dinâmica à organização dos serviços, contando com a inclusão do agente comunitário – a partir de então ocorreu uma fusão entre o PACS e o PSF. Em 1997 e 1998, os documentos sobre a estratégia Saúde da Família (ESF) a apresentaram como uma modalidade de ações e serviços de atenção básica que visava à reorientação do modelo de assistência em saúde e que se pautava em todos os princípios e diretrizes do SUS, não devendo ser compreendida como um

sistema de saúde pobre para os pobres, (...) [mas sim] como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio com o princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. (BRASIL, 1998, p. 9).

Desde 1997, portanto, a ESF tem a missão de “viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil” (BRASIL, 1998, p. 5)⁹, por meio da substituição ou conversão do modelo tradicional de assistência. Tal modelo se caracterizou por realizar apenas atendimento à “demanda espontânea” (usuários que procuram os serviços de saúde), de forma curativa (apenas fazendo ações de recuperação e reabilitação da saúde, em detrimento das de promoção e prevenção), com tendência hospitalocêntrica, de pouca resolutividade, alto custo e sem estabelecer vínculos de cooperação e co-responsabilidade entre a equipe de saúde e a comunidade.

Não obstante, “o Ministério da Saúde assumiu o desafio de colocar em seu plano de Ações e Metas Prioritárias as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde como caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde” (BRASIL, 1998, p. 5), uma vez que essas estratégias viriam para romper definitivamente com o modelo assistencial que havia predominado até então.

⁹ Este documento de 1998 é a segunda edição de um publicado em 1997.

1.1.2 Atenção Básica e estratégia Saúde da Família

O documento mais recente que estabelece as diretrizes e normas para a organização da atenção básica e da ESF é a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que junto de três outras Portarias¹⁰ compõe a atual *Política Nacional de Atenção Básica*¹¹. Os municípios que não optam pela Saúde da Família como modalidade de atenção primária, necessariamente, têm de organizar os serviços de suas Unidades de Saúde pautando-se nos princípios, diretrizes e normas da Atenção Básica. Já os contratantes da Saúde da Família devem tanto se basear nos princípios, diretrizes e normas desta quanto nos da Atenção Básica, dado que esta política está circunscrita ao nível de atenção primária e, portanto, fica sujeita às suas orientações - do mesmo modo que a Atenção Básica e a ESF devem obedecer aos preceitos do SUS.

O nível primário de serviços “caracteriza-se por um conjunto de ações (...), no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006a, p. 10). A ESF, além destas funções, “tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.”¹² Estes princípios gerais distanciam-se do modelo de assistência tradicional na medida em que não se organizam pela lógica hospitalar, focada apenas em ações curativas, de recuperação e reabilitação da saúde. Por também realizarem prevenção de agravos e ações de promoção e proteção da saúde, a Atenção Básica e a Saúde da Família são mais resolutivas e, assim, reduzem os encaminhamentos hospitalares que, via de regra, demandam um alto custo financeiro ao sistema.

Outra característica da equipe de Atenção Básica é o desenvolvimento de “práticas (...) democráticas e participativas, (...) dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL,

¹⁰ Portarias nº 649/GM de 28 de março de 2006; nº 650/GM de 28 de março de 2006 e nº 822/GM de 17 de abril de 2006.

¹¹ Brasil (2006a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

¹² Informações acessadas no site do Ministério da Saúde, em 07/01/2009, URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php

2006a, p. 10). Tomando essa diretriz como norte de suas práticas, a equipe de Saúde da Família deve atuar não apenas na Unidade de Saúde, mas também nas residências, criando vínculos de corresponsabilidade com a população adscrita¹³, “o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.”¹⁴ Nesse sentido, a ESF apresenta mais uma ruptura com o modelo de assistência tradicional, visto que não atende apenas a “demanda espontânea” que vai à procura da Unidade de Saúde, pois atua também nos domicílios, fazendo “busca ativa” de possível demanda reprimida e estabelecendo vínculos de cooperação com a comunidade.

São, também, princípios gerais da Atenção Básica: resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território; ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde; considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural; buscar a promoção da saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável; ter a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a). Para dar conta destes princípios, é necessário que os profissionais que atuam no nível primário sejam

capazes de identificar e propor intervenções aos problemas de saúde mais comuns e manejar novos saberes e, a partir destes, promover hábitos de vida mais saudáveis, estimulando alimentação adequada, atividade física, o autocuidado, o cuidado com o domicílio e com o ambiente (BERTUSSI, OLIVEIRA & LIMA, 2001, p. 138).

A fim de melhor apresentar as diretrizes gerais relativas ao processo de trabalho da Atenção Básica e da Saúde da Família, foram colocadas no quadro abaixo as funções relativas à atenção básica na

¹³ A população ou clientela adscrita é composta pelos indivíduos e famílias que residem na área de abrangência em que uma equipe de saúde atua. É dever dos ACSs e da equipe, em geral, manter o registro das informações da população sempre atualizado no banco de dados cadastrais da Unidade de Saúde.

¹⁴ Informações acessadas no site do Ministério da Saúde, em 07/01/2009, URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php

coluna da esquerda e as referentes à Saúde da Família na coluna da direita.

PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA	PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
I - definição do território de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS);	I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;	II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;	III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;	IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;	V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;	VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com

	prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;	VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;	VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e	IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.	

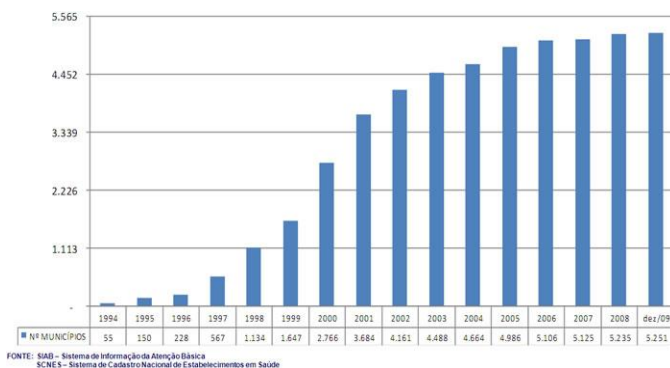
Quadro 1 - Diretrizes do Processo de Trabalho na Atenção Básica e na estratégia Saúde da Família. Fonte: Brasil (2006a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, pp. 18, 19 e 26.

Conforme já exposto, a ESF é uma política circunscrita ao nível primário de atenção em saúde do SUS, assim, todas as diretrizes deste quadro devem ser operacionalizadas pelas equipes de Saúde da Família, de modo que, nas UBSs em que a modalidade Saúde da Família não for contratada, as funções da equipe de saúde restringem-se à primeira coluna. Em linhas gerais, a diferença entre uma e outra é que a ESF deve atuar com mais proximidade das famílias e indivíduos residentes da área de abrangência em que atua e, ter um maior controle e atualização dos dados referentes à população adscrita, estabelecendo vínculo e co-responsabilização.

1.1.3 Especificidades da estratégia Saúde da Família

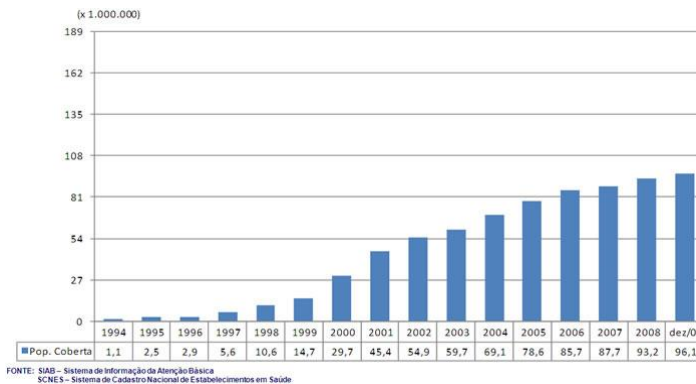
Após 15 anos de existência, a ESF é operacionalizada na quase totalidade dos municípios brasileiros e é uma das modalidades de serviço do SUS de maior visibilidade, tanto pelo alto grau de inserção social quanto pela conseqüente proximidade junto à boa parte da população brasileira. Dos 5.564 municípios brasileiros 5.251 possuem, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família, fato que denota um alto grau de capilarização dos serviços de atenção básica sendo operacionalizados por esta política de saúde. Os gráficos¹⁵ a seguir mostram, respectivamente, a crescente presença da estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros e a cobertura populacional que as equipes implantadas abrangem. Ambos ilustram a expressividade que a Saúde da Família ganhou a partir do ano 2000, atestando a prioridade que passou a ter dentre as políticas do Ministério da Saúde.

Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2009



¹⁵ Ambos foram copiados do site do Ministério da Saúde, em 19/01/2009, na URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>

Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2009



Além da *Política Nacional de Atenção Básica*, em 2006 também foi aprovado e publicado o documento *Pacto pela Saúde*¹⁶, com o objetivo de inovar processos e instrumentos da saúde pública brasileira. Este documento apontou como prioridade a consolidação e a qualificação da estratégia Saúde da Família enquanto política ordenadora das redes de atenção à saúde no SUS. Portanto, em 2006 a ESF foi apresentada como uma grande aposta para a melhoria de todos os níveis de serviços do Sistema Único de Saúde. Os princípios gerais que regem esta política sanitária são:

- I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

¹⁶ Brasil (2006b). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos pela Saúde. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde.

III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V – ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006a, p. 20).

Cada equipe de Saúde da Família deve atuar em um território bem definido, com uma população delimitada - denominada população/clientela adstrita ou população-alvo. A delimitação da área de abrangência de uma equipe deve se dar com base em aspectos geográficos, sócio-demográficos e epidemiológicos, devendo, preferencialmente, ser realizada pela própria equipe de Saúde da Família, uma vez que é seu papel conhecer as necessidades e reais condições de vida e saúde da clientela pela qual é responsável, a fim de planejar e executar ações compatíveis às necessidades da população.

Para a implantação da ESF é necessária uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Esta equipe deve ser responsável por um número máximo de 4.000 habitantes, de modo que cada ACS deve cobrir uma população de, no máximo, 750 pessoas. É necessária, ainda, uma Unidade Básica de Saúde dentro do território de atuação de uma ou várias equipes, a fim de oferecer estrutura necessária às consultas médicas, “área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários” (BRASIL, 2006a, p. 20). Cada membro da equipe exerce funções específicas à sua formação profissional, mas todos devem

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade

de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS¹⁷;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (BRASIL, 2006a, pp. 42-43).

¹⁷ Secretaria Municipal de Saúde.

Portanto, a atuação da equipe ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências da clientela adscrita e em espaços públicos ou outros locais que possibilitem o exercício de atividades para a mobilização da comunidade.

A fim de efetuar e manter atualizado o cadastro dos habitantes da área de abrangência, desenvolver atividades de vigilância à saúde e promover a integração entre a equipe e a população, existe o agente comunitário de saúde (ACS), exercendo uma espécie de “elo de ligação”. O objetivo geral do ACS é manter a equipe informada, sobretudo, das situações de risco as quais estão expostos indivíduos, famílias e a comunidade, para isso, deve

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006a, pp. 42-43).

Resumindo, a estratégia Saúde da Família deve trabalhar em uma área de abrangência delimitada e com uma população adscrita, prestando assistência integral, permanente e de qualidade, por meio de atividades de educação e de promoção da saúde. Além disso, deve também executar ações de recuperação e reabilitação, produzindo resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Portanto, não apenas atende a demanda que chega à Unidade de Saúde espontaneamente, mas também busca em sua área de abrangência possíveis “demandas reprimidas”, com uma postura pró-ativa que tem como meta “intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade”¹⁸.

¹⁸ Informações acessadas no site do Ministério da Saúde, em 02 de novembro de 2008, na URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

1.2 POSICIONAMENTO CRÍTICO

O que hoje é reivindicado como exigência de modernidade, de progresso, de radicalidade pode na verdade representar unicamente a atualização de um velho projeto elaborado no passado e constitutivo da configuração de poder contra a qual justamente se pretende lutar. (MACHADO et al, 198, p. 153)

Seria a estratégia Saúde da Família (ESF) o resultado de avanços no campo do conhecimento e das práticas em saúde ou a atualização de um velho projeto que, revestido de novas roupagens, tem como matriz antigas configurações de poder? Tal questionamento foi o ponto de partida crítico da pesquisa que será apresentada.

Apoiando-se em alguns estudos foucaultianos (1975, 1994a, 1998, 2006, 2008a, 2008b) e na forma como este pensador empreendeu suas análises, construímos o olhar sobre o nosso objeto de estudo a partir de uma perspectiva problematizadora, lendo-o como um produto histórico-político, com inserção num arranjo econômico, não isolado de relações de poder e, portanto, não sendo um mero arranjo técnico-científico.

De saída, colocamos em suspeição o fato da estratégia Saúde da Família, em específico, e das políticas públicas de saúde, em geral, gozarem de um estatuto de imprescindibilidade, a ponto de suas funções parecerem neutras e do seu papel ser encarado como o resultado de um processo evolutivo natural da história do conhecimento no campo da saúde. Em lugar disso, consideramos que a ESF e demais políticas sanitárias defendidas como avançadas e necessárias à contemporaneidade são o resultado de relações de saber-poder tornadas legítimas sob certas condições, após terem vencido um jogo de forças.

Ao utilizarmos o pensamento foucaultiano como ferramenta analítica e recurso teórico-conceitual, foi possível compreender que a história é marcada por descontinuidades e rupturas, além de continuidades, sem que qualquer destas situações resulte, necessariamente, em progressos e avanços. Ou seja, a história não é uma sucessão linear de fatos, marcada por continuidades evolutivas que vão delinear o futuro sempre melhor do que o presente e este, por sua vez, melhor do que o passado. Se alguma relação de saber-poder

subsiste através dos tempos, mantendo sua mesma configuração ou reconfigurando-se, é porque venceu um jogo de forças, um embate político.

Assim, todo arranjo prático-discursivo vigente foi produzido por jogos de saber-poder, posto à prova na disputa entre o verdadeiro e o falso e submetido a regras definidas pelas condições históricas onde estes arranjos passaram a existir como verdadeiros e válidos. Deste ponto de vista, é possível compreender porque e como certos imperativos prático-discursivos figuram implacáveis em dado tempo, bem como, porque ações estatais autoritárias, normativas e invasivas, muitas vezes, não são entendidas como tal e figuram soberanas no terreno do aceitável, quando não no do exigível.

Embora gozem de um estatuto de imprescindibilidade, nada há de natural, neutro e necessariamente evoluído nos imperativos contemporâneos, o que significa dizer que não é natural, nem tampouco absolutamente aceitável, a forma como os dispositivos de poder funcionam nas sociedades e como se voltam a certos “fenômenos-problema”. Pois, “nem sempre o que aparece como natural ou evidente deve ser considerado como necessário ou obrigatório.” (CAPONI, 2000, p. 74). Daí a necessidade de uma investigação histórica sobre a forma como algumas estratégias de poder estão organizadas em nossa sociedade, possibilitando observar em qual momento e sob quais condições emergiram e ganharam visibilidade no terreno do imprescindível, do aceitável e do exigível. Problematizar imperativos contemporâneos é uma tarefa que exige “interrogar-se sobre a aceitação dessas estratégias de poder e os mecanismos que fazem essas relações de poder legítimas e toleráveis.” (CAPONI, 2000, p. 48).

Ao longo desta pesquisa, interessou-nos destacar o momento e as condições sob as quais as políticas de saúde pública adquiriram um estatuto de imprescindibilidade que as levaram a figurar como neutras e naturais no Ocidente, agindo diretamente sobre corpos individuais e coletivos de maneira invasiva, vigilante e sob a forma de governo. O estudo da biopolítica levado a efeito por Foucault (1975, 1998, 2008a) faz pensar numa dada racionalidade a partir da qual, desde a segunda metade do século XVIII, formaram-se e organizaram-se nas sociedades ocidentais inúmeros arranjos de saber-poder que, por meio do exercício de dispositivos dispersos no tecido social, produziram efeitos materiais e subjetivos normalizantes/normalizadores.

A saúde e o bem-estar de indivíduos e populações foram colocados como um dos objetos desses dispositivos, pois majorá-los e fazê-los crescer resultaria na majoração e no crescimento estatal.

Portanto, a saúde de indivíduos e populações era um meio para se alcançar um fim alheio aos possíveis benefícios que poderiam ter os sujeitos tomados como alvo da ação desses dispositivos médico-sanitários. Conforme será argumentado no Capítulo 2, a biopolítica, as políticas de saúde e o crescimento dos Estados modernos não são apenas temporalmente coincidentes, têm relação de suporte mútuo e, nesse sentido, afirmamos ser a estratégia Saúde da Família um dispositivo derivante da racionalidade biopolítica.

Por que o fazemos? Pelo fato de ser uma tecnologia centrada na vida, na regulação de hábitos que gerem *bem-estar* e *qualidade de vida*, o que, em linhas gerais, implica normalizar o comportamento de indivíduos e coletividades para fins pré-determinados. Essa pesquisa parte da hipótese de que a estratégia Saúde da Família é um dispositivo derivante da racionalidade biopolítica, e, ao mesmo tempo, tem uma economia própria, configurada por seu particular arranjo de saber-poder. Por isso, interessou-nos abordar no Capítulo 2 a história da racionalização biopolítica que, desde a metade do século XVIII, fez ganhar corpo nas sociedades ocidentais a gestão de indivíduos e populações, fazendo majorar suas forças e prolongar sua vida por meio de dispositivos diversos que tomaram como alvo o corpo e o comportamento das pessoas.

Devido a segunda parte da nossa hipótese - sobre a ESF ser um dispositivo biopolítico que tem uma racionalidade própria - empreendemos no Capítulo 4 uma cartografia das suas linhas de enunciação, de força e de objetivação¹⁹, analisando historicamente²⁰ as condições de possibilidade de sua dimensão discursiva, as proveniências e a emergência de seu campo de forças e os efeitos de subjetividade que visa a constituir.

Pareceu-nos relevante tomar a ESF como objeto de problematização por três conjuntos de motivos.

- 1) Pela visibilidade e aposta que assume frente a qualquer outra política de saúde brasileira na melhoria estrutural do SUS, sendo apontada como estratégia prioritária para o nível da Atenção Básica;
- 2) Pelo fato de, além de ter o dever de assegurar respostas efetivas à demanda espontânea que chega à UBS, dever almejar a melhoria

¹⁹ Nas *Incurções Metodológicas* é explicitado o percurso/forma de problematização das linhas de enunciação, de força e de objetivação da ESF.

²⁰ O Capítulo 3 – Uma breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil – foi construído para possibilitar essa análise e torná-la consistente.

da *qualidade de vida* de sua clientela, tomando por objeto de suas práticas tudo o que interfere ou venha a interferir nas *condições de vida e de saúde* da população, realizando ações de *prevenção e promoção da saúde*. Esse “super papel”, em que pese a ambição que o sustenta, pretende dar conta não apenas de situações relativas ao campo das doenças e da demanda de cura dos doentes, fato que amplia o rol de suas intervenções para aspectos da vida em geral, na medida em que inclui a saúde como algo a ser produzido e o que se considera “situações de risco” algo a ser vigiado;

- 3) Pela forma como este dispositivo está planejado para atuar, delimitando sua área de intervenção em um espaço a ser esquadrinhado, inspecionado, percorrido por um olhar vigilante e controlado por registros sistemáticos.

Essas são as razões que julgamos plausíveis para tomar a ESF como objeto de estudo: a forma como está organizada, a amplitude que ocupa na sociedade brasileira e a posição de destaque que assume entre outras políticas de saúde. Não queremos com esta problematização desconsiderar a importância e o valor que, genericamente, políticas de saúde possam ter para aliviar o sofrimento e o mal-estar que doenças, acidentes e outras mazelas provocam, portanto, essa dissertação não tem a pretensão de defender uma ‘higiene natural’, nem tampouco, um ‘bucolismo antimédico’.

O que nos parece urgente tomar como foco de crítica é o ponto em que dispositivos médico-sanitários passam a atuar para além da demanda do doente pela diminuição do seu sofrimento, pelo prolongamento de sua vida e/ou pela evitação de sua morte. Ou seja, quando a intervenção de equipes de saúde ocorre de maneira autoritária, compulsória e vigilante, a fim de normalizar condutas, hábitos de vida e comportamentos, classificando como populações/indivíduos em situação de “risco” os que não vivem e se conduzem em conformidade às normas do que é fixado como promotor de *saúde, bem-estar e qualidade de vida*. Nesse sentido, coube-nos, ainda, a tarefa de indagar que bem-estar e qualidade de vida são esses, destacando o fato de serem conceitos que tomam certos hábitos e costumes como norma.

Não foi preocupação desta pesquisa investigar se as ações da ESF são eficientes, eficazes e efetivas para alterar positivamente indicadores epidemiológicos de saúde. Pretendeu-se, sim, pesquisar os movimentos, rupturas e descontinuidades históricas que serviram de *proveniências* para sua *emergência*. Assim como, as formações

discursivas que foram condição de possibilidade das suas linhas de enunciação e do conceito de saúde no qual se sustenta. Tudo isto foi compreendido com o intuito de cartografar/problematizar as estratégias de poder que configuram o seu campo de forças e os efeitos de subjetividade (modos de objetivação) que seu arranjo de saber-poder visa a constituir.

Enfim, o posicionamento crítico assumido por esta pesquisa residiu em considerar a Estratégia Saúde da Família uma das materializações histórico-políticas do biopoder, que se organiza por um arranjo prático-discursivo próprio e agencia modos de objetivação correlatos. Não obstante, procuramos analisá-la como um dispositivo biopolítico contemporâneo, explorando a economia e a racionalidade próprias à forma como está organizada e atua para prevenir doenças, promover saúde e gerar bem-estar e qualidade de vida aos indivíduos-famílias-comunidade que residem em sua área de atuação.

1.3 INCURSÕES METODOLÓGICAS

1.3.1 A Análise de Dispositivos

não há, entre o nível do micropoder e o nível do macropoder, algo como um corte, ao fato de que, quando se fala num, não se exclui falar no outro. Na verdade, uma análise em termos de micropoderes compatibiliza-se sem nenhuma dificuldade com a análise de problemas como os do governo e do Estado. (FOUCAULT, 2008a, p. 481).

Ao traçarmos o percurso histórico no qual se formou a racionalidade biopolítica - conforme será apresentado na primeira seção do próximo capítulo - foi possível observar o quanto a sua organização e fortalecimento coincidem com a formação e o crescimento dos Estados modernos. No entanto, para Foucault (2008b), pensar na mecânica do poder é pensar “em sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana.” (FOUCAULT, 2008b, p. 131). Isso implica em seguir um caminho diferente das análises que tradicionalmente limitam ao Estado seus estudos sobre o poder, para dirigir-se aos dispositivos que se expandem na sociedade “assumindo as formas mais regionais e concretas, investindo em instituições, [...] penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado[s] como micro-poder[es] ou sub-poder.” (MACHADO *In* FOUCAULT, 2008b, p. XII). O percurso dessa análise que prescindiu de teorias globais e não prioriza o enfoque nos grandes aparelhos políticos leva a:

examinar historicamente, partindo de baixo, a maneira como os mecanismos de controle puderam funcionar; [...] ver como, ao nível efetivo da família, da vizinhança, das células ou níveis mais elementares da sociedade, esses fenômenos [...] se dotaram de instrumentos próprios, de uma lógica própria, responderam a determinadas necessidades; mostrar quais foram seus agentes, sem procurá-los na burguesia em

geral e sim nos agentes reais (que podem ser a família, a vizinhança, os pais, os médicos, etc.) e como estes mecanismos de poder, em dado momento, em uma conjuntura precisa e por meio de um determinado número de transformações começaram a se tornar economicamente vantajosos e politicamente úteis. (FOUCAULT, 2008b, p. 185).

Ou seja, analisar o fenômeno da biopolítica “trata-se simplesmente de saber por onde isso passa, como se passa, entre quem e quem, entre que ponto e que ponto, segundo quais procedimentos e com quais efeitos.” (FOUCAULT, 2008a, pp. 3-4). Portanto, a fim de compreender certas relações políticas agenciadas por dispositivos contemporâneos é “necessário voltar a questionar a forma de racionalidade com que nos deparamos agora. [...] A questão é: como são racionalizadas as relações de poder?” (FOUCAULT, 2006, p. 68). Nesta senda, devem ser analisadas a economia e a racionalidade próprias aos dispositivos que atingem diretamente indivíduos e populações, visando à produção de determinados efeitos, tais como, sujeitos se conduzindo sob certas normas e se colocando como objeto de certo domínio de saber-poder.

Tal processo analítico é correlativo a uma *política da verdade*, na medida em que tem “o papel de mostrar quais são os efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam, e pelas táticas de poder que são os elementos dessa luta.” (FOUCAULT, 2008a, p. 5). Portanto, saber e poder são indissociáveis e sempre estão presentes em dispositivos, técnicas e tecnologias de inserção elementar, capilarizada *no tecido social*.

Os dispositivos são uma espécie de rede que se pode estabelecer entre “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas.” (FOUCAULT, 2008b, p. 244). O que caracteriza um dispositivo é sua inscrição em jogos de poder que, invariavelmente, estão ligados a um suporte de saber. Este suporte, ao mesmo tempo em que deriva dos jogos de poder os configura, produzindo efeitos de subjetividade. Foucault (2008b) entende que há sempre um imperativo estratégico funcionando como matriz de um dispositivo, com a função de responder a uma questão histórica urgente, de modo que este seria o primeiro momento essencial

na gênese de um dispositivo. O segundo momento é um processo duplo: de sobredeterminação funcional e de constante preenchimento estratégico, conferindo diversidade e mobilidade ao dispositivo (FOUCAULT, 2008b). Isso porque as “tecnologias de poder não cessam de se modificar sob a ação de numerosos fatores” (FOUCAULT, 2008a, p. 161), quer dizer, a configuração dos dispositivos não é estanque nem monolítica, caso o fosse, a eficiência de seus efeitos poderia tornar-se logo obsoleta.

Assim, deduzimos, por mais que um dispositivo comporte uma estratégia dominante, o campo de forças e a configuração de saber que o formam estão em constante atualização e é isso que garante a eficiência de sua captura, ou seja, da produção de subjetividade que lhe é correlata. Foucault conceituou o termo dispositivo em uma entrevista dada em 1977²¹, nesta ocasião, não deixou tão evidente a produção de subjetividade que todo dispositivo agencia. No entanto, Deleuze (1995) e Agamben (2005), fazendo referência a este termo a partir do pensamento foucaultiano em textos de mesmo título - “O que é um dispositivo?” -, debruçam-se sobre tal aspecto que Foucault deixou de delinear.

Para Deleuze, os vetores ou tensores de um dispositivo não apresentam contornos definitivos, pois estão organizados em cadeias de variáveis em constante inter-relação, compostas por objetos visíveis, enunciações formuláveis, forças em exercício e sujeitos numa dada posição. Linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação e de fratura são as componentes de um dispositivo. Das primeiras emana o regime de luz que ilumina os objetos sobre os quais o dispositivo incide, os quais nunca são pré-existentes, posto que não existem sem a ação dos seus componentes que formam as figuras das quais é inseparável (DELEUZE, 1995).

As linhas de enunciação comportam o regime discursivo ao qual se ligam as linhas de força que, juntas, vão formar um dado arranjo de saber-poder. Subjetivação é a linha que se forma pela atividade das anteriores, pode ser tanto um conjunto prático-discursivo que se aplica e objetiva um corpo, um sujeito (objetivação); quanto um jogo de subjetivação dos indivíduos que fazem funcionar em si um conjunto de normas nas quais se reconhecem (subjetivação).

Um dispositivo apresenta, contudo, linhas de fratura, de fissura; quer dizer, certas brechas que comportam a possibilidade de resistência

²¹ FOUCAULT, M. (2008) “Sobre a história da sexualidade” *In*: MACHADO, R. [Org. Trad.] *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 26ª Ed.

às sujeições que agencia. Pode-se dizer que estas linhas são um espectro de liberdade, ou melhor, são o espaço possível para que os indivíduos possam exercê-la, conduzindo a si próprios numa direção que não seja a dos fluxos normalizados e normalizantes.

Portanto, embora um dispositivo seja como uma “máquina para fazer ver e para fazer falar” (DELEUZE, 1995, p. 155), seu efeito não resulta estritamente em modos de objetivação e sujeição - arranjos de saber-poder que produzem determinados corpos e determinados sujeitos no momento em que seu regime discursivo assume o caráter de verdadeiro e que suas práticas são tidas como válidas. Para ser efetivo, um modo de objetivação precisa ter como correlato um modo de subjetivação, significa que as normas e as identidades postas em circulação por certos arranjos de saber-poder têm de ser subjetivadas pelos indivíduos que se movimentam no campo de ação do dispositivo que agencia tais arranjos.

Mas, ainda assim, pelo fato de comportar rupturas, fraturas e fissuras, um dispositivo sempre carrega a possibilidade de que os sujeitos se elaborem de um modo não sujeitado e exercitem o que Foucault nomeia de ética, uma prática refletida de liberdade. Isso se deve ao fato dos dispositivos não se fecharem simplesmente em linhas de força intransponíveis, do contrário, implicariam linhas de subjetivação definitivas e nada variáveis. Contudo, Deleuze (1995) nos leva a deduzir que as linhas de subjetivação processadas a partir das fraturas, as quais permitem a elaboração de si pela via ética, só se realizam na medida em que o dispositivo as permite ou as torna possível, ou seja, a possibilidade é ampliada ou reduzida conforme o forem as fissuras dos dispositivos aos quais os sujeitos pertencem e neles agem (Cf. DELEUZE, 1995).

Para Agamben, “o dispositivo é, na realidade, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e só enquanto tal é uma máquina de governo” (2005, p. 15). Essa definição é interessante por permitir a inclusão de um aspecto até então não abordado ao debate acerca da noção de dispositivo, refere-se à definição de governo como condução de condutas, que imprime ao entendimento dos dispositivos contemporâneos o tom sutil e “sedutor” das relações de poder que engendram. Estes, em sua maioria, prescindem de qualquer força mais rígida e de arranjos de maior dificuldade de aceitação para, justamente, diminuir resistências e garantir que se processem as subjetivações sem as quais um dispositivo não funciona como dispositivo de governo (AGAMBEN, 2005), ou seja, como condutor de condutas.

Percebe-se no conceito de dispositivo a concentração dos três eixos sobre os quais perpassaram os estudos foucaultianos: saber, poder e subjetividade. No imbricamento destes eixos, a subjetividade é sempre tomada como produto, como ponto de chegada das relações de saber- poder, ao passo que estas são maquinarias sociais da ordem da produção (PRADO FILHO, 2005). É por este motivo que Foucault afirmava ter o poder caráter de positividade. Tal entendimento dirige-se na contracorrente da tradição que associa poder apenas à repressão, à destituição e à extorsão. Positividade, nesse caso, não se refere a algo que seja bom ou relacionado ao bem, mas a algo que cria realidades, produz subjetividades, determina modos de ser, de estar e de viver.

Vale ressaltar que para Foucault “Não há exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcionam nesse poder, a partir e através dele” (FOUCAULT, 1999, p. 28). Na esteira deste pensamento, o sujeito jamais pré-existe aos regimes de saber-poder, será sempre o efeito de uma constituição que se dá na imanência histórica, sem *a-prioris*, sem essências e sem caráter transcendental.

A subjetividade, por sua vez, não diz respeito à dimensão interior do sujeito ou à sua substância, mas sim, ao resultado de práticas históricas de objetivação, subjetivação e de exercício ético; ao passo que, mesmo este último - traduzido como ação do sujeito sobre si - só é possível no solo histórico e, portanto, tem como matriz os arranjos políticos e os jogos de verdade circulantes no tempo-espço em que se exerce. Subjetividade, portanto, é algo que diz respeito a modos históricos de vida, não se forma “sobre o fundo de uma identidade psicológica, mas por meio de práticas que podem ser de poder ou de conhecimento, ou ainda por técnicas de si” (REVEL, 2005, p. 85).

Em resumo, a produção de subjetividade é o efeito de relações de saber-poder (objetivação), que comporta necessariamente uma dimensão de subjetivação e reconhecimento do sujeito em dada trama prático-discursiva; envolvendo resistências a tais jogos que acabam por abrir espaço a práticas refletidas de liberdade e de técnicas não normalizadas do governo de si (ética).

No que toca o problema desta pesquisa, voltamos a destacar que é a partir da produção de sujeitos por dispositivos biopolíticos que a segunda face do biopoder garante a efetividade de seu regime, na medida em que assegura a (pre)ocupação da própria população e dos indivíduos com os processos vitais sobre os quais seus dispositivos operam. Quer dizer, quando certos hábitos de vida relacionados ao nascimento, à morte, à saúde e à doença tornam-se não só objeto de condução do governo dos outros pelos dispositivos biopolíticos, mas

também - e da mesma forma - do governo de si mesmo, situação em que objetivação e subjetivação coincidiriam indistintamente, sem que houvesse espaço para o exercício ético.

Entendendo que reside aí uma questão contemporânea com a qual se deva ocupar, a fim de exercer uma espécie de análise que produza resistência às sujeições do presente, perscrutamos o dispositivo ESF tendo em mente que, via de regra, é por meio de técnicas de governo quase imperceptíveis que se produzem os sujeitos necessários à manutenção dos jogos de saber-poder vigentes. Deste modo, é premente a necessidade de “tornar visível o que precisamente é visível - ou seja, fazer aparecer o que (...) está tão intimamente ligado a nós mesmos que, em função disso, não o percebemos” (FOUCAULT, 2004, p. 44). Valendo-se dessas reflexões, apontamos na próxima seção as estratégias e os procedimentos de método que serviram de instrumentos à construção e problematização desta pesquisa.

1.3.2 Direções da pesquisa

Deleuze (1995) oferece algumas pistas quanto ao modo de se cartografar um dispositivo, afirma ser necessário se instalar em suas linhas mesmas, percorrendo-o de uma ponta a outra, quase que traçando um mapa. Para analisar as linhas de um dispositivo é preciso, antes de mais nada, desemaranhá-las, mesmo sabendo que o dispositivo só existe com a solidariedade recíproca de cada linha, que num processo constante de retroalimentação e suporte mútuo, cada parte corrobora a sustentação de todo o arranjo.

Linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação e de fratura são as componentes de um dispositivo. A primeira faz referência à sua visibilidade, quer dizer, remete às condições históricas que o possibilitaram tomar corpo, forma e a existir num dado tempo e espaço. Essas linhas de visibilidade não se formam sem que antes se tenham encontrado as linhas de enunciação e de força. As linhas de enunciação têm a ver com o regime discursivo no qual está inscrito o dispositivo, enquanto as linhas de força dizem respeito às práticas e às normas agenciadas por ele.

Assim, percorrer cada uma dessas linhas é perguntar-se, no primeiro caso, o que tornou possível o regime discursivo do qual derivam tais linhas de enunciação? No segundo, como se formaram as práticas e como se aplica a norma pela via de tais linhas de força? O exercício coordenado da enunciação e da força produz as linhas de subjetivação ou,

mais exatamente, de objetivação. Compreender o modo de objetivação agenciado por um dispositivo é perguntar-se: que sujeito está sendo produzido por ele? Em resumo, investigar cada uma dessas linhas é reunir em uma única sentença a seguinte questão: quais discursos, quais práticas e quais modos de objetivação estão em jogo?

As linhas de fratura ficaram de fora das nossas análises porque debruçar-se também sobre os aspectos concernentes a ela nos exigiria um fôlego excedente ao de uma dissertação. Portanto, sem desconsiderar a complexidade dos processos de constituição de sujeitos/subjetividades, optamos pelo recorte analítico sobre um determinado modo de objetivação. Nessa medida, sempre que houver menção à produção de subjetividade agenciada pela ESF, estamos fazendo referência aos modos de objetivação deste dispositivo, embora tenhamos em conta que a concretização destes depende de processos de subjetivação correlatos.

Não obstante, o motivo das linhas de fratura terem sido excluídas do foco de análise deveu-se a esse recorte de método, dado que elas dizem respeito às brechas do dispositivo que permitem constituírem-se linhas de subjetivação como linhas de fuga, que escapam tanto das relações de força estabelecidas quanto dos saberes constituídos.

Assim, nesta pesquisa, cartografar o dispositivo ESF consistiu em investigar suas linhas de enunciação, de força e de objetivação. A investigação das primeiras comportou uma dimensão da arqueologia, quando investigadas as condições de possibilidade histórica dos enunciados que sustentam o campo de saber em que a estratégia Saúde da Família se inscreve, assim como, quando problematizadas as rupturas que seu conceito de saúde apresenta em relação aos dispositivos sanitários que a antecederam. Em suma, no que se referiu às linhas de enunciação, foi nosso objetivo compreender a trama histórica que possibilitou a emergência e a visibilidade do regime discursivo de onde deriva o entendimento do que é saúde para a ESF.

Para analisar as linhas de força recorreremos a elementos do método genealógico como guias do percurso. A genealogia é um tipo de análise histórica que introduz a questão do poder como instrumento de análise capaz de explicar a *proveniência* e a *emergência* de práticas sociais, entendendo o poder como relações da ordem da multiplicidade (variedade), da dispersão (descontinuidade) e da heterogeneidade, que apresentam caráter irreduzível a uma teoria global (MACHADO In FOUCAULT, 2008b). O método genealógico analisa o poder no ponto em que está investido em “práticas reais e efetivas, [...] onde ele se relaciona direta e imediatamente com [...] seu objeto, seu alvo ou campo de aplicação, quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais.

(FOUCAULT, 2008b, p. 182). A estratégia geral deste método é questionar: “quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos dispositivos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados?” (FOUCAULT, 2008b, p. 174). E, especificamente, investigar “como funcionam as coisas ao nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos, etc.” (FOUCAULT, 2008b, p. 182)

Ao tecermos a breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil e problematizarmos as linhas de força da estratégia Saúde da Família procuramos diagnosticar as *proveniências* e as *emergências* de suas práticas, colocando em relevo as relações de poder que prepararam seu terreno, deram-lhe visibilidade e tornaram legítimo o seu exercício no tempo presente, além analisar em que medida romperam ou deram continuidade a antigas relações de poder. “Portanto, em vez de formular o problema da alma central, [...] [foi] preciso procurar estudar os corpos periféricos e múltiplos, os corpos constituídos como sujeitos pelos efeitos de poder.” (FOUCAULT, 2008b, p. 183). No caso desta pesquisa, procurou-se estudar os corpos constituídos como sujeitos da saúde pelos efeitos de práticas que prescrevem hábitos e modos de vida, que visam a exercer o governo dos outros sob a égide do “bem-estar” e da “qualidade de vida”, investidos pela *saúde como norma*.

Por fim, as linhas de objetivação foram cartografadas em derivação às anteriores, concomitantemente e na seqüência, já que esta linha é o resultado do trabalho coordenado das enunciações e das forças. Contudo, foi uma análise processada de outra perspectiva, se a arqueologia e a genealogia são análises históricas, que identificam os movimentos, rupturas e proveniências de relações de saber-poder, a identificação de modos de objetivação exige olhar um agenciamento processado no presente.

Assim, a investigação das linhas de enunciação da ESF, para além das questões históricas que condicionaram a validade de seu campo discursivo, possibilitou compreender qual sujeito, quais objetos são “iluminados” por este dispositivo, considerando que cada “dispositivo tem seu regime de luz [...] [que,] ao distribuir o visível e o invisível, [...] [faz] nascer ou desaparecer o objeto que não existe sem ela” (DELEUZE, 1995, p. 155). E, a investigação das linhas de força também se dirigiu para além da compreensão das proveniências e emergências da estratégia Saúde da Família. Ao produzirmos, a partir da análise desta linha, o diagnóstico da forma como estão arrançadas as práticas da ESF foi possível compreender como se aplica a normalização de comportamentos

e de hábitos de vida. Entendemos que esse ideal normalizador das práticas, aliado à objetivação discursiva referida acima, processam o que temos referido como produção de sujeitos/subjetividade agenciada pelo dispositivo ESF.

1.3.3 Fontes

Optamos por deixar essa seção no corpo da dissertação, e não nos anexos, por entendermos que ela ilustra o percurso metodológico em nível dos procedimentos de busca, seleção e escolha das fontes que serviram à construção da seção 1.1 do Capítulo 1 e do Capítulo 3.

1.3.3.1 Fontes utilizadas para a Apresentação do objeto da pesquisa

O campo que elegemos para realizar essa cartografia de dimensões arqueológica e genealógica foi de base documental. Por que analisar documentos? Primeiro porque é presumível que cada equipe de Saúde da Família realize suas atividades com certa singularidade, havendo variações na forma das diretrizes de funcionamento da ESF serem operacionalizadas. Mas o motivo principal de pesquisar documentos reguladores da ESF se deveu ao fato de entendermos que aí estão implícitas a racionalidade e a economia próprias a esta política pública. E, também, porque não foi uma preocupação dessa pesquisa investigar se a estratégia Saúde da Família é operacionalizada tal e qual sua proposta discursiva preconiza. Importou-nos, sim, problematizar um arranjo prático-discursivo que existe no terreno do legítimo e que é apresentado como prioridade política pelo Ministério da Saúde brasileiro.

As fontes acessadas para compor o Capítulo 1 dessa dissertação, que apresenta a estratégia Saúde da Família, foram:

- 1) Portarias nº 649/GM de 28 de março de 2006; nº 650/GM de 28 de março de 2006 e nº 822/GM de 17 de abril de 2006. Todas estão publicadas conjuntamente no documento intitulado *Política Nacional da Atenção Básica* (2006a);
- 2) *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* (Volume I da Série Pactos pela Saúde, 2006b);
- 3) Legislação que instituiu o SUS: artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988;
- 4) Leis que regulamentaram o SUS: nº 8.080 (de 19 de Setembro de 1990) e nº 8.142 (de 28 de Dezembro de 1990);

- 5) Textos diversos publicados em diferentes páginas do site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br;
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php;
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>;
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
- 6) Três publicações editadas pelo Ministério da Saúde e uma referenciada pela terceira publicação abaixo citada:
- BRASIL (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde;
 - BRASIL (2003). *Direito sanitário e saúde pública – volume II*. Ministério da Saúde: Brasília;
 - BRASIL (2005). *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde;
 - VIANA & DAL POZ (2005). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 225-264.
- 7) O capítulo de um livro frequentemente referenciado em artigos e livros da área de Saúde Coletiva:
- BERTUSSI, D. C., OLIVEIRA, M. D., & LIMA, J. V. (2001). A Unidade Básica de Saúde no Contexto do Sistema de Saúde (Capítulo 7). In: S. M. ANDRADE, D. A. SOARES, & L. CORDONI JUNIOR, *Bases da saúde coletiva* (pp. 133-143). Londrina: Ed. UEL.

1.3.3.2 Fontes acessadas para a construção do Capítulo 3

A maior parte das fontes acessadas para pesquisar e compor a breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil foram secundárias e terciárias. Devido à extensão do período histórico abordado - do século XIX à virada do XXI - e do tempo hábil para concluir o estudo e a escrita dos outros capítulos da dissertação, o número de fontes primárias acessadas foi menor do que o de secundárias e terciárias, consistindo nos seguintes documentos:

- Constituição Política do Império do Brasil (de 25 de Março de 1824);

- Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de Fevereiro de 1891);
- Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de Julho de 1934);
- Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 10 de Novembro de 1937);
- Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 18 de setembro de 1946);
- Decreto nº 49.974, de 21 de Janeiro de 1961 - *Código Nacional de Saúde*;
- Constituição da República Federativa do Brasil (de 24 de Janeiro de 1967);
- Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969;
- URSS (1978). “Declaração de Alma-Ata”. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata*;
- CANADÁ (1986). “Carta de Ottawa”. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: Ottawa*;
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (de 05 de Outubro de 1988);
- Lei 8.080 (de 19 de Setembro 1990);
- Lei 8.142 (de 28 de Dezembro de 1990).

A busca das fontes secundárias e terciárias teve início com uma pesquisa à base de dados *Scielo* e ao *Schoolar Google*, por meio dos descritores “história das políticas de saúde”, “saúde pública e história”, “políticas sanitárias e história” e “histórico das políticas de saúde”. Feito isso, foram selecionados os artigos e o capítulo de livro²² abaixo listados, a partir da leitura de seus resumos e da observação geral de que iam ao encontro do assunto que buscávamos.

- ALMEIDA, M. (2005). São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. *Tempo*, Rio de Janeiro, nº 19, pp. 77-89;
- AVELINO, Y. D. (2008). Territórios de Exclusão Social: A Cidade e a Saúde Pública (1889-1930). Texto integrante dos

²² Este capítulo do livro *Tratado de saúde coletiva* está disponível on-line, digitando-se seu título no campo de buscas do site google.com, ele é o primeiro documento em formato Word que aparece entre os itens que esta busca apresenta.

Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão. ANPUH/SP – USP. São Paulo, 08 a 12 de setembro de 2008;

- CASTRO-SANTOS, L. A. de (1998). As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados*, vol. 41 n. 3, Rio de Janeiro;
- FARIA, L. R. de. (1995). Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.109-127;
- HOCHMAN, G. (1993). Regulando os Efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos, Rio de Janeiro*, vol.6, n. 11, p. 40-61;
- LIMA, N. S. (1998). Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. V (suplemento), 163-193 julho;
- LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. (2000). Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):313-332;
- NUNES, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):251-264;
- NUNES, E. D. (2006). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz;
- PAIVA, C. H. (2003) A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, vol. 10(3): 827-51, set.-dez;

- SANTOS, L. A. de C. (1985). O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210.
- TEIXEIRA, L. A. (2006). Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*; (40)1: 3-19.

Estes estudos foram lidos parcialmente ou na íntegra e deles foram destacadas referências de livros e outros artigos que apareceram citados direta, indiretamente ou que fizeram parte das referências bibliográficas e pareciam abordar a história das políticas de saúde pública no Brasil. Dentre as fontes assim encontradas, há que se destacar a pesquisa de Machado R; Loureiro A; Luz R & Muricy K (1978)²³, a partir da qual definimos o ponto de partida temporal e compusemos a maior parte da genealogia das políticas de saúde pública brasileiras referente ao século XIX. Ainda na composição deste período, foram importantes os seguintes estudos:

- CHALHOUB, S. (1996). *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras;
- HOCHMAN, G. (1998). *A era do saneamento*. Hucitec-ANPOCS, São Paulo;
- LUZ, M. T. (1982). *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal;
- RIBEIRO, M. A. R. (1993). *História sem fim. Inventário da saúde pública. São Paulo: 1880-1930*. Editora da Universidade Estadual Paulista, São Paulo;
- SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M. de (1988). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988, pp. 96-97;

²³ Machado R; Loureiro A; Luz R & Muricy K (1978). *Danação da norma: a constituição da medicina social e da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

- TELAROLLI JUNIOR, R. (1996). *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista;

Os quatro últimos também serviram ao estudo e à escrita sobre as primeiras décadas do século XX e, desta década em diante, as fontes utilizadas foram²⁴:

- AROUCA, S. (2003) *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ;
- BRASIL (2003). *Direito sanitário e saúde pública – volume II*. Ministério da Saúde: Brasília;
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; & CORDONI JR, L. (2001) “A Organização do Sistema de Saúde no Brasil”. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; & CORDONI JUNIOR, L. [Orgs.] *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. EU., pp. 27-59;
- RODRIGUES, B. de A. (1979). *Fundamentos de administração sanitária*. São Paulo: USAID, 2ª Ed;
- ROS, M. A. Da. (2006). “Políticas Públicas de Saúde no Brasil”. In: ROS, M. A.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M. [Orgs.]. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Nova Letra, vol. 2;
- SCLIAR, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41.

²⁴ Além de algumas fontes primárias citadas no início desta subseção.

CAPÍTULO II

Proveniências das Políticas de Saúde Pública no Ocidente

desde o início da Idade Média, o poder exercia tradicionalmente duas grandes funções: a da guerra e a da paz, que ele assegurava pelo monopólio dificilmente adquirido das armas; a da arbitragem dos litígios e da punição dos delitos, que assegurava pelo controle das funções judiciárias. [...] Eis que surge, no século XVIII, uma nova função: a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade. (FOUCAULT, 2008b, p. 197).

As políticas de saúde pública são um acontecimento relativamente recente na história das sociedades ocidentais. Os estudos de Foucault referentes ao nascimento da medicina social e ao advento da biopolítica, na Europa do século XVIII, levam a crer que estes acontecimentos foram condição de possibilidade das políticas sanitárias no Ocidente. A biopolítica e as instituições médicas são correlativas tanto quanto o são as técnicas de segregação e a psiquiatria e as técnicas da disciplina e o sistema penal, o “desenvolvimento [...] do que foi chamado *Medezinische Polizei, hygiène publique, social medicine*, deve ser inscrito no marco geral de uma ‘biopolítica’” (FOUCAULT, 2008a, p. 494).

Da perspectiva destes estudos foucaultianos, é possível analisar os programas estatais de saúde na condição de produto histórico-político, o que permite atravessar a suposta neutralidade da caracterização que os define apenas como organização técnico-científica, para evidenciar que se tratam de dispositivos biopolíticos. Ou seja, arranjos de saber-poder que sustentam e são sustentados por uma racionalidade normalizadora/normalizante.

Conforme Farhi Neto (2007), é possível encontrar em Foucault cinco diferentes acepções para a noção de biopolítica, referindo-se cada uma a um confronto entre política e outro domínio: saúde, guerra, sexualidade, segurança e economia. O tema da primeira acepção, problematizada por Foucault em termos cronológicos, foi a relação

entre política e saúde, na qual assenta-se toda a problemática histórico-conceitual desta pesquisa.

A fim de refletir com mais elementos as questões específicas a este tema, serão tratados, antes, aspectos mais gerais da noção de biopolítica, tais como os seus objetivos, problemas e técnicas, destacando-se sua inscrição no *regime de biopoder* e sua relação com as *disciplinas*. Este é o assunto da primeira seção deste capítulo, intitulada *A Era do Biopoder: disciplinas e biopolítica*, que representa o primeiro eixo argumentativo de desnaturalização das políticas de saúde pública.

Na sequência, são abordadas as ligações entre o pastorado cristão, a tecnologia de polícia e a governamentalização do Estado na gênese dos dispositivos contemporâneos, em geral, e das políticas de saúde, em específico, cujos efeitos de totalização e individualização subjetiva figuram entre uma de suas principais marcas.

A Saúde como Objeto de Governo é a última seção deste capítulo, nela são tratadas as primeiras formas como condutas individuais e coletivas foram conduzidas por diferentes dispositivos de *governo da saúde* e, também, as feições que tal governo assume contemporaneamente.

2.1 A emergência do Biopoder: Disciplinas e Biopolítica

O início do século XVII e a metade do século XVIII são apontados por Foucault como momentos da emergência de certas práticas de investimento sobre a vida, as quais marcaram uma ruptura na ordem política ocidental. Tal ruptura operou-se na medida em que o regime de soberania, exercido até então sob a legitimidade do soberano de “*fazer morrer e deixar viver*” seus súditos, foi sendo substituído por um *regime de bio-poder*, a partir do qual se viu nascer uma tipologia política de majoração das forças individuais e de aumento e regulação da vida das populações (Foucault, 2008a, 1985).

O regime de soberania foi um tipo de poder que tinha como principais objetos a terra e seus produtos, e como principal objetivo extrair bens e riqueza. Sua prática política exercia-se por transcrições jurídicas de obrigações descontínuas, fixadas num sistema de taxas e fundamentadas na existência física do soberano (FOUCAULT, 2008b). Esse regime caracterizou-se por uma relação vertical soberano-súdito marcada pelo apoderamento e supressão da vida, já que o primeiro gozava o direito de “*fazer morrer*”, caso julgasse necessário e justo mandar à morte algum súdito. Entretanto,

nos séculos XVII e XVIII, ocorre um fenômeno importante: o aparecimento, ou melhor, a invenção de uma nova mecânica de poder, com procedimentos específicos, instrumentos totalmente novos e aparelhos bastante diferentes, o que é absolutamente incompatível com as relações de soberania. (FOUCAULT, 2008b, p. 187).

Esse fenômeno importante introduziu uma nova economia de poder na medida em que organizou suas práticas em torno da gestão da vida, no sentido de sua majoração, multiplicação e regulação, produzindo um conjunto de mecanismos que incluiu as características biológicas fundamentais da espécie humana numa estratégia política, numa estratégia geral de poder (Foucault, 2008a). A prática dissimétrica do soberano, que “*fazia morrer e deixava viver*”, passou a figurar de forma inversa com o regime de biopoder, a partir do qual o direito político passou a ser “*fazer viver e deixar morrer*”.

Em torno desta inversão de racionalidade foram sendo organizados novos dispositivos e novas práticas que resultaram em uma configuração que “tende[eu] a se deslocar ou, pelo menos, a se apoiar nas exigências de um poder que ger[asse] a vida e a se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 1985, p. 128). Grosso modo, o biopoder toma por vida as manifestações biológicas e quantificáveis da espécie humana, tais como o nascimento, a morte, a longevidade; enfim, todos os fenômenos vitais passíveis de serem convertidos em taxas e índices numéricos.

A organização das sociedades e dos modos de viver sofreram mudanças diretas com o biopoder, a partir do seu exercício assistiu-se à “proliferação das tecnologias políticas que [...] [investiram] sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência” (FOUCAULT, 1985, p. 135). Se no regime de soberania os principais objetos de intervenção eram a terra e seus produtos controlados leis, no biopoder foram os corpos dos indivíduos e os fenômenos próprios das populações que se tornaram alvo privilegiado das práticas políticas.

A velha potência de morte em que se simbolizava o poder soberano [...] [foi], cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida. Desenvolvimento rápido, no decorrer da época clássica, das disciplinas diversas – escolas, colégios, casernas, ateliês; aparecimento, também, no terreno das práticas políticas e observações econômicas, dos problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração; explosão, portanto de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “biopoder”. (FOUCAULT, 1985, pp. 131-132).

O biopoder não somente valeu-se de técnicas que ao serem exercidas cada vez mais amplamente orquestraram um novo arranjo histórico-político, como também se organizou em torno de questões prementes à época de seu surgimento, mostrando-se, assim, “um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente” (FOUCAULT, 2008b, p. 188). Não obstante, suas práticas e seus instrumentos foram mais eficazes do que os do regime de soberania para fazer frente aos

problemas provocados pela urbanização, pelo aumento populacional e pela crescente industrialização da maioria das sociedades ocidentais dos séculos XVIII e XIX.

Duas tecnologias políticas compõem esse fenômeno que caracterizou o exercício do poder na modernidade Ocidental: as *disciplinas* e a *biopolítica* (FOUCAULT, 1985). Embora tenham surgido em tempos históricos distintos - a primeira no início do século XVII e a segunda na metade do século XVIII - as disciplinas e a biopolítica apareceram sobrepostas a partir do século XIX, formando uma grande tecnologia política de intervenção sobre os corpos individuais e a vida das populações. Nesta sobreposição, a segunda não fez desaparecer a primeira, o que ocorreu foi “uma série de edifícios complexos” em que a mudança se deu nas próprias técnicas, ou seja, o que mudou foi a tecnologia dominante ou, mais propriamente, o sistema de correlação entre os mecanismos de uma e outra (FOUCAULT, 2008a).

Correlativa ao exercício das disciplinas e da biopolítica, organizou-se a sociedade de normalização que, ao dispor de corpos produzidos individualmente e assegurar a gestão da população crescente, mostrou-se tão própria ao fortalecimento do capitalismo. Uma articulação entre norma disciplinar e norma regulamentadora é o que caracteriza esta sociedade. Vêm-se materializados aí os dois pólos do biopoder. A norma circula entre ambos, podendo “tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Na primeira, a norma é determinada previamente, de modo que a verificação do normal e do anormal se dá após sua aplicação, ou seja, “a disciplina estabelece os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que são considerados inaptos, incapazes e os outros.” (FOUCAULT, 2008a, p. 75). Na biopolítica o caminho é outro, o “normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha seu papel operatório.” (FOUCAULT, 2008a, p. 83). Portanto, primeiro se estabelece uma curva normal geral a partir da forma como os seus fenômenos-objeto se apresentam “naturalmente” para, em seguida, intervir-se sobre as tendências mais desviantes dessa normalidade “natural”.

A sociedade normalizada-normalizadora - que é a própria sociedade moderna - traduz-se numa organização composta em que operam as duas tecnologias políticas do biopoder. Ela “é o efeito

histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 1985, p. 135), na qual entraram em cena o controle e a modificação dos processos vitais no que têm de classificáveis, manipuláveis, passíveis de serem organizados no detalhe e no conjunto, por estratégias de saber-poder que tanto podem ser disciplinares quanto biopolíticas, ou se valerem de elementos destas duas tecnologias na composição de seus dispositivos.

As disciplinas são técnicas de exercício de poder provenientes da Antiguidade e da Idade Média, os mosteiros e as organizações escravistas em algumas colônias de países europeus são exemplos de domínios em que se aplicou o sistema disciplinar; contudo, seus princípios fundamentais foram elaborados durante o século XVIII (FOUCAULT, 2008b). Comparadas ao regime de soberania, as disciplinas representaram uma nova economia política, que tomou como objeto os corpos individuais e seus atos, com o intuito de lhes extrair tempo e trabalho. É um exercício de poder que se aplicou - se aplica - de forma contínua, sistemática e permanente, por meio de um sistema de vigilância e de coerções materiais que visam a gastar o mínimo com uma eficiência máxima.

Os mecanismos disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. [...] [uma] nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. (FOUCAULT, 2008b, p. 105).

A técnica disciplinar instaurou um campo de visibilidade em torno de corpos individuais que separados, alinhados, colocados em série e sob vigilância, foram alvo de técnicas produtoras de sua força útil e de sua docilidade. As disciplinas exerceram-se de forma dispersa, descentralizada no tecido social, na medida em que suas técnicas foram aplicadas por instituições diversas - família, escola, exército, fábrica, hospital, asilo, prisão - e sem um grande aparelho político que as coordenasse.

Diferentemente, a segunda face tecnológica do biopoder surgiu e ganhou força em associação direta com o crescimento Estatal, podendo-

se defini-la enquanto “exercício do poder pelo Estado como cuidado com a vida da população, [...] modalidade contemporânea da função política.” (FAHRI NETO, 2008, p. 56). Ou, ainda, como “a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças” (FOUCAULT, 1997, p. 89). A superfície de suporte da biopolítica é diferente das disciplinas, o que a faz vale-se da aplicação de outros instrumentos. Seu exercício se dá por um conjunto de intervenções e regulações sempre investidas sobre o corpo social, “por intermédio de leis, mas também das mudanças de atitude, de maneira de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas “campanhas”” (FOUCAULT, 2008a, p. 493). A série de elementos em torno e/ou por meio dos quais ela opera são os processos biológicos, os mecanismos regulamentadores e o Estado.

Na biopolítica, o “nível de pertinência para a ação de um governo não é a totalidade efetiva e ponto por ponto dos súditos, é a população com seus fenômenos e seus processos próprios.” (FOUCAULT, 2008a, p. 86). A epidemiologia, a economia, as ciências humanas, a planificação familiar, o controle de imigração, os programas de saúde pública e as políticas sociais são modelos de dispositivos biopolíticos (FASSIN, 2006), aplicáveis tanto por meio da lei e de normas, quanto de técnicas diversas.

Na dinâmica do biopoder, as disciplinas centram-se na individualidade do homem-corpo operando um processo individualizante. E, a intervenção biopolítica volta-se ao homem ser vivo operando um processo massificante, de homogeneização, que nega e reduz o indivíduo “a ser o exemplo ínfimo de um conjunto muito mais amplo e que, por ser homogêneo, pode ser mais facilmente manipulado, submisso, asujeitado, governado.” (Revel, 2006, p. 56). Esse homem ser vivo aparece enquadrado pela biopolítica em um duplo pertencimento de conjunto: como *espécie humana* e como *componente populacional*. Desde então, a população tornou-se “objeto técnico-político de uma gestão e de um governo” (FOUCAULT, 2008a, p. 92).

Portanto, com a emergência do biopoder assistiu-se à formação da sociedade moderna, na qual as tecnologias políticas “se dirigem ao corpo, à vida, ao que faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar, ou sua aptidão para ser utilizada” (FOUCAULT, 1985, p. 138). Tal sociedade passou a funcionar sob o jugo da norma individualizante das disciplinas - que visam a maximizar a utilidade dos corpos dos indivíduos e torná-los dóceis - e da norma

massificante da biopolítica - que visa à normalização do *homem-espécie* a partir de intervenções concertadas. Essa condução do individual e do coletivo, baseado em técnicas de gestão e de governo, tem origens em um tipo de poder que surgiu “num Oriente pré-cristão primeiro, e no Oriente cristão depois. [...] primeiramente, sob a forma da idéia e da organização de um poder de tipo pastoral, depois sob a forma da direção de consciência, da direção das almas.” (FOUCAULT, 2008a, p. 166).

O poder pastoral e as técnicas de direção de consciência são uma espécie de matriz política de governo, tipos específicos de condução de condutas que foram desenvolvidas em certo momento histórico, mas que sofreram episódios de crise, foram reelaboradas e passaram a dividir espaço com outras formas de condução de condutas. As tecnologias do regime de biopoder guardam semelhanças com a forma de exercício do poder pastoral, como também a “polícia” que se constituiu no século XVII com o dever de “assegurar o esplendor do Estado.” (FOUCAULT, 2008a, p. 422). Tanto no biopoder quanto nessa tecnologia de polícia - que não se resumia ao que hoje é a instituição policial - é possível perceber elementos das técnicas pastorais de condução de condutas individuais e coletivas, de acompanhamento do rebanho e de cada ovelha, de todos e de cada um.

O principal objetivo da “polícia médica” (*Medizinichopolizei*) - componente da tecnologia policial acima referida - era majorar a vida de indivíduos e coletividades por meio da manutenção da sua saúde e bem-estar. A *Medizinichopolizei* foi a primeira política de saúde pública do Ocidente.

A polícia, o poder pastoral, as disciplinas e a biopolítica são formas de poder que não exercem a exploração e a extorsão física, tal qual fez o regime de soberania, mas sim, conduzem condutas, produzem atos, gestos, comportamentos, modos de ser e de viver. Ou seja, são um tipo de poder “positivo”, no sentido de não serem da ordem do apoderamento e da supressão, mas da produção de realidades e subjetividades.

A próxima seção deste capítulo dedica-se a apresentar o poder pastoral como matriz política do biopoder e da polícia, de modo a lançar os elementos que servirão de base para se compreender a forma como se organizaram as primeiras expressões de políticas sanitárias no Ocidente, bem como, para termos um paralelo de análise no Capítulo 3, que apresenta uma breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil. A seção seguinte também debate a relação Estado-governo, que desde o século XVIII foi naturalizada e ampliou o espectro estatal de

objetos a serem geridos e governados, incluindo, dentre estes, o “bem-estar” e a “saúde” dos indivíduos e populações, agenciando efeitos de individualização e de totalização próprios aos dispositivos governamentalizados.

2.2 Poder Pastoral, Tecnologia de Polícia e Governamentalização do Estado

Se a “biopolítica deve ser compreendida a partir de um tema desenvolvido desde o século XVII: a gestão das forças estatais” (FOUCAULT, 2008a, p. 494), faz-se imprescindível debater a relação entre o poder pastoral, a “polícia” e a governamentalização do Estado, a fim de mostrar o quanto estas modalidades políticas estão ligadas à gênese das estratégias de poder centradas na vida e o quanto são algo de que o Ocidente contemporâneo ainda não se afastou. Segundo Foucault (2008a e 2006), o pastorado assinala uma passagem decisiva na história do poder nas sociedades ocidentais, tanto por ter servido de suporte ao processo de governamentalização iniciado no século XVI, quanto por ser, até hoje, uma espécie de matriz tática²⁵ de governo dos homens.

A partir das noções de governo, governamentalização e governamentalidade, Foucault problematizou as diferentes formas históricas de governar e ser governado, fazendo notar que a atual associação entre Estado e governo é algo que se viu formar apenas a partir do século XVIII. A noção de governo diz respeito a conjuntos de práticas e técnicas de condução de condutas produzidas historicamente, é “tecnologia política multiforme que age de forma bem ampla, bem fina e bem concreta, articulando-se a saberes sobre os sujeitos: incide sobre corpos individuais e coletivos regulando, marcando, normalizando e individualizando” (PRADO FILHO, 2006, p. 19). A governamentalização corresponderia ao resultado de um processo em que o Estado tornou-se uma máquina de governo, no qual se viu intensificar - no decorrer dos séculos XVII, XVIII e XIX - a concentração de inúmeras táticas e estratégias de poder até então exercidas por instituições diversas e sem ligação com um aparelho político central.

Portanto, a governamentalização da sociedade diz respeito à centralização e coordenação de inúmeras técnicas de governo pelo Estado, formando uma grande tecnologia política para dar conta de tudo que seja concebido como “patrimônio” estatal, nele incluindo a população. Esse processo configurou, no século XIX, o que Foucault

²⁵ No sentido de que muitos dos procedimentos do pastorado cristão, para conduzir a conduta do rebanho e de cada ovelha, foram colonizados pelos Estados quando estes assumiram o governo dos homens como sua função.

intituiu de governamentalidade, um tipo de “arte de governar cuja racionalidade tem seu princípio de aplicação específico no Estado” (FOUCAULT, 2008a, p. 491), significando também a transformação de todo tipo de conduta em objeto de governo, ou ainda, certa racionalidade que pressupõe ser tudo governável.

Nesse processo, a “pastoral, a nova técnica diplomático-militar e, enfim, a polícia [...] foram [...] os três grandes pontos de apoio a partir dos quais pôde se produzir esse fenômeno fundamental na história do Ocidente, a governamentalização do Estado.” (FOUCAULT, 2008a, p. 146). As técnicas pastorais foram capturadas pelos Estados emergentes ao final do feudalismo, quando a instituição estatal também passou a querer se encarregar da conduta dos homens e a querer conduzi-los. A noção de conduta advém da história do pastorado cristão, como seu elemento fundamental, dado que

o pastorado no cristianismo deu lugar a toda uma arte de conduzir, de dirigir, de levar, de guiar, de controlar, de manipular os homens, uma arte de segui-los e de empurrá-los passo a passo, uma arte que tem a função de encarregar-se dos homens coletiva e individualmente ao longo de toda a vida deles e a cada passo da sua existência. (FOUCAULT, 2008a, pp. 218 – 219).

Portanto, é um tipo de poder que toma a conduta dos homens como alvo e tem por instrumentos os métodos que permitem conduzi-los, a fim de interferir na maneira como se comportam. Nesse sentido, a história do pastorado cristão coincide com o conjunto dos procedimentos de individualização humana no Ocidente e resulta numa estratégia política a partir da qual o problema do governo e da governamentalidade foram colocados. Por essa razão, Foucault (2008a) tomou o ponto de vista do poder pastoral cristão para tecer o pano de fundo do processo de governamentalização que instaurou a era das condutas, dos governos, e provocou a passagem de uma pastoral das almas (exercida pelo pastorado cristão) ao governo político dos indivíduos e das populações (possibilitado pela era do biopoder e pela naturalização do par Estado-governo).

Essa passagem representa a gênese dos agenciamentos individualizantes e totalizantes dos Estados governamentalizados contemporâneos que, debitários da matriz política pastoral, assumiram como herança o governo da vida de todos e de cada um, derivante da

missão pastoral de conduzir, permanentemente, todo o rebanho e cada ovelha. Portanto, o pastorado foi uma arte de governar os homens a partir da qual se deu um processo de governamentalização que culminou em dois resultados: 1) o Estado moderno como uma máquina de governo, e 2) a governamentalidade “efetivamente uma prática política calculada e refletida.” (FOUCAULT, 2008a, p. 219). Em paralelo a essas transformações na forma do poder se exercer nas sociedades ocidentais, houve movimentos de resistências e insubmissões que também ganharam diferentes contornos com a passagem da pastoral das almas ao governo político dos indivíduos e populações. Desse modo,

na medida em que, a partir do fim do século XVII – início do século XVIII, muitas das funções pastorais foram retomadas no exercício da governamentalidade [...] vamos ver que os conflitos de conduta já não vão se produzir tanto do lado da instituição religiosa, e sim, muito mais, do lado das instituições políticas. E vamos ter conflitos de conduta nos confins, nas margens da instituição política. (FOUCAULT, 2008a, pp. 260-261).

A expansão e dispersão do pastorado ocorrida entre o século XVI e fins do século XVII na Europa, resultou em múltiplas artes de governo voltadas a objetos variados e exercidas por diversas instituições. Esse processo ocorreu pelo exercício de práticas intuitivas que se traduziam em pequenas conduções (governo das almas, das famílias, das crianças, da casa). No entanto, a naturalização do par governo-Estado que marcou o século XIX se processou pela via de um conjunto amplo de técnicas aplicadas sob coordenação estatal. O resultado disto foi a configuração de uma grande tecnologia de práticas de condução bem definidas e marcadas, com o suporte de vários saberes científicos.

A partir de então, governar um Estado significava “ter em relação aos habitantes, às riquezas, aos comportamentos individuais e coletivos, uma forma de vigilância, de controle tão atenta quanto a do pai de família.” (FOUCAULT, 2008a, p. 165). Essas conduções correlativas ao Estado tomaram como objeto tanto a população e o meio urbano (intervindo de forma global por meio de ações concertadas) quanto indivíduos, famílias e grupos humanos específicos (em que as técnicas interventivas são individualizantes e se aproximam da prática normativa

das disciplinas). Desse modo, o Estado passou a coordenar a ação de dispositivos diversos que orquestraram conduções de condutas totalizantes e individualizantes, à maneira própria do biopoder, combinando ou oscilando entre elementos do poder disciplinar e da biopolítica das populações.

Basta observar a racionalidade do Estado nascente e ver qual foi seu primeiro projeto de polícia, para nos darmos conta de que, desde os seus primórdios, o Estado foi, ao mesmo tempo, individualizante e totalitário. Opor-lhe o indivíduo e seus interesses é tão arriscado quanto lhe opor a comunidade e suas exigências. (FOUCAULT, 2006, p. 69).

Portanto, o cuidado com o todo e cada um, oriundo do pastorado cristão, também serviu de matriz ao projeto de “polícia” nascido no século XVII, que tanto significava o “Estado como poder de intervenção racional e calculado sobre os indivíduos”, quanto o “Estado como conjunto de forças crescentes ou a se fazer crescer” (FOUCAULT, 2008a, p. 439). A “polícia”, necessariamente, deveria passar pela vida dos indivíduos, que aí se tornou uma preciosidade estatal. Essa tecnologia foi uma espécie de arte racional de governar destinada a majorar tudo o que resultasse em fortalecimento do Estado, de modo que não se resumia ao que hoje é a instituição policial. Ao lado das obrigações de ordem, ela também assumia as de regulação econômica e de garantia da saúde e bem-estar físico do corpo social.

As atividades da “polícia” organizavam-se em “3 grandes direções: respeito da regulamentação econômica [...]; respeito das medidas de ordem [...] e respeito às regras gerais de higiene” (FOUCAULT, 2008b, p. 197), caracterizando-se como um conjunto de regulamentos e de instituições múltiplas que não se concentravam em um aparelho estatal único. Seus dois principais objetivos eram: (1) proporcionar ao Estado posição privilegiada no jogo das rivalidades entre Estados e (2) trabalhar no sentido do “bem-estar” dos indivíduos com vistas à garantia da ordem interna. “Enquanto forma de intervenção racional exercendo o poder político sobre os homens, o papel da polícia Consist[ia] em lhes dar um pequeno suplemento de vida; e, fazendo isso, em dar ao Estado um pouco mais de força.” (FOUCAULT, 2006, p. 58).

Entendendo ser a vida e a coexistência humanas efetivamente úteis à constituição e ao aumento das forças do Estado, a polícia

cuidava: da religião (do ponto de vista da qualidade moral da vida), da moralidade em geral, da saúde (a fim de preservar a vida), dos mantimentos, das estradas, pontes, calçadas e edifícios públicos, das artes e das ciências, do comércio, das fábricas, dos criados, dos carregadores e dos pobres.

A partir do princípio de que a força de um Estado depende da quantidade de seus habitantes, a polícia tinha como preocupação primeira o número de homens que o compunham e as atividades que exerciam, com o intuito de fazer aumentar ao máximo esse número e integrá-lo numa utilidade estatal. As necessidades da vida também eram objeto desta tecnologia política, pois não bastava haver homens, era necessário que eles também vivessem por um tempo razoável. O problema da saúde era o seu terceiro campo de intervenções, na medida em que era “efetivamente uma das condições necessárias para que os homens numerosos [...] [pudessem] trabalhar, exercer atividades, ocupar-se.” (FOUCAULT, 2008a, p. 435-436). Portanto, a polícia deveria estender suas atividades a todas as situações, a tudo aquilo que os homens faziam ou empreendiam, englobando também as relações entre os homens e as coisas (sua coexistência em dado espaço, suas relações de propriedade, de produção e de troca). Era do homem vivo, ativo e produtivo que a polícia cuidava. Seu interesse abarcava também a maneira como eles viviam, as doenças e os acidentes que os acometiam ou que poderiam acometê-los.

a saúde não será, para a polícia, simplesmente um problema no caso de epidemia, quando a peste se declara ou quando se trata simplesmente de afastar os contagiosos, como os leprosos, mas agora a saúde, a saúde cotidiana de todo o mundo vai se tornar um objeto permanente de preocupação e de intervenção para a polícia. Portanto vai ser necessário estar atento a tudo o que possa causar as doenças em geral. [...] [Será colocada em prática] toda uma política do espaço urbano ligada a esse problema de saúde. (FOUCAULT, 2008a, p. 436)

Na medida em que a polícia tomou a vida, a saúde dos homens e a população como objetos de reflexão e de intervenção, correlativamente, desenvolveram-se novas práticas e saberes que estiveram a serviço desta majoração da vida para fortalecer o Estado. Dentre os principais saberes e práticas que emergiram a esta época,

estavam a medicina social (conhecida como higiene pública), a demografia, a geografia humana e a estatística. Segundo Foucault (2008b), todas as sociedades operam certa “noso-política”, mas o século XVIII a colocou num nível de análise e de sistematização até então não conhecido. Isso se deveu ao fato das doenças terem aparecido, neste momento, como problema político e econômico e, de novas regras terem imprimido às coletividades a necessidade dos problemas de saúde serem resolvidos por decisões de conjunto. A partir de então, ganhou corpo a idéia de que seria necessária

uma política de saúde capaz de diminuir a mortalidade infantil, de prevenir as epidemias e de fazer baixar a taxa de endemia, de intervir nas condições de vida, para modificá-la e impor-lhes normas (quer se trate de alimentação, de hábitat ou de urbanização das cidades) e proporcionar equipamentos médicos suficientes. (FOUCAULT, 2008a, p. 494).

De tal sorte, a medicina foi chamada a responder pelas questões de saúde e de doença que o Estado entendia ser seu dever governar. Esse fenômeno aconteceu ligado ao fato do “pastorado, em suas formas modernas, [ter se estendido] em grande parte através do saber, das instituições e das práticas médicas. [...] a medicina foi uma das grandes potências hereditárias do pastorado.” (FOUCAULT, 2008a, p. 263). Não obstante, os primeiros dispositivos médicos do Ocidente carregaram as feições deste poder individualizante e totalizante que tinha na condução das condutas humanas para fins determinados sua principal razão de governar.

No caso da medicina, a partir do século XVIII, essa condução se deu por um governo da saúde, o que provocou uma ampliação no seu campo de discursos e práticas, já que, até o final da Idade Média, o que legitimava a intervenção médica eram apenas as doenças e a demanda de cura do doente.

A partir de então, seu campo não cessou de expandir-se, atingindo nos séculos XX e XXI uma ampliação tal em que tudo se tornou passível do saber e da prática médica (sono, alimentação, hábitos de vida, comportamentos em geral). A vida em seus detalhes se tornou objeto médico, podendo-se dizer que vivemos sob um governo medicalizado da vida, onde a saúde é colocada como norma reguladora das condutas humanas e, portanto, definidora de modos de ser e estar no

mundo. O que nos parece fundamental ser sublinhado é o fato desta condução sob a *norma da saúde* (do *ser saudável*), em determinadas situações, ser efetuada de forma compulsória, não demandada pelos sujeitos aos quais se aplica. É neste aspecto, sobretudo, que problematizamos a ESF, analisando se estas relações de poder - compulsórias, autoritárias, vigilantes, totalizantes e individualizantes - não estão aí presentes sob novas roupagens.

Por esses motivos, a próxima seção versará sobre *A Saúde como Objeto de Governo*, tratando do nascimento da medicina social na Europa do século XVIII, assim como, das feições que o governo da saúde assume contemporaneamente, de modo a tecer a gênese das políticas sanitária no Ocidente, destacando seus objetos e problemas. Neste ponto, em que aparecem associados o poder pastoral, a polícia, a saúde como preocupação do poder político e de um governo médico, temos a delimitação da problemática desta pesquisa, dentro do contexto histórico mais amplo da era de um poder centrado na vida e da estatização de diversas técnicas de governo. Assim, a seção a seguir encerra a problemática do estudo e serve como pano de fundo ao quinto capítulo, que traça *Uma Breve Genealogia das Políticas de Saúde Pública no Brasil*, o qual lançará os elementos para analisarmos se a estratégia Saúde da Família representa uma ruptura epistemológica e política em relação aos dispositivos sanitários que a antecederam.

2.3 A Saúde como Objeto de Governo

Num período que se estendeu do final do século XVI ao início do século XVII, a Europa foi dominada pelo mercantilismo. Para além de uma teoria econômica, o mercantilismo consistiu em uma prática política de controle das trocas monetárias entre nações, assim como de mercadorias e da produtividade da população e dos indivíduos, com o objetivo de “estabelecer fluxos comerciais que [...] assegur[assem] a força real de um Estado com relação aos outros.” (FOUCAULT, 2008b, p. 82). Nessa contenda, alguns países passaram a efetuar cálculos da força ativa de suas populações, produzindo estatísticas de nascimento e mortalidade, assim como índices do nível de saúde das populações, contudo, sem executar qualquer intervenção que almejasse aumentá-lo.

Entre 1750 e 1770, houve, na Alemanha, a proposição de ações com o interesse de melhorar a saúde da população que foram nomeadas “pela primeira vez, política médica de um Estado. A noção de *Medizinichopolizei*, polícia médica, foi criada em 1764 por W. T. Rau e trata de algo diferente de uma contabilidade de mortalidade ou natalidade.” (FOUCAULT, 2008b, p. 83). Esse foi o momento em que a saúde e o “bem-estar” passaram a figurar como problema político e objeto de governo estatal. A *Medizinichopolizei*, “longe de ser uma idéia isolada e sem conseqüências, se difundiu a partir da Alemanha até a Áustria, Itália, Grã-Bretanha, Estados Unidos e França e [...] foi usada por mais de um século, de 1779 até 1890” (CAPONI, 2000, p. 51).

Essa polícia médica foi uma medicina social de cunho estatal e administrativo. Portanto, a grande medicina clínica do século XIX foi precedida por uma medicina totalmente estatizada, acontecimento que atesta não ter surgido com o capitalismo uma medicina privatista, de cunho individual e centrada numa relação médico-paciente, mas sim, diversos modelos de medicina social, tais como a medicina urbana francesa e a medicina dos pobres e da força de trabalho inglesa, que serão apresentadas ainda na presente seção. Nesse sentido, há que se sublinhar o fato da medicina pertencer a um sistema histórico, o que significa dizer: não é uma ciência pura, faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder.

O modelo da polícia médica derivou de um conjunto de saberes denominado ciência de Estado (*Staatswissenschaft*), que nasceu, curiosamente, onde havia somente pseudo-estados, dado que a Alemanha só se unificou no século XIX. Para Foucault (2008b),

encontrava-se na ausência de potência política e de desenvolvimento econômico da Alemanha desta época a justificativa para o nascimento de uma ciência e de uma reflexão sobre o Estado, na medida em que se tornava “necessária e possível essa consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade.” (FOUCAULT, 2008b, p. 81). Assim, inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram exemplarmente desenvolvidos, bem como, procedimentos para extrair e acumular conhecimentos que melhor assegurassem seu funcionamento.

A *Medizinichopolizei* controlava um sistema completo de observação da morbidade, solicitando registros aos hospitalais e aos médicos que trabalhavam em diferentes cidades, além de administrar dados estatais sobre quadros endêmicos e epidêmicos.

O objetivo desse modelo médico era aperfeiçoar e desenvolver a força estatal por meio de intervenções sobre o corpo dos indivíduos, mas também, visava a organizar um saber médico no interior do Estado, regulamentar a medicina, subordinar os médicos a uma administração central e integrá-los em uma organização médica estatal (FOUCAULT, 2008b). Portanto, a normalização²⁶ da prática e do saber médicos também foi um efeito dessa política, tendo sido a medicina a primeira profissão normalizada na Alemanha, de modo que os programas de ensino e a expedição dos diplomas estavam submetidos ao controle estatal. Não obstante, a *Medizinichopolizei* foi também uma organização administrativa de controle da atividade médica, além disso, contava com funcionários médicos nomeados pelo governo para exercer seu ofício em regiões definidas. Um projeto operacionalizado pela Prússia, à época, teve desde a figura do “médico de distrito”, com responsabilidade sob

uma população entre seis e dez mil habitantes, até oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco e cinquenta mil habitantes. Aparece, neste momento, o médico como administrador de saúde. (FOUCAULT, 2008b, p. 84).

Nessa primeira etapa de formação da medicina social na Europa, o governo da saúde foi exercido por uma medicina que tomou como alvo os indivíduos e a população com o intuito de majorar as forças do Estado. Contudo, a medicina também foi alvo de normalização pelo

²⁶ Fixação das condutas tidas como normais em dado campo de saber-poder.

Estado, tendo sido organizada e regulamentada no interior deste. O projeto médico levado a efeito pela Prússia denotou uma tendência de esquadrinhamento e administração médicos de uma população determinada, um arranjo que parece ter como matriz um dos grandes modelos de organização médica na história ocidental: o esquema médico-político da quarentena, utilizado desde a Idade Média para controlar a peste e outras grandes epidemias²⁷.

A segunda etapa de formação da medicina social ocorreu na França, em fins do século XVIII, e se deu sem contar com um instrumento específico de poder, como no caso da *Staatsmedizin* alemã. Ainda em comparação a esta, ganhou em capilaridade e teor científico das observações feitas e das práticas empreendidas. O tipo de intervenção levado a efeito por este poder médico teve como suporte a urbanização, por isso suas atividades foram realizadas com muita proximidade das cidades, dos bairros e das comunidades. Foi no desenvolvimento das estruturas urbanas que a medicina social da França surgiu, a fim de dar conta, sobretudo, de um esquadrinhamento da população e das mazelas que geravam medo e angústia aos habitantes das grandes cidades francesas dentre os anos 1750 e 1780.

Estas cidades eram, em sua grande maioria, divididas por poderes rivais, de tal sorte que não havia territórios unificados e organizados homogeneamente sob o exercício de um poder único. A partir desta situação foi sinalizada a necessidade “de [se] construir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado.” (FOUCAULT, 2008b, p. 86). Apontou-se tal necessidade tanto por razões econômicas - pois a unificação de jurisdição e de poder intensificaria as relações comerciais e organizaria a indústria que começava a se formar - quanto por razões políticas - já que o aumento de um contingente pobre em vias de se proletarizar incidiria no aumento de revoltas políticas no interior da cidade.

A vida nessas grandes cidades era atravessada por diversas inquietações político-sanitárias resultantes do tecido urbano em desenvolvimento: a construção de oficinas e fábricas, as epidemias urbanas, o aumento e o amontoamento da população, a invasão da cidade pelos cemitérios cada vez mais numerosos, o perigo de desmoronarem as casas mal construídas, dentre outras. A fim de controlar tais fenômenos médico-políticos que inquietavam de forma intensa a população das cidades e, em especial, a burguesia, esta lançou

²⁷ Vide desenvolvimento sobre o tema no terceiro e quarto parágrafos abaixo.

mão do modelo da quarentena para tentar contê-los. A quarentena foi uma espécie de “regulamento de urgência” que existiu em todos os países europeus, desde o fim da Idade Média, para controlar a peste ou fortes epidemias que pudessem assolar alguma cidade.

O esquema da quarentena consistiu na distribuição, isolamento, individualização e vigilância dos indivíduos, um a um, a fim de controlar e registrar o estado de saúde de cada habitante, constatar a vida e a morte e “fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro” (FOUCAULT, 2008b, p. 89). Tudo isso deveria ser assegurado pela execução de cinco medidas (FOUCAULT, 2008b):

- 1) Movimentação proibida. Cada família permanecia em sua casa, preferencialmente, cada pessoa em seu compartimento;
- 2) Sistema de vigilância generalizada. O espaço urbano da cidade era dividido e esquadrinhado em bairros, sob a responsabilidade de um chefe de distrito que ordenava inspetores a verificarem o cumprimento da proibição de se movimentar;
- 3) Sistema de registro centralizado. As informações consideradas importantes eram recolhidas pelos vigias de ruas ou de bairro que elaboravam relatórios diários ao prefeito da cidade;
- 4) Revista exaustiva dos vivos e dos mortos. Os inspetores revistavam diariamente todos os habitantes da cidade para verificar no registro-geral os que permaneciam vivos e levar para fora da cidade, em enfermaria especial, os que haviam contraído a peste;
- 5) Desinfecção compulsória. Em cada casa se queimava perfume a fim de desinfetar o ambiente.

Esse modelo médico-político de reação à peste serve-se de estratégias militares de organização, onde o internamento, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante e o registro permanente distinguem-se, por exemplo, do antigo modelo médico de reação à lepra, que obedece a um mecanismo de exclusão e isolamento do leproso baseado em moldes religiosos. O leproso era o bode expiatório que ao ser exilado, expulso do espaço comum para juntar-se a outros leprosos, purificava o espaço urbano. O esquema de reação à lepra e o de reação à peste, ambos desenvolvidos no medievo, foram os “dois grandes

modelos de organização médica na história ocidental” (FOUCAULT, 2008b, p. 88).

O primeiro organizou-se em torno do mecanismo da exclusão, para o qual “Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era [...] de exclusão. O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVIII, obedece[u] ainda a esse esquema.” (FOUCAULT, 2008b, p. 88). E o esquema de reação à peste serviu de modelo à medicina urbana que se viu nascer na segunda metade do século XVIII, sendo a higiene pública “uma variação sofisticada do tema da quarentena” (FOUCAULT, 2008b, p. 89).

A medicina urbana teve como objetivo primeiro analisar as “regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano” (FOUCAULT, 2008b, p. 90), portanto, todos os lugares que pudessem provocar doenças e difundir epidemias. Os matadouros e, sobretudo, os cemitérios foram os primeiros alvos dessa medicina porque produziam confusão e perigo pela forma como estavam organizados e localizados na cidade. Datam de 1780 “as primeiras grandes emigrações de cemitérios para a periferia [...]. É nessa época que aparece o cemitério individualizado, isto é, o caixão individual, as sepulturas reservadas para as famílias, onde se escreve o nome de cada um.” (FOUCAULT, 2008b, p. 89). Ou seja, o acontecimento da individualização do caixão e do túmulo se deu por motivações político-sanitárias de respeito aos vivos e não teológico-religiosas de reverência aos mortos.

Outro objetivo da medicina urbana foi controlar e estabelecer uma boa circulação da água e do ar. Isso porque se pensava que o ar poderia ser um importante agente patógeno, caso estivesse contaminado por miasmas ou se não gozasse das qualidades que o mantinham sadio. O ar nunca deveria estar bloqueado na cidade, para tanto, os muros, as casas e os recintos deveriam ser construídos de tal forma que não impedissem a circulação de ar. Não obstante, as preocupações dessa medicina se voltavam à abertura de longas avenidas no espaço urbano, à criação dos melhores métodos de arejamento das cidades, à destruição das casas que barravam a circulação do ar e retinham ar úmido, dentre outros problemas que interferissem na organização de corredores de ar e de água.

O terceiro grande objeto da medicina urbana foi a distribuição do esgoto e da água potável, dado que uma desordem nesse âmbito “foi considerada, na segunda metade do século XVIII, responsável pelas principais doenças epidêmicas das cidades.” (FOUCAULT, 2008b, p. 91). É desta preocupação que surgiu uma “polícia da vida fluvial” em

1742, de modo que, em 1789, “a cidade de Paris já tinha sido esquadrihada por uma polícia médica urbana que tinha estabelecido o fio diretor do que uma verdadeira organização de saúde da cidade deveria realizar.” (FOUCAULT, 2008b, p. 91). Os planos de intervenção desse modelo médico voltaram-se, portanto, aos espaços comuns, não tendo atingido de uma maneira ampla e incisiva as casas e seu interior devido à lei da propriedade privada existente à época. Por conta disto, as intervenções da medicina social desenvolvida na França foram preponderantemente focadas nos espaços públicos.

Foucault (2008b) aponta que essa medicalização da cidade foi importante por três razões: promoveu a ascensão da medicina a um estatuto científico, quando da aproximação com outro *corpus* de saber, tal como a química; utilizou a noção de *meio* que, décadas mais tarde, entrou na ordem das ciências naturais (e da própria medicina) relacionada à noção de organismo; instaurou a noção de salubridade e, correlativamente, a de higiene pública. Portanto, foi dessa medicina urbana que teve origem a medicina científica do século XIX. A compreensão da segunda etapa de formação da medicina social permite observar que a “medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo.” (FOUCAULT, 2008b, p. 93). No período em que o meio foi seu principal objeto, fizeram-se fundamentais as noções de salubridade e insalubridade, que se referiam ao estado de saúde do meio e às coisas que afetavam esse estado, assim como o de higiene pública, que era a forma para controlá-lo política e cientificamente.

Finalmente, no segundo terço do século XIX, ocorreu, na Inglaterra, a terceira etapa de formação da medicina social, que se caracterizou por eleger os pobres e os trabalhadores como os alvos de sua intervenção. Isso se deveu ao fato da Inglaterra ter sido o país em que houve o maior crescimento industrial e, conseqüentemente, do proletariado. E, em relação à população pobre, ocorreu que, não apenas na Inglaterra, ela apareceu a esta época como perigo às classes ricas, tanto por ter se tornado uma força política capaz de promover revoltas populares, quanto por haver se cristalizado a idéia de que também era um perigo sanitário, após uma pandemia de cólera que percorreu a Europa na década de 1830.

Foucault (2008b) pontua que não estavam ausentes na Inglaterra desse período projetos de medicina de Estado, nem discursos similares ao da medicina urbana francesa, mas foi “essencialmente na *Lei dos pobres* que a medicina inglesa começ[ou] a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico ao

pobre.” (FOUCAULT, 2008b, p. 95). A *Lei dos pobres* continha uma legislação médica que tentou resolver o problema da burguesia à época, acerca dos custos, dos meios e da forma de garantir a segurança política das classes ricas. Assim, foram estabelecidas autoritariamente ações sanitárias que, por um lado, ofereciam aos pobres tratamento gratuito ou de baixa despesa e, por outro, protegiam os ricos “de fenômenos epidêmicos originários da classe pobres.” (FOUCAULT, 2008b, p. 95).

Em 1870, a *Lei dos pobres* foi ampliada para além da assistência-proteção e da assistência-controle que ela implicava desde instituída, de modo que em 1875 foram criados os sistemas de *health service* e de *health officers*. Tais sistemas exerceram os mesmos controles empreendidos pela *Lei dos pobres*, porém em nível coletivo, realizando vacinação compulsória, registro de doenças epidêmicas, localização e destruição de focos de insalubridade. O *health service* tinha a característica de atingir igualmente toda a população e prestar cuidados médicos que tomavam por objeto tanto a população em geral, com medidas preventivas, quanto os espaços físicos e os elementos urbanos e naturais, tal como na medicina social francesa.

O modelo médico inglês foi um exemplo de medicina a serviço de uma classe, beneficiando-a por duas vias: (1) pelo controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, a fim de aumentar sua aptidão para o trabalho; e (2) por torná-las sanitariamente menos perigosas às classes mais ricas. Esse foi o único tipo de medicina, entre os três, que, guardadas as proporções e diferenças, persistiu até a primeira metade do século XX, pois assegurou a proteção das classes mais ricas oferecendo “assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadrinha geral da saúde pública” (FOUCAULT, 2008b, p. 97). Assim, permitiu a superposição e coexistência de “uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la.” (FOUCAULT, 2008b, p. 97).

Ao acompanhar a emergência de cada um destes modelos de medicina social, fica nítido o quanto o governo da saúde, nestes séculos, se deu por objetivos singulares e sobre objetos variados. No caso da Alemanha, a polícia médica deveria assegurar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da população com o intuito de fortalecer o Estado, ou seja, a saúde e o bem-estar eram meios para se obter um fim localizado fora dos corpos sobre os quais o saber e o poder da polícia médica intervinham. Com a medicina francesa, os alvos de atenção e ação eram a cidade e seus elementos nocivos, insalubres e desorganizados, posto

que se assegurasse a boa disposição urbana e a correta circulação de ar e água, consequentemente, estaria a salvo a saúde geral e, em específico, da crescente burguesia.

Essa medicina urbana pouco interferiu, diretamente, nos corpos individuais e coletivos, a não ser quando recorreu aos esquemas da quarentena e da peste para controlar algum quadro epidêmico; do contrário, seu arranjo de saber-poder estava voltado aos espaços naturais e construídos. Por fim, na Inglaterra ocorreu o que, em geral, acredita-se ter sido o primeiro objeto de investimento social e político: o corpo enquanto força de trabalho. No entanto, a formação de uma força de produção adaptada ao desenvolvimento industrial capitalista só foi objeto do poder médico na terceira etapa de constituição da medicina social no Ocidente, onde o controle da pobreza também figurou como objeto de medicalização, compondo um sistema de assistência autoritário que visava à garantia da saúde dos pobres como forma de proteger os ricos.

Portanto, desde o início do século XVIII, quando a saúde e o bem-estar físico foram colocados como objetos de governo a serem conduzidos por dispositivos médicos, vem se constituindo um fenômeno que assume dimensões ainda maiores na contemporaneidade. Referimos a um *imperativo da saúde*, a partir do qual se tornou dever de cada um e objetivo geral de uma sociedade, de um Estado, de indivíduos e coletividades *a saúde como norma de vida* e esta como objeto de *medicalização*.

Mas se até o segundo terço do século XIX estas diferentes formas de governo da saúde não a tomaram como um fim em si mesmo, dado que, em geral, ela era apenas um meio para se alcançar um fim outro - o fortalecimento do Estado, a proteção da burguesia e a adaptação do corpo enquanto força de trabalho -, no século XX essa lógica foi transformada com uma política de saúde inglesa, intitulada *Plano Beveridge*. Elaborado em 1942, na Inglaterra, este Plano acabou servindo de modelo para a organização de políticas sanitárias em muitos países após a segunda guerra mundial. Segundo Foucault (1994a), o valor simbólico dele se deveu ao fato de, em plena guerra mundial, ter consolidado não um *simples direito à vida*, mas algo ainda mais completo: o *direito à saúde*. Num momento em que grandes estragos e muitas mortes eram causados pela guerra, a sociedade inglesa assumiu a tarefa de *garantir a vida em bom estado de saúde* como um *dever* estatal.

O Plano Beveridge indicou que o Estado deveria se encarregar da saúde de um modo diferente de como vinha ocorrendo desde o século

XVIII, em que uma das funções importantes do Estado era garantir a saúde dos indivíduos e da população para fazer crescer a força nacional, pois melhorava sua capacidade de trabalho e de produção. Até então, a medicina havia sido orientada para fins nacionalistas, econômicos e de classe. O Plano Beveridge significou uma ruptura na medida em que colocou a saúde enquanto benefício para os próprios indivíduos. Ou seja, o indivíduo não deveria gozar de boa saúde em prol do Estado, o Estado é que deveria atuar em prol da boa saúde do indivíduo como direito dele próprio e como um fim em si mesmo.

Formulou-se, portanto, um novo direito, que implicou uma nova moral, uma nova política do corpo. Surgiu o que já se vinha preparando desde o século XVIII, um regime de somatocracia que, diferentemente de uma teocracia - em que a alma e sua salvação são os objetivos do Estado -, coloca-se o cuidado do corpo, a saúde corporal e a relação entre as enfermidades e a saúde como finalidade individual, coletiva e estatal (FOUCAULT, 1994a). Com esse regime a saúde se tornou objeto de luta política, a tal ponto que “não há partido político nem campanha eleitoral, em qualquer país desenvolvido, que não coloque o problema da saúde e da possibilidade do Estado garantir e financiar esse tipo de gasto.”²⁸ (FOUCAULT, 1994a, p. 42). Em paralelo a isso, a medicina começou a se ocupar do que não se referia ao seu campo de saber-poder tradicional: as doenças e a demanda dos doentes. Desde o século XVIII, o que promoveu a intervenção médica e delimitou seu campo de atividade não foram mais, apenas, o sofrimento, os sintomas e o mal-estar. Na medida em que elementos como o ar, a água, o espaço urbano e o meio natural foram incluídos no rol de objeto do saber e da prática médicos - pela medicina social francesa - seu campo de ações começou a ampliar-se.

De uma maneira mais geral, pode-se afirmar que a saúde se transformou num objeto da intervenção médica. Tudo aquilo que garante a saúde do indivíduo, por exemplo, o saneamento da água, as condições de vida ou o regime urbano é hoje um campo de intervenção médica que, em consequência, não é mais unicamente ligado às doenças.²⁹ (FOUCAULT, 1994a, p. 49).

²⁸ No original: il n'y a pas un parti politique ni une campagne électorale, dans n'importe quel pays développé, qui ne posent le problème de la santé et de la possibilité pour l'État de garantir et de financer ce type de dépense.

²⁹ No original: D'une manière plus générale, on peut affirmer que La santé s'est transformée en un objet de l'intervention médicale. Tout ce qui garantit la santé de l'individu, par exemple

Este acontecimento rendeu à medicina um desbloqueio epistemológico que deu início a um processo de *medicalização da vida*, com o qual praticamente tudo se tornou passível de ser medicalizado, ou seja, de tornar-se objeto da prática e do saber médicos, a tal ponto que, nos últimos decênios, a medicina começou a não ter mais campo exterior (FOUCAULT, 1994a). No século XIX, embora o campo da medicina já se estendesse para além dos doentes e de sua demanda, ainda existiam coisas que não eram e não pareciam “medicalizáveis”, existia, por exemplo, uma prática corporal, uma higiene e uma moral da sexualidade que não estavam sob o domínio da medicina (FOUCAULT, 1994a). Contudo, desde as primeiras décadas do século XX, os comportamentos considerados anormais ou desviantes, o sexo e a sexualidade, dentre outras questões que não constituem uma doença, relacionam-se com a intervenção médica. Portanto, contemporaneamente “vivemos em “Estados médicos abertos” nos quais a medicalização é sem limite. Certas resistências populares à medicalização se devem precisamente a esta investitura de predomínio perpétuo e constante.”³⁰ (FOUCAULT, 1994a, p. 53). Um campo médico de intervenção cada vez mais próxima da existência individual e coletiva é absolutamente característico desse processo de *medicalização indefinida*.

Nesse quadro de mudanças, caracterizado pela passagem da saúde como um meio à saúde como um fim em si mesmo, bem como, pela ausência de externalidade ao campo de saber-poder médico, é provável que as políticas de saúde pública tenham assumido novos contornos. Se antes dessa passagem os dispositivos médico-sanitários eram preponderantemente vigilantes, invasivos, controladores e exerciam ações compulsórias para conduzir as condutas humanas aos fins desejados, como passaram a estar arranjados sob a égide da saúde e do bem-estar como direito de cidadania a ser garantido como dever do Estado?

Sabendo que o Sistema Único de Saúde e, em específico, a estratégia Saúde da Família são derivações da nova relação Estado x saúde x indivíduos x população instaurada pelo Plano Beveridge, interessa-nos saber se a ESF representa uma efetiva ruptura política e epistemológica em relação aos dispositivos sanitários que a

l'assainissement de l'eau, les condition de vie ou le regime urbain est aujourd'hui un champ d'intervention médicale qui, em conséquence, n'est plus uniquement lié aux maladies.

³⁰ No original: “nous vivons dans des “États médicaux ouverts” dans lesquels la médicalisation s'expliquent précisément par cette prédominance perpétuelle et constante.”

antecederam. Para tanto, tecemos no próximo capítulo uma breve genealogia das políticas de saúde pública Brasil, por meio da qual será possível observar diferentes configurações da relação Estado x saúde x indivíduos x população desde o século XIX até a assunção da saúde como direito de todos e dever estatal, definido pela Promulgação brasileira de 1988.

CAPÍTULO III

Uma Breve Genealogia das Políticas de Saúde Pública no Brasil

O presente Capítulo trata do surgimento, consolidação e transformação, no Brasil, das diferentes formas de intervenção do poder político³¹ no que toca ao triângulo: saúde, indivíduos e população. Em linhas mais específicas, contextualiza a emergência e o desenrolar das políticas de saúde pública no Brasil, dando ênfase às práticas e aos discursos que as sustentaram. Tecer esse capítulo tornou-se indispensável quando definido o objetivo de compreender as *proveniências* da estratégia Saúde da Família, perscrutando as relações de saber-poder que prepararam seu terreno e tornaram legítimo seu exercício. Ou seja, reconstruindo a trama histórica que tornou possível a *emergência* do dispositivo Saúde da Família, sua visibilidade, seu arranjo prático-discursivo e seus agenciamentos.

Ao longo da pesquisa, tratamos como políticas de saúde pública toda ação ou conjunto de ações do Estado brasileiro com o objetivo de defender ou produzir a saúde de indivíduos e populações. O ponto de partida cronológico dessa genealogia é o início do século XIX, e seu ponto final a passagem ao século XXI - quando da regulamentação do Sistema Único de Saúde³². O ponto de chegada se deu aí pelo fato do SUS ser a forma como está organizada a saúde pública brasileira no presente e por ser a instituição a partir da qual se implementou a estratégia Saúde da Família. A determinação do ponto de partida ocorreu quando encontramos resposta para a seguinte pergunta: em que momento o poder político passou a elaborar e executar políticas de saúde pública no Brasil? Dentre os diversos estudos acessados³³, encontramos no de Machado et al (1978)³⁴ a afirmação de que

³¹ Poder político é colocado, aqui, com referência ao poder centralizado e institucionalizado com fins de condução do território e da população de um Estado-nação. Essa distinção é feita para marcar sua diferença em relação ao poder microfísico e, também, para contemplar as diversas formas de governo sob as quais o Brasil foi conduzido (Colonial, Imperial e Republicano).

³² A base jurídico-legal do SUS fundamenta-se nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e nas Leis regulamentares nº 8.080 e nº 8.142, ambas aprovadas em 1990.

³³ Vide detalhes sobre as fontes bibliográficas utilizadas para a elaboração deste capítulo na seção 2 de *Incurções Metodológicas*.

³⁴ Machado et al (1978). *Danação da norma: a constituição da medicina social e da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. (MACHADO et al, 1978, p. 154).

Tendo percorrido, portanto, estudos que abordavam - diretamente ou de forma secundária - as políticas de saúde brasileiras levadas a efeito entre o início do século XIX até a década de 90 do século XX, percebemos que a noção de saúde, o campo de intervenções concernente a ela e as razões do Estado para defendê-la ou produzi-la foram variáveis e se voltaram a objetos diversos. Tomando essa diversidade em suas linhas mais gerais, encontramos três diferentes configurações na genealogia das políticas de saúde pública no Brasil.

A primeira predominou ao longo do século XIX, quando a defesa da saúde figurou como meio de fortalecimento do Estado a ser desempenhada por um dispositivo policial que deveria controlar o aparecimento de doenças interferindo no corpo social e urbano, incluindo-se aí o meio ambiente (natural e construído).

Já a segunda, iniciou em meados da década de 1920 e predominou até o final da década de 1960, quando a assistência médica deveria ser garantida ao conjunto populacional dos trabalhadores, das mulheres grávidas e das crianças, co-organizada e co-financiada pela previdência estatal. E, campanhas sanitárias deveriam ser destinadas à população geral, levadas a efeito pelo Ministério da Saúde com o intuito de controlar doenças por meio de ações educativo-informativas e de campanhas de vacinação.

A terceira configuração iniciou-se na década de 1970 e predomina até o presente, está marcada pela emergência da saúde como dever do Estado e direito de todo e qualquer cidadão, a ser garantida pela implementação de políticas sociais e econômicas que assegurem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população brasileira. Com mais pormenores, a seguir são apresentadas cada uma dessas configurações, as quais mostram, em diferentes momentos, uma equação singular de forças dessa história genealógica.

3.1 Século XIX e início do século XX (primeira configuração)

A vinda da família real ao Brasil, em 1808, marcou o começo de um processo de transformação política e econômica que veio a instaurar importantes rupturas no arranjo social da Colônia brasileira. Dentre elas, uma nova relação entre poder central, saúde e sociedade, os quais passaram a estar ligados à função assumida pela administração portuguesa de “garantir o enriquecimento, a defesa e a saúde do “povo” da nova terra.” (MACHADO et al, 1978, p. 159).

Esse objetivo fazia parte de um projeto mais amplo que, por meio da criação de diversas instituições - Academia Real Militar, Curso de agricultura, Biblioteca Real, Museu Real, cadeira de economia, etc -, colocou-se como tarefa conhecer a Colônia, crendo ser este “o fundamento necessário para uma intervenção voltada para o aumento da produção, para a defesa da terra, para a saúde da população.” (MACHADO et al, 1978, p. 160). O motivo geral deste interesse foi “tornar realidade a opulência e a prosperidade da Colônia” (MACHADO et al, 1978, p. 160), criando-se as condições necessárias ao seu crescimento econômico. Além do mais, a corte portuguesa, ao instalar-se aqui, necessitou dispor de cidades minimamente organizadas e seguras.

Antes da transferência da Corte ao Brasil, as ações do poder colonial referentes à saúde e à doença resumiram-se a medidas de controle de algumas epidemias que grassavam à época e à existência da Junta do Proto-Medicato, uma instituição fiscalizadora do exercício da medicina, cirurgia e farmácia, de caráter burocrático-administrativo e com fins de regulação destas práticas na colônia. A assistência aos doentes que não tinham dinheiro para pagar pelo socorro de médicos, cirurgiões, barbeiros e sangradores ficava ao encargo de curandeiros, parteiras ou de iniciativas filantrópicas, “destinadas ao abrigo de indigentes, viajantes e doentes. Também os jesuítas, nas suas obras de catequese dos índios, mantinham, junto aos colégios, enfermarias para cuidar dos doentes.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, pp. 96-97).

Neste contexto, a produção da saúde não existia como objetivo de intervenções da administração portuguesa, as ações de saúde pública eram executadas, via de regra, para evitar a morte. Uma vez inexistente a tematização da saúde de forma positiva, como algo a ser estimulado e

organizado, estava ausente a idéia de prevenção, de modo que se atuava sempre *a posteriori*, de forma recuperadora (MACHADO et al, 1978).

Ainda em 1808, a Junta do Proto-Medicato foi substituída pela Fisicatura, órgão que teve como representante máximo o Físico-mor do Reino, além de delegados em cada capitania. A estes competia controlar tudo que se referisse “ao ensino e exercício da medicina, (...) da farmácia, a boticários, droguistas, curandeiros, cirurgiões que tratassem de moléstias internas, à profilaxia das moléstias epidêmicas e ao saneamento das cidades” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 96). Após ser consultada pelo poder central acerca das doenças reinantes no Brasil, a Fisicatura emitiu um documento descrevendo a necessidade de ter-se uma *polícia sanitária* da cidade para atuar nas causas das moléstias e removê-las. Sugestão semelhante já havia sido feita em 1798 quando alguns “médicos notáveis” foram solicitados a redigirem pareceres acerca da situação da saúde pública brasileira, na condição de assessores pontuais da administração portuguesa.

O que foi emblemático na sugestão da Fisicatura é que pela primeira vez um projeto de *polícia sanitária* foi elaborado no seio do próprio Estado, de forma clara e precisa (MACHADO et al, 1978). Além desta sugestão, o documento redigido pelo Físico-mor indicava que a etiologia das doenças devia-se a fatores naturais e não naturais, de modo que a relação entre estes diferentes fatores seria a principal causa de moléstias (MACHADO et al, 1978). Para tanto, propunha que se detivesse a contaminação do ar pelas águas estagnadas aterrando pântanos, encanando as águas, demarcando as ruas e lugares de construção. A feitura de cemitérios fora da cidade também deveria ser empreendida, pois os sepultamentos no interior das igrejas e o amontoamento de corpos no cemitério da Santa Casa de Misericórdia eram fontes de infecção do ar da cidade. Cuidado especial deveria ser destinado ao armazenamento de alimentos, portanto, o comércio, os matadouros e os açougues também deveriam ser objetos de controle, assim como, a circulação de pessoas e mercadorias no porto (MACHADO et al, 1978).

Como resultado deste documento, em 1809, a administração portuguesa criou o cargo de Provedor-mor de Saúde da Corte e Estados do Brasil, sendo designado para assumi-lo o Físico-mor. A Provedoria tinha como objetivo a preservação do “bem público e particular, sujeito a ser alterado por contágio comunicado por embarcações, passageiros e mercadorias que demandavam o porto do Rio de Janeiro e das demais cidades litorâneas.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 98). O modo como deveria atuar e os alvos sobre os quais esta instituição

deveria intervir foram descritos em um regimento que “estabelecia as normas para vigilância sanitária dos portos do Estado, instituição de Lazareto, controle de mercadorias e comestíveis, bem como inspeção em matadouros e açougues públicos.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 98) Este regimento denotou a qualidade política e médica das intervenções sociais a serem realizadas pela Provedoria, bastante similares às idéias expressas no documento que sugeria a instituição de uma *polícia sanitária* para dar conta dos males da Corte (MACHADO et al, 1978).

O ideal de *polícia sanitária* não é um projeto isolado na condução do Brasil, um ano antes da instituição da Provedoria de Saúde - que a colocaria em prática - houve a criação da Intendência Geral de Polícia, “com o encargo de ocupar-se da realização de um governo civil na Corte. Suas atribuições (...) refletem a preocupação com o conhecimento, aumento e melhoria da população urbana.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 168). De uma maneira geral, a Intendência deveria responder pelos melhoramentos da cidade, organizando estradas, pontes, calçando ruas, aterrando pântanos, encanando águas, visando ao combate da ociosidade, dentre outras ações que promovessem a ordem.

Neste sentido, Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde são poderes que se recobrem e se complementam em suas funções. O paralelismo existente entre ambas se expressa de maneira clara na criação, em 1810, do Instituto Vacínico, do qual fazem parte o Intendente de Polícia e o Físico-mor.

A Provedoria de Saúde, portanto, faz parte de uma estratégia específica do poder central relativa à população. Não só está no interior do governo policial, como ela própria exerce uma polícia. (MACHADO et al, 1978, p. 170).

Dentre os vários desdobramentos que este governo policial da saúde teve, vale citar a atuação das juntas e Institutos Vacínicos - criados em diversas cidades brasileiras a partir de 1811 -, os quais trabalharam pela imunização obrigatória da população, decretada em 1846. Pode-se dizer que este foi o primeiro movimento do Estado brasileiro para executar ações de higiene pública sob a responsabilidade de um órgão sanitário que agia para conter o aparecimento de certas doenças. Talvez seja possível afirmar que as campanhas de vacinação

iniciadas ao final da primeira metade do século XIX, de caráter compulsório e policaiesco, foram as primeiras ações sanitárias que visaram prevenir epidemias agindo diretamente sobre o corpo da população.

Na esteira do processo de mudanças iniciado com a chegada da Corte, é criado o ensino cirúrgico no Brasil que, até então, não era autorizado a existir - tampouco o ensino médico -, porque a coroa portuguesa entendia que, do contrário, poderiam ser cortados certos vínculos de dependência com a metrópole. Vale destacar que havia poucos médicos diplomados até os primeiros anos do século XIX. Uma das razões é que o ensino da medicina só foi liberado no Brasil em 1832, a outra é que poucos médicos formados na Europa intentavam exercer sua profissão no Brasil-Colônia. Em maior número que os médicos diplomados, estava exercendo a “arte de curar” os cirurgiões barbeiros, jesuítas, pagés, sangradores, curandeiros e parteiras. Visando controlar a ação destes “agentes de cura não-médicos”, a Fisicatura licenciava os práticos e empíricos, concedendo carta ou atestado aos que fossem aprovados nos exames que aplicava, restando aos não licenciados o exercício de uma prática não reconhecida pelo Estado.

A Fisicatura foi extinta em 1828 e, “por decreto imperial, as responsabilidades dos serviços de Saúde Pública foram então atribuídas às municipalidades [sob o governo das Câmaras Municipais], exonerando-se o poder central de qualquer ingerência nos mesmos.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 99). Um Regulamento de 1828 postulou aos vereadores a responsabilidade por tratar “dos bens e obras do Conselho, do governo econômico e policial da terra e do que neste ramo for à prova dos seus habitantes.”³⁵ Na seção das Posturas Policiais, este Regimento definiu as atribuições da Câmara para o exercício do governo policial, o qual deveria dar conta de questões urbanísticas, econômicas e populacionais, com vistas à ordem urbana. A higiene pública ficou integrada e diluída nestas três dimensões, não contando com um discurso específico e sistemático, tampouco com uma figura médica para levar a efeito suas medidas, dado que o Provedor de Saúde da Câmara seria o segundo vereador mais votado.

Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, agremiação que conduziu uma luta intensa e planejada pela defesa da ciência médica, bem como, pela aceitação e execução estatal do que propunha como intervenções sanitárias mais adequadas ao progresso do Brasil, pautadas no saber debatido e legitimado pela

³⁵ Regulamento de 1º de outubro de 1828, art. 88, tít. IV. In Machado et al, 1978, p. 181.

nascente medicina social que a Sociedade de Medicina gestava. Esta primeira agremiação médica do século XIX elaborou “uma nova proposta de organização social, se coloca[ndo] ao lado da democracia, da liberdade e da civilização, propondo-se como assessora indispensável a qualquer governo esclarecido” (MACHADO et al, 1978, p. 256). Desde instituída, tentou colocar-se como guardião da saúde pública e interlocutora permanente do Estado - fosse para oferecer conselhos ou para tecer críticas -, tomando como referência, sobretudo, o projeto de medicina urbana realizado na França³⁶, com vistas a criar ou reformular os regulamentos sanitários a partir de estudos realizados, principalmente, por sua Comissão de Salubridade Geral.

Com o estabelecimento de uma parceria entre a Sociedade de Medicina e o Estado, a higiene pública aparece, em 1830, sistematizada num conjunto regulamentar específico, o qual foi posteriormente promulgado como Código de Posturas. Este foi um dos resultados obtidos pelas constantes investidas da organização médica ao Estado, de modo que a relação entre ambos se consolidou em 1835, com a transformação desta Sociedade em Academia Imperial de Medicina (LUZ, 1982).

A partir de então, não só a organização médica passou a interpelar o Estado, mas este também passou a tê-la como conselheira recorrente para as questões de salubridade e higiene pública. Um importante aspecto que deve ter contribuído para este estreitamento de laço entre o governo imperial e a organização médica foi a série de epidemias que recrudesceram a partir de 1832, mas que já contavam com registros significativos desde 1828. Dentre as mais expressivas, estavam as febres de Macacu³⁷, varíola, gripe, febre tifóide, sarampo e febre amarela. Esta última grassou em dois momentos como a principal doença a ser combatida no Brasil do século XIX, primeiro no verão de 1849-1850, depois “no verão de 1868, e a partir de então não mais deixou a cidade [do Rio de Janeiro] até a bem-sucedida campanha de erradicação liderada por Oswaldo Cruz no início do século XX.” (CHALHOUB, 1996, p. 86).

Uma Inspetoria de Saúde dos Portos foi criada em 1843, sob a jurisdição do Ministério do Império, em vista da pouca eficácia das Câmaras Municipais para darem conta dos problemas sanitários causados ou propagados pela entrada e saída de pessoas e mercadorias

³⁶ Vide a terceira seção do Capítulo *Proveniências das Políticas de Saúde Pública no Ocidente*, sobre a formação da medicina social na Europa.

³⁷ Denominação da época para malária ou febre palustre.

nas regiões portuárias. A primeira grande epidemia de febre amarela, no verão de 1849-1850, levou este mesmo Ministério a não esperar por ações das Câmaras e recorrer à Academia Imperial de Medicina para planejar um combate à epidemia (MACHADO, et al, 1978). Nesta oportunidade, a polícia médica foi reativada e seis elementos constituíam seu plano:

- 1) Existência de órgão dirigente da saúde pública. A primeira medida governamental é a nomeação, (...) de uma Comissão Central de Saúde Pública encarregada de coordenar o combate à epidemia.
- 2) Esquadrinhamento urbano: divisão da cidade em paróquias e destas em distritos; criação das Comissões Paroquiais de Saúde Pública compostas de subdelegado, do fiscal e três médicos. Tática, portanto, de ocupação do terreno indispensável ao exercício local do controle sanitário.
- 3) Assistencialismo: Serviço de assistência gratuita aos pobres: médico, remédios, dietas, recolhimentos de mendigos.
- 4) Inspeção sanitária. As comissões visitarão periodicamente os navios, mercados, prisões, hospitais conventos, colégios, oficinas, quartéis, teatros, estalagens, matadouros, cavalariças, cocheiras, cemitérios, igrejas, etc. estabelecimentos passíveis de transmitir a doença, com o objetivo de velar pelo seu bom estado sanitário. Esses estabelecimentos públicos, as casas particulares, as praças, ruas, valas e esgotos devem ser conservados no maior asseio, caiados, lavados e fumigados.
- 5) Fiscalização do exercício da medicina, cirurgia e farmácia.
- 6) Registro médico. Acúmulo de informações que vai da base à cúpula. Relatório dos médicos e dos hospitais, sobre a marcha da epidemia e o tratamento para as Comissões Paroquiais que, por sua vez, elaboram a estatística mortuária e um relatório semanal para a Comissão Central. A ação médica produz um melhor conhecimento do fenômeno e esse saber empírico possibilita à medicina planejar melhor o seu combate. (MACHADO, et al, 1978, pp. 244-245).

Tendo alcançado o quase desaparecimento da epidemia, tal modelo serviu de base para a criação da Junta de Higiene Pública. Neste momento, portanto, as medidas sanitárias deixaram de estar sob responsabilidade das Câmaras Municipais, de modo que a Junta passou a formular as políticas de atuação do poder imperial na área de saúde pública (CHALHOUB, 1996). Seu Regulamento, datado de 20 de setembro de 1851, descreve a criação de Comissões de Higiene Pública em cinco províncias e do cargo de Provedores de Saúde Pública nas províncias restantes, ficando todos subordinados a este órgão que, por atuar na Corte e centralizar o serviço sanitário do Império, intitulou-se Junta Central de Higiene Pública (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988).

A Junta foi mantida por quase todo o século XIX, representando um marco na organização das políticas de saúde pública no Brasil (MACHADO, et al, 1978). Esta configuração só foi alterada em 1885, por uma reforma que dividiu os serviços sanitários de área terrestre e marítima, sob direção, respectivamente, da Inspetoria Geral de Higiene e da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Também “foi instituído na corte um Conselho Superior de Saúde Pública que tinha a missão de opinar sobre questões de higiene e salubridade geral.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 100).

Desde a chegada da família real, em 1808, até o fim do Império, em 1889, os órgãos do poder central que tiveram a incumbência de tratar das questões de saúde pública foram, respectivamente, a Provedoria de Higiene (1809-1828), as Câmaras Municipais (1828-1850), a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (1843), a Junta Central de Higiene (1851-1885) e a Inspetoria Geral de Higiene (1886-1889). Em linhas gerais, todos estes órgãos tiveram em seu regulamento o dever de exercer práticas sanitárias de cunho policial e pautadas em discursos higienistas que tinham como principal objeto de intervenção o meio natural e não-natural, além dos usos e costumes “comprometedores” (LUZ, 1982). A polícia médica ganhou contornos mais delimitados e incisivos com o enfrentamento da primeira grande epidemia de febre amarela, no verão de 1849-1850, e serviu de modelo para a criação da Junta Central de Higiene, que funcionou até 1885.

Durante todo este tempo, o contato entre Estado e Sociedade de Medicina - depois transformada em Academia Imperial - foi constante, oscilando do embate à parceria. Em geral, a agremiação médica propagava seu intuito de proporcionar bem-estar à sociedade pela normalização do espaço urbano e social como um todo. Suas críticas mais contundentes ao Estado deviam-se ao fato deste atuar a partir de

problemas já instalados, enquanto entendia ser fundamental não a ação direta sobre a doença, mas antes ainda, “impedir o seu aparecimento, controlar sua manifestação. O objetivo da medicina começa a se deslocar, portanto, da doença para a saúde.” (MACHADO, et al, 1978, p. 248). Ademais, questionava a pouca abrangência das práticas que eram levadas a efeito pelo poder central - dado que eram concentradas preponderantemente nos portos -, bem como, “denunciavam” o estatuto obsoleto das legislações sanitárias que não acompanhavam as “inovações” científicas.

A partir da segunda metade do século XIX, a Academia Imperial de Medicina considerava as mazelas pestilentas e a pouca iniciativa para exterminá-las um atraso ao progresso e civilização do Brasil. Em muitos momentos o conhecimento produzido por esta instituição médica foi oferecido ao Estado ou procurado por este, portanto, não será demais aqui citar o título de algumas teses apresentadas às faculdades de medicina da época, as quais dão o tom das idéias e debates que compuseram ou, no mínimo, tangenciaram o campo prático-discursivo da saúde pública neste período³⁸: *Considerações de higiene pública e de polícia médica aplicáveis à cidade do Rio de Janeiro* (1823)³⁹, *Algumas considerações sobre a atmosfera* (1833), *A medicina contribui para o melhoramento da moral e manutenção dos bons costumes* (1839), *Considerações sobre os enterramentos (por abusos praticados nas igrejas e recinto das cidades; perigos que resultam dessa prática: conselhos para construção dos cemitérios* (1841), *A higiene das prisões, precedida de considerações gerais acerca da reforma penitenciária* (1844), *Algumas considerações higiênicas acerca das habitações* (1845), *A higiene da velhice* (1845), *Algumas proposições sobre higiene, patologia e terapêutica* (1849), *Da temperatura da cidade do Rio de Janeiro e algumas considerações meterológicas e hipométricas* (1850), *Quais os lugares que na cidade do Rio de Janeiro e seus arrabaldes são mais favoráveis à saúde? Quais os mais insalubres?* (1850), *Principais linhas de topografia médica do Rio de Janeiro. Qual a influência que sobre a saúde pública desta capital exercem suas condições topográficas?* (1851), *Considerações gerais sobre a topografia físico-médica da cidade do Rio de Janeiro* (1852), *Condições que deve reunir uma habitação privada num país quente para ser*

³⁸ Todas as teses citadas são parte das referências bibliográficas de: Machado et al, 1978.

³⁹ Dentre as teses citadas, esta é a única não apresentada a uma escola médica brasileira. A referência original é TAVARES, João Fernandes – *Considérations d’hygiène publique et de police medicale applicables à la ville de Rio de Janeiro*, tese à Faculdade de Medicina de Paris, 1823. In Machado et al, op. cit., p. 534.

salubre (1856), *O médico da primeira infância ou o conselheiro da mulher grávida, e higiene da primeira infância* (1860), *Higiene dos colégios* (1869), *Da educação física, intelectual e moral da mocidade do Rio de Janeiro e de sua influência sobre a saúde* (1874), *Da instrução ao vagabundo, ao engeitado, ao filho do proletário e ao jovem delinqüente: meios de fazê-la efetiva* (1874), *Higiene dos Hospitais e Hospícios* (1878).

A polícia médica, a higiene pública⁴⁰, o meio natural e urbano, a higiene das instituições, de grupos etários e o comportamento humano foram os temas recorrentes do saber médico a partir da segunda metade do século XIX. Nessa época, “aparece em todos os países do mundo uma copiosa literatura sobre a saúde, a de sua família, etc. O conceito de limpeza, de higiene como limpeza, ocupa um lugar central em todas estas incitações morais sobre a saúde.”⁴¹ (FOUCAULT, 1994a, p. 41). Para a medicina social que se formou ao longo do século XIX, “Intervir na sociedade é policiar tudo aquilo que pode ser causador da doença; é destruir componentes do espaço social perigosos, (...) através de um trabalho contínuo e planejado de vigilância e controle da vida social.” (MACHADO, et al, 1978, p. 258). O esquadramento do espaço urbano figurava como um dos objetos privilegiados do arranjo prático-discursivo em saúde pública, que recorria a noções de topografia, estatística e demografia para sustentar seus argumentos, ao mesmo tempo em que também estava presente no horizonte de suas intervenções “a modificação de hábitos anti-higiênicos e imorais da população.” (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 92).

A compreensão da etiologia das doenças recaía em fatores do meio físico, tais como o clima, a água, o ar e a geografia. Embora o conhecimento sobre as epidemias não permitisse respostas seguras a várias questões cruciais, duas eram as correntes de idéias que animavam os debates médicos sobre a causa das doenças: importação e contágio ou miasmas e infecção (CHALHOUB, 1996). Entendia-se que o contágio propagava-se por si só, independentemente das condições atmosféricas e de intervenções sobre as causas que o produziram, assim, uma vez

⁴⁰ A higiene pública foi uma variação refinada do modelo médico-político da quarentena (citado na terceira Seção do Capítulo *Proveniências das Políticas de Saúde Pública no Brasil*), do qual derivou a medicina urbana desenvolvida na França do século XVIII. Sua principal função era controlar política e cientificamente o estado de saúde do meio e das coisas que afetavam esse estado (FOUCAULT, 2008b).

⁴¹ No original: paraît dans tous les pays du monde une importante littérature sur la santé, sur l’obligation pour les individus d’assurer leur santé, celle de leur famille, etc. Le concept de propreté, d’hygiène occupe alors une place centrale dans toutes ces exhortations morales à la santé.

estado em contato com a entidade contagiante (humana ou inanimada) era dada como certa a contaminação. Já a teoria da infecção creditava a causa das doenças a “miasmas morbíficos” resultantes da putrefação de substâncias animais e vegetais que ocasionavam a insalubridade do ar ambiente.

O debate entre essas duas vertentes foi intenso, mas houve certo predomínio da teoria miasmática como “norteadora” discursiva das políticas sanitárias do final do Império e início da República. Uma das explicações possíveis para esta sobreposição se deve ao fato da ideologia liberal ser a mais aceita e defendida pelos médicos da época, o que tornava um tanto inconveniente a aceitação da teoria do contágio, pois suas ações interfeririam diretamente na circulação de mercadorias e de pessoas e, conseqüentemente, nas relações comerciais e nas liberdades individuais (CHALHOUB, 1996). “Os infeccionistas ou anticontagionistas, na verdade, produziram o arcabouço ideológico básico das várias reformas urbanas que varreram as cidades ocidentais na segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas” (CHALHOUB, 1996, p. 170) do século XX.

Via-se na desorganização das cidades a principal fonte de manutenção, extensão e reprodução das doenças, de modo que o meio urbano e natural figuraram como principal alvo das políticas de saúde pública. Em paralelo a estas práticas, também se levou a cabo a normalização médica de diversas instituições (hospitais, prisões, escolas, fábricas, dentre outros), assim como ações diretamente aplicadas à população, tais como as práticas de vacinação obrigatória. O saber médico sobre as doenças epidêmicas e sua etiologia, associado a intervenções saneadoras e de reorganização urbana das cidades brasileiras, foi predominante desde 1870 até 1920, fazendo-se também presente aí o ideal de “organizar” a vida das populações, a fim de higienizá-las e discipliná-las (LUZ, 1982). Este saber não era homogêneo, assentava-se

em várias propostas discursivas, ora higienistas do tipo eugênico (...), ou de engenharia sanitária, ora campanhista, do tipo Oswaldo Cruz, tomando a vacina como elemento fundamental da campanha, ora finalmente moral, tomando a higiene moral (bons hábitos, bons costumes) e a educação como fundamento da ordem sanitária. (LUZ, 1982, p. 173).

Um acontecimento relevante ocorrido no campo médico-experimental, ainda na segunda metade do século XIX, foi a descoberta da bactéria, acontecimento que veio não só a “conceder” estatuto de cientificidade à medicina, mas também a abrir espaço para outras compreensões etiológicas e imunológicas, possibilitando novas intervenções em saúde pública. No Brasil, a teoria bacteriana foi acolhida em órgãos públicos de pesquisa, tais como o *Laboratório de Bacteriologia do Estado de São Paulo* (1892), o *Instituto Butantã* (1899) e o *Instituto Soroterápico de Manguinhos* (1899) – que teve a direção técnica entregue a Oswaldo Cruz, após o término de seus estudos sobre microbiologia e técnicas para preparação de soros e vacinas no Instituto Pasteur de Paris (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988). Após a instauração da República criaram-se novas práticas e instituições de saúde pública, em fins de 1889 foi criado o *Conselho de Intendência Municipal* para zelar pela saúde da população da Capital, por meio deste regularizou-se o serviço de Polícia Sanitária e atribuiu-se amplos poderes ao Inspetor-Geral de Higiene; ainda, data de 1893 a aprovação de uma lei no Senado que estabelecia o socorro médico de urgência na via pública (LUZ, 1982).

Em 1897, o Governo Federal reuniu os serviços marítimos e terrestres em um único órgão, a *Diretoria Geral de Saúde Pública* (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988) que deveria responder pelos problemas de saúde do Distrito Federal e fazer a defesa sanitária dos portos brasileiros. Mudanças significativas ocorreram com uma reforma sanitária de 1904, que por Decreto Legislativo reestruturou a *Diretoria Geral* com a inclusão de novos elementos: “a Seção Demográfica, o Laboratório Bacteriológico; a Engenharia Sanitária e o Juízo dos Feitos da Saúde, destinado este a tornar mais expedita a ação legal específica.” (RODRIGUES, 1979, p. 30).

Também foi incluído um *Serviço de Profilaxia da Febre Amarela* e, em paralelo à *Diretoria Geral*, funcionava uma *Inspetoria de Isolamento e Desinfecção*. A reforma de 1904 adotou uma técnica de administração sanitária descentralizada, onde as ações executadas no Distrito Federal subdividiram-se em 10 Delegacias de Saúde (RODRIGUES, 1979). Um laboratório municipal de análise e a instalação de postos de pronto socorro para assistência médica foram outros serviços iniciados nesta época (LUZ, 1982).

No que se refere às Constituições brasileiras, não foi indicada na promulgação Imperial de 1824, nem na Republicana de 1891, qualquer obrigação e princípio a ser seguido pela União, estados e municípios referentes a assuntos de saúde pública. A menção feita em 1824 foi

indireta: “Nenhum genero de trabalho, de cultura, industria, ou commercio póde ser prohibido, uma vez que não se opponha aos costumes publicos, á segurança, e saude dos Cidadãos.”⁴² Em 1891, definiu-se que cada uma das antigas províncias formaria um estado⁴³ e que caberia a cada estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração, de modo que a União prestaria socorros ao estado que, em caso de calamidade pública, a solicitasse⁴⁴; ainda, cada estado seria regido pela Constituição e leis que adotasse, desde que respeitados os princípios constitucionais da União⁴⁵. Constitucionalmente, não havia diretrizes para a organização dos serviços sanitários, cada estado tinha autonomia para legislar e executar as políticas públicas que julgasse necessárias, desde que não fossem infringidos os limites legais do poder central.

Um texto constitucional não garante a efetivação das matérias e causas de que trata, bem como, não é condição *sine qua non* para que se coloquem em prática políticas de Estado. Entretanto, o fato da saúde não aparecer como objeto das Constituições de 1824 e 1891 parece ser indicativo do quanto as ações sanitárias até as primeiras décadas da República eram práticas dispersas, planejadas e executadas em situações pontuais, sem um expressivo aparelho sanitário estatal. Ou seja, fazer saúde pública era, via de regra, combater epidemias que atrapalhavam as políticas econômicas, por isso, as regiões portuárias e as moléstias que mais mataram os imigrantes europeus e interferiram negativamente na agroexportação foram os alvos das práticas em saúde pública executadas até o final da segunda década da República (LUZ, 1982 & CHALHOUB, 1996), momento em que a organização sanitária expandiu-se e incorporou novas técnicas de atuação a partir de uma reforma realizada em 1920.

Em linhas gerais, até a década de 1910, as intervenções estatais em saúde tiveram um caráter campanhista-policial, onde predominaram ações de saneamento e regulamentação do meio urbano (TELAROLLI JUNIOR, 1996), além das pontuais campanhas de vacinação obrigatória. Portanto, as epidemias ainda eram o mote em torno do qual se

⁴² Item XXIV do Art. 179 da Constituição Política do Imperio do Brazil, 1824. Acesso em 15/12/2009, na URL:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao%20C3%A7ao24.htm

⁴³ Cf. Art. 2º da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891. Acessado em 09/11/2009, na URL:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao%20C3%A7ao91.htm

⁴⁴ Cf. Art. 5º, *Idem*

⁴⁵ Cf. Art. 63, *Idem*

organizavam as políticas sanitárias, lembrando que a prioridade sempre era dada às moléstias que ameaçavam a “saúde dos portos” e que pudessem interferir na política migratória e na agroexportação, bastante fortes neste momento. A assistência aos doentes continuava sendo realizada, em grande medida, por instituições religiosas e filantrópicas, embora tenham sido criados pelo Estado alguns hospitais e postos de pronto socorro.

Um acontecimento que merece destaque nas práticas em saúde deste período são as primeiras ações de *educação higiênica* ocorridas no estado de São Paulo a partir de 1906, como atribuição de inspetores sanitários estaduais. Estes profissionais atuavam num dos 14 distritos sanitários em que o estado de São Paulo havia sido dividido, tendo como atribuições a

vacinação, observação e desinfecção dos imigrantes recém-chegados; a inspeção das condições de higiene das casas e quintais, dos hospitais, asilos e cadeias; a intervenção junto às administrações locais pelas medidas necessárias à higiene local e ao bom funcionamento dos serviços de água, esgoto e saneamento do meio; a inspeção das amas-de-leite da capital; as visitas domiciliares, aconselhando medidas de higiene pessoal e doméstica; e a fiscalização da higiene escolar. (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 223).

A *educação sanitária* foi uma medida amplamente utilizada a partir de 1920, fazendo parte de um processo de mudanças iniciado alguns anos antes. Em 1914, a *Inspetoria de Isolamento e Desinfecção* foi transformada em *Inspetoria de Serviços de Profilaxia*, que em 1918 deu início à execução de atividades de profilaxia rural. A partir de então, as endemias e a saúde do trabalhador rural passaram a ser alvo de ações em saúde pública. A inclusão do “homem do campo” e de suas mazelas como objeto de atenção governamental coincide com o fortalecimento de uma corrente nacionalista que via na ausência de condições sanitárias providas pelo Estado a causa da pobreza e do atraso do país (TELAROLLI JUNIOR, 1996).

À medida que a *educação higiênica* foi ganhando corpo enquanto técnica de intervenção em saúde, utilizada desde a orientação a amas-de-leite até a formulação de conselhos higiênicos sobre moléstias e precauções necessárias à educação das populações (TELAROLLI JUNIOR, 1996), o caráter campanhista-policial das práticas sanitárias -

predominante até a primeira década do século XX - caiu em desuso. Outros motivos que teriam tornado anacrônico o autoritarismo campanhista-policial foi o aumento da urbanização, da industrialização, da organização política do operariado e das classes médias (TELAROLLI JUNIOR, 1996). Com essas mudanças, o arranjo das políticas de saúde brasileiras ganharam novos contornos, marcando a emergência de uma nova configuração na relação entre Estado x saúde x indivíduos x populações.

3.2 De 1920 à década de 1960 (segunda configuração)

A introdução da *propaganda* e da *educação sanitária* como técnica rotineira de ação foi uma das mudanças estruturais e técnicas promovidas por uma reforma sanitária realizada pelo poder Federal em 1920, via aprovação de Decreto Legislativo. Com esta, foram criadas Diretorias e Órgãos sanitários especializados - tais como os de combate à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas -, a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial foram destacadas como problemas individualizados, houve expansão das atividades de saneamento nos estados e foi criada a *Escola de Enfermeiras Anna Nery* (RODRIGUES, 1979). Também foi este Decreto que criou o *Departamento Nacional de Saúde Pública*, órgão que até 1934 exerceu as ações normativas e executivas no âmbito da saúde pública. Após reelaborações, tal Decreto foi publicado como *Regulamento Sanitário Federal* em 1923.

Neste mesmo ano, foi criada a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) - instituição da sociedade civil que sempre manteve laços bastante próximos com o aparelho estatal, sobretudo, no âmbito da saúde pública (LUZ, 1982) - e a “Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller foi convidada a estudar o problema da febre amarela no Brasil, especialmente no nordeste, tendo, a partir de então e até 1939, participado dessa atividade.” (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988, p. 118). A malária foi outra doença que a Fundação Rockefeller tentou erradicar, o planejamento para exterminá-la consistia na criação de postos municipais permanentes de profilaxia e na atuação de pessoal especializado - com destaque para a *enfermeira visitadora* -, além de trabalhadores diaristas para as obras de prevenção (LUZ, 1982).

Ainda em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu a primeira *Caixa de Aposentadoria e Pensões* (CAP), para os ferroviários, com a missão de “prestar socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, (...) a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte”.⁴⁶ A CAP dos ferroviários foi a precursora da estruturação previdenciária do Brasil. Até o final da década de 1920, as *Caixas* eram organizadas por empresas, sendo

⁴⁶ Art. 9º, § § 1º a 4º, do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). In: Brasil (2003). *Direito sanitário e saúde pública – volume II*. Ministério da Saúde: Brasília, p. 15.

administradas e financiadas por empregados e empregadores; após a revolução de 30, o Estado passou a ser co-financiador e centralizou os recursos previdenciários, a partir de então, as *Caixas* não foram mais organizadas por empresa, mas por categoria profissional, com o nome de *Institutos de Aposentadoria e Pensões* (IAPs) (CARVALHO, MARTIN & CORDONI JR., 2001).

Esta nova estrutura de previdência social marcou o início de um crescente controle das CAPs e dos IAPs pelo Estado, que resultou na unificação de todos estes órgãos no *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS) em 1967 (CARVALHO, MARTIN & CORDONI JR., 2001). Ou seja, as instituições previdenciárias - cuja emergência se deu por uma intervenção do Estado apenas em nível legal, sendo gerida micropoliticamente - sofreram uma paulatina governamentalização, onde a administração dos recursos e a regulação dos benefícios (aposentadoria, pensões, assistência médica, farmacêutica e hospitalar) foi totalmente concentrada pelo Estado.

Assim, dos anos 1960 até meados de 1980, consolidou-se no Brasil um modelo de *assistência previdenciária em saúde*, com o qual, em linhas gerais, a demanda por consultas médicas e serviço hospitalar era garantida pelo Estado aos trabalhadores contribuintes da previdência - estando o comando destas ações ao encargo do Ministério do Trabalho e/ou da Previdência Social. O combate a endemias e epidemias, as campanhas de vacinação, as ações de abrangência populacional e de caráter preventivo eram realizadas pelo Ministério da Saúde. Em paralelo, houve a expansão da medicina privada e de um complexo médico-industrial e farmacêutico que tanto prestava serviços à assistência previdenciária, com repasse de verbas do Estado, quanto atendia quem o pagasse diretamente.

Com exceção das ações sanitárias destinadas às grandes coletividades - que nas primeiras décadas da República pautaram-se no discurso higienista e a partir da metade do século XX receberam maior suporte do discurso preventivista -, a assistência previdenciária em saúde se caracterizou pelo exercício de uma medicina “curativa, individual, assistencialista e especializada” (CARVALHO, MARTIN & CORDONI JR., 2001, p. 33). Esse modelo médico emergiu com força nos Estados Unidos das primeiras décadas do século XX, a partir de um documento elaborado em 1910 por Abraham Flexner, médico professor da *Johns Hopkins University* que influenciou uma ampla reforma nas escolas médicas norte-americanas, tornando o ensino “biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado” (ROS, 2006, p. 48) e baseado em uma

medicina especializada, com prioridade para a utilização de exames e medicamentos.

Essa medicina flexneriana chegou ao Brasil, sobretudo, com a Reforma Universitária de 1968, delineando boa parte da assistência pública em saúde das décadas seguintes (ROS, 2006). Assim, se à época do Império e das três primeiras décadas da República houve predomínio da medicina social francesa, fundamentalmente urbana, na execução das práticas em saúde pública no Brasil, a partir da interferência direta do Estado na estruturação da previdência social, da expansão da medicina privada e da oferta de alguns serviços públicos de saúde aos pobres e desvalidos, o sistema sanitário brasileiro passou a assemelhar-se ao modelo inglês de medicina social, o qual

possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública (...). E, por outro lado, (...) permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. (FOUCAULT, 2008b, p. 97).

Portanto, analisando de maneira geral, desde a década de 1930 até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - com a promulgação de 1988, as leis regulamentadoras de 1990 e as políticas de saúde daí derivantes -, estes três sistemas médicos que caracterizaram o modelo inglês também coexistiram na organização sanitária brasileira, em que pese a singularidade destes sistemas em cada país.

Dentre as promulgações brasileiras, a Constituição de 1934 foi a primeira a indicar a responsabilidade dos estados e do governo federal sobre cuidados em saúde e assistência pública⁴⁷. Entretanto, este texto constitucional destacou os trabalhadores, as crianças e as gestantes como os sujeitos aos quais deveria ser endereçada a assistência médica, sanitária e o amparo do Estado, delimitando um público específico para as ações estatais em saúde.

Assim, a partir da Constituição de 1934 emergiram conjuntos populacionais específicos para o cuidado em saúde e a assistência pública, diferentemente das primeiras décadas da República durante as

⁴⁷ Vide seção de Anexos, p. 133.

quais as práticas sanitárias se voltaram aos espaços naturais e construídos, promovendo a ordem urbana e a higienização de lugares públicos, privados, bem como, dos hábitos e costumes do corpo social a fim de evitar doenças. Da massa homogênea que representava o “corpo social”, foram destacados segmentos populacionais pelos quais o Estado deveria zelar: os trabalhadores, as crianças e as mulheres grávidas trabalhadoras⁴⁸. De modo que à população geral deveriam ser endereçadas atividades de educação eugênica, de higiene social e de cuidados de higiene mental.

O discurso da higiene esteve fortemente presente nas políticas sanitárias brasileiras até meados da década de 1940⁴⁹, mas paulatinamente perdeu espaço para o discurso da prevenção. Embora este tenha emergido como um enunciado derivante do discurso higienista (AROUCA, 2003) - tanto que eram executadas práticas preventivas já na década de 1920⁵⁰ no Brasil -, o preventivismo ganhou corpo discursivo próprio e tornou-se um saber disciplinarizado a partir da década de 1950, quando passou a estar amplamente presente nas instituições de ensino médico (AROUCA, 2003). Grosso modo, a *medicina preventiva* contrapõe-se à *medicina curativa* na medida em que atua pela não instalação de uma doença, enquanto a segunda tenta curar os males do corpo, a primeira busca intervir antes que o corpo adoeça. A diferença entre ambas não se resume a isto, mas neste momento apresentaremos apenas este aspecto, dado que o intento da narrativa que segue é “pincelar” a emergência e as rupturas dos arranjos prático-discursivos que se sucederam e coexistiram ao longo da história das políticas de saúde pública brasileiras.

Nas quatro Constituições seguintes - a Outorga de 1937, a Promulgação de 1946, a Promulgação de 1967 e a Emenda Constitucional de 1969 - as menções relativas à saúde foram mais restritas e não introduziram aspectos novos⁵¹. Contudo, em 1941 houve uma reforma no *Departamento Nacional de Saúde* que tentou coordenar as atividades sanitárias em todo o país, por meio da normatização dos serviços sanitários e hospitalares, da centralização de decisões em determinados órgãos de saúde, do esquadramento do Brasil em

⁴⁸ *Idem*

⁴⁹ Na Constituição de 1934, por exemplo, o higienismo é indicado tanto para se evitar a propagação de doenças transmissíveis quanto para se melhorar as qualidades físicas e morais da sociedade.

⁵⁰ Cf. exposto, anteriormente, sobre as intervenções da Fundação Rockefeller no Brasil (1923 – 1939).

⁵¹ Vide seção de Anexos, páginas 134, 135, 137 e 138.

regiões sanitárias para o desenvolvimento de atividades normativas e executivas e da formação de profissionais para ações específicas em saúde (RODRIGUES, 1979). Estes objetivos denotaram a intenção do Estado em orquestrar as ações de saúde pública de forma homogênea no Brasil, assim como, deram mostras de um aparelho sanitário estatal em desenvolvimento, onde criação do Ministério da Saúde, em 1953, foi outro acontecimento derivante desse aparelhamento.

Se a reforma de 1941 denotou o desenvolvimento de um aparelho sanitário estatal e o intento do Estado por executar ações homogêneas em saúde pública no Brasil, em 1954, a publicação legal das *Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde*, regulamentada em 1961 como *Código Nacional de Saúde*, provavelmente, foi “a primeira tentativa da organização de um Sistema Nacional de Saúde no país” (RODRIGUES, 1979, p. 34). Para este documento⁵², a *defesa* e a *proteção* da saúde deveriam ser garantidas pelo Estado à coletividade e pela família ao indivíduo - salvo se esta não tivesse recursos para fazê-lo - por meio da adoção de *medidas preventivas*. Ou seja, guardadas as devidas proporções, os meios e os fins deveriam ser os mesmos para o Estado e a família no que tocasse à saúde, a diferença é que o primeiro deveria tomar por objeto o corpo coletivo e a segunda o corpo individual dos entes familiares. Ao Ministério da Saúde cabia a função de executar ações que visassem à *promoção*, à *proteção* e à *recuperação da saúde*, objetivos que emergiram a esta época e até hoje aparecem como finalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cada um destes enunciados sofreu rupturas da metade do século XX para o início do XXI, certamente, a ponto de contarem com outros elementos, objetos e conceitos correlatos. Entretanto, o acontecimento a ser marcado aqui consiste na aparição dessa tríade que carrega um objetivo estatal mais depurado e abrangente para com a saúde da população e denota, também, o atravessamento de diferentes discursos médicos compondo a política sanitária brasileira. Note-se, também, que a saúde começa a aparecer como um fim em si mesmo, como um bem a ser garantido pelo Estado. Ao longo do *Código Nacional de Saúde* é possível observar a presença de orientações preventivistas, higienistas e curativistas, fato que expressa a coexistência de diferentes discursos funcionando neste dispositivo sanitário, embora a esta época houvesse predomínio do preventivismo como base discursiva da medicina social em voga.

⁵² Vide seção de Anexos, p. 136.

Sobre a configuração que compreende as décadas de 1920 a 1960, é importante destacar, também, que as políticas e práticas de saúde pública assistenciais estiveram intimamente ligadas ao sistema previdenciário, de modo que a ruptura dessas forças começou a se operar nas décadas de 70 e 80, conforme será apresentado na próxima seção.

3.3 Década de 1970 em diante (terceira configuração)

A década de 1970 foi marcada pela instituição do *Sistema Nacional de Saúde*, pela organização do Movimento pela Reforma Sanitária⁵³ e pela emergência da *promoção da saúde* como novo enunciado orientador das políticas públicas de saúde em nível internacional.

Criado em julho de 1975, o *Sistema Nacional de Saúde* estabeleceu o campo de ação para o setor público e privado (RODRIGUES, 1979). Ao Ministério da Saúde foi destinada a responsabilidade de formular a política sanitária nacional e coordenar as atividades de prevenção destinadas a grandes coletividades, à Previdência Social e ao setor privado cabiam as atividades de assistência médica individual e hospitalar.

O Movimento pela Reforma Sanitária entendia ser dicotômica essa organização do sistema de saúde, já que havia comandos ministeriais distintos para as ações preventivas e para os serviços assistenciais e hospitalares; além disso, criticava o fato destes serviços não serem ofertados igualmente a toda a população e de se caracterizarem por uma prática médica curativista, hospitalocêntrica e centrada nas doenças. Essa crítica ganhou corpo do final da década de 1970 em diante, quando a “Declaração de Alma-Ata”, elaborada na *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*⁵⁴, em 1978, enfatizou que saúde não era apenas ausência de doença ou enfermidade, mas o completo bem-estar físico, mental e social⁵⁵. Em vez de tecnologia sofisticada, os *cuidados primários de saúde* propunham recursos mais simples; no “lugar de grandes hospitais, ambulatórios; de especialistas, generalistas; de um grande arsenal terapêutico, uma lista básica de medicamentos” (SCLIAR, 2007, p. 39).

A “Declaração de Alma-Ata” colocou em relevo a *promoção e a proteção da saúde* como os meios para se alcançar “o contínuo

⁵³ Este movimento foi constituído por acadêmicos e profissionais da área de saúde que se opunham à política sanitária dos governos militares. Dentre as instituições que participaram fortemente deste processo estão o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e alguns Núcleos de Saúde Coletiva das Universidades Públicas. Cf. Brasil (2003), op. cit.

⁵⁴ Esta Conferência foi realizada na URSS pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

⁵⁵ Cf. “Declaração de Alma-Ata” produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, (1978) na URSS. Essa Declaração foi acessada em 04/01/2009 na URL: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

desenvolvimento econômico e social dos povos, além de melhor qualidade de vida e paz mundial.”⁵⁶ A partir de então, o *conceito ampliado de saúde* - que a estendeu para muito além da ausência de doenças e enfermidades - tornou-se referência discursiva de políticas sanitárias em nível mundial, e os *cuidados primários de saúde* foram indicados a todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento, como o principal meio para se alcançar a meta: “Saúde Para Todos no Ano 2000”⁵⁷.

Essa meta foi discutida no Brasil na década de 1980, durante a 7ª *Conferência Nacional de Saúde*, onde se debateu uma proposta de serviços básicos a serem tocados, em conjunto, pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social, que integraria ações de promoção e proteção às de assistência médica individual. Além disso, indicava a necessidade do médico não realizar seu trabalho isoladamente, mas liderando uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2003). Em termos discursivos, tiveram influência direta na constituição do SUS a 8ª *Conferência Nacional de Saúde*, realizada em março de 1986, e a *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, realizada em novembro do mesmo ano, no Canadá.

A primeira foi considerada uma “pré-Constituinte da Saúde” por ter elaborado vários elementos que compuseram os artigos da Constituição Federal de 1988 referentes à saúde⁵⁸. Dentre os diversos pontos levantados no relatório da 8ª *CNS*, foi destacado em seu Relatório que

as modificações necessárias ao setor saúde transcend[iam] aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, *ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde*, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária. (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 2 – Grifo nosso).⁵⁹

⁵⁶ “Declaração de Alma-Ata” (1978), p. 1, op. cit.

⁵⁷ Cf. “Declaração de Alma-Ata”, (1978).

⁵⁸ Vide seção de Anexos, páginas 140 e 141.

⁵⁹ O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde está disponível na URL:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf

A Constituição de 1988 e as Leis nº 8.080 e 8.142 foram os documentos legais que assumiram boa parte das propostas elaboradas na Conferência de 1986. Estes documentos legais passaram a determinar a saúde como dever do Estado brasileiro a ser garantida enquanto direito de todo e qualquer cidadão. Portanto, a criação do SUS assinalou a emergência de uma nova proposta sanitária estatal, de cunho universalista, equitativo e integral. A partir de então, os serviços de saúde deveriam ser igualmente acessíveis a toda a população e, garantir desde os cuidados em saúde mais simples aos mais complexos. A assistência médica individual e hospitalar deixou de ser responsabilidade da Previdência Social e passou a ser do Ministério da Saúde, que desde então é a instância-referência do poder federal que responde por todos os assuntos de saúde pública.

A *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* foi considerada “uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que (...) [vinha] ocorrendo em todo o mundo.”⁶⁰ A “Carta de Ottawa”, documento elaborado nesta Conferência, especificou a compreensão de promoção da saúde e indicou cinco estratégias para que se alcançasse “Saúde Para Todos no Ano 2000”: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Na esteira destas propostas, a noção de saúde se tornou cada vez mais extensa e englobou aspectos que a distanciaram, quase que por completo, do sinônimo de não adoecimento.

Os reflexos do alargamento desse conceito podem ser percebidos no artigo 196 da Promulgação de 1988, que coloca a saúde como “direito de todos e dever do Estado” a ser garantido “por políticas sociais e econômicas”. Ou seja, aponta-se uma responsabilidade para além do setor saúde no cumprimento desse dever estatal. Ainda, a garantia do direito à saúde deve contemplar a redução do risco de doença e de outros agravos e, oferecer ações que *promovam, protejam e recuperem* a saúde de todos, universalmente e igualmente⁶¹. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, define em seu artigo 3º que “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a

⁶⁰ “Carta de Ottawa”, p. 1, produzida na *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em 1986 no Canadá. Acessada em 04/01/2009 na URL: <http://www.opas.org.br/promocao/upload/Arq/Ottawa.pdf>

⁶¹ Cf. Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Acessada em 05/01/2009 na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Com tal entendimento, não se amplia apenas o conceito de saúde, mas também, o campo de ação das políticas de saúde derivantes dessa discursividade.

Além do *conceito ampliado de saúde*, outras noções emergentes neste texto provocaram um rompimento com a perspectiva anterior. Por exemplo, a constituição de um *sistema único* em que as ações estatais de saúde passaram a fazer parte de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Ou seja, a estrutura sanitária deveria estar organizada em regiões e composta por ações de atenção básica (postos de saúde), de atenção secundária (policlínicas especializadas e ambulatórios) e de atenção terciária (rede hospitalar). Além disso, deveria obedecer às diretrizes de descentralização (direção única em cada esfera de governo), atendimento integral (prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e participação da comunidade⁶². Eis a configuração do Sistema Único de Saúde, delineada pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis regulamentadoras nº 8080 e nº 8142 de 1990.

⁶² Cf. Art. 198, *Idem*.

CAPÍTULO IV

Problematização da estratégia Saúde da Família

4.1 Cartografando as linhas de enunciação e as condições de possibilidade

Quatro anos após a efetiva instituição do Sistema Único de Saúde, com a aprovação das leis regulamentadoras em 1990, a estratégia Saúde da Família foi lançada como uma modalidade de atenção básica em saúde. Conforme apresentado no Capítulo 1, a ESF é discursivamente herdeira de todos os princípios e diretrizes do SUS, sendo o *conceito ampliado de saúde* e os enunciados de *prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde* elementos constituintes de seu suporte de saber. A ênfase recai nos três primeiros enunciados por ser sua missão mudar o modelo tradicional de atenção, que se caracterizava por realizar apenas ações curativistas, de recuperação e reabilitação da saúde.

Além disso, a ESF é um produto da configuração em que o Estado assume constitucionalmente o dever de garantir saúde a todo e qualquer cidadão, colocando-a como direito de todos. Ao longo da breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil foi possível perceber que as razões do Estado para defender ou produzir saúde foram variáveis e se voltaram a objetos diversos desde o século XIX até a década de 1990. Dentre os aspectos que concorrem na produção dessas diferentes formas do Estado conduzir as políticas sanitárias e relacionar-se com a tríade saúde-população-indivíduos, estão, principalmente, o entendimento do que é saúde e a definição de qual deve ser o campo de ação estatal no que se refere a ela.

Na maior parte do período que abrange a primeira configuração (século XIX até o início do século XX) referida no Capítulo anterior, o Estado responsabilizou-se discursivamente por defender e garantir saúde ao “povo” da nova terra com o intuito de tornar o Brasil próspero e opulento. Ou seja, o objetivo último dessa proposta era atingir o fortalecimento do Estado e da “nação”. Ao longo da primeira metade do século XIX, o Estado brasileiro planejou e executou ações sanitárias visando à *profilaxia das moléstias epidêmicas*, para tanto, lançou mão do saneamento das cidades e da imunização da população. Isso foi realizado devido ao entendimento de que era necessário *atuar nas causas das moléstias para removê-las*. Essa concepção etiológica serviu

de suporte para a realização de ações que passaram a ser executadas *a priori* dos surtos epidêmicos, traduzindo-se, possivelmente, nas primeiras expressões do ideal preventivista que tomou corpo na década de 1950. Portanto, até a primeira metade do século XIX, defender e garantir a saúde do povo significava evitar epidemias atuando em suas causas.

Entre a metade do século XIX e o início do século XX esse arranjo adquire novos contornos quando começa a se consolidar o discurso higienista como suporte de saber dos dispositivos médico-sanitários da época. O higienismo tinha como principal objeto de intervenção o meio natural e não-natural, e os usos e costumes “comprometedores”. Isso se deveu ao fato das questões de higiene pessoal e dos espaços habitáveis, além do saneamento e da salubridade geral serem os principais objetos do saber médico predominante à época.

Para este, a compreensão etiológica das doenças repousava em fatores naturais (miasmas, disposição geográfica, circulação de ar, dentre outros) e não naturais (forma de organização do tecido urbano, da abertura de ruas, da construção de casas, dentre outros), entendendo que a relação entre estes diferentes fatores era a principal causa de moléstias. Não obstante, esse campo de saber recorria a noções de topografia, estatística e demografia para sustentar seus argumentos, ao mesmo tempo em que também eram alvos de seus discursos os hábitos anti-higiênicos e imorais da população.

Segundo Foucault (1994a), no século XIX apareceu em todos os países do mundo uma vultosa literatura sobre a saúde individual e familiar, na qual o conceito de higiene como limpeza ocupava um lugar central em todas as induções morais aí propagadas. Ao longo desse período, tinha-se que a limpeza e a higiene eram os meios obrigatórios para se gozar de boa saúde.

Os principais temas (objetos) do saber médico debatidos no Brasil do século XIX foram: o enterramento dos mortos; as condições atmosféricas, meterológicas e hipométricas das cidades; os lugares favoráveis e desfavoráveis à saúde; a topografia físico-médica das cidades e sua influência sobre a saúde pública; condições habitacionais e salubridade; higiene das prisões, das habitações, dos hospitais, hospícios e colégios; a relação entre higiene, patologia e terapêutica; a higiene da primeira infância e da velhice; a educação física, intelectual e moral da mocidade e sua influência sobre a saúde; a moral e os bons costumes. Em decorrência, até a década de 1920, a associação entre doenças epidêmicas e ausência de higiene, de saneamento e de organização

urbana foi predominante nos discursos que sustentaram as políticas de saúde.

O ideal decorrente dessa acepção era “organizar” a vida das populações, tanto em termos materiais quanto morais, pois assim seria possível higienizá-las e discipliná-las, pautando-se o fundamento de tal “ordem sanitária” em discursos higienistas do tipo eugênico e de engenharia sanitária. Portanto, viu-se nas últimas décadas do século XIX e no início do XX o objetivo estatal de fazer prosperar a “nação” produzindo uma população organizada, saneada e com “bons usos e costumes”.

Conforme abordado na breve genealogia, esse período foi marcado pela produção de discursos médicos que objetivavam normalizar o espaço urbano e social não pela ação direta sobre as doenças, mas antes ainda, impedindo o seu aparecimento e controlando a sua manifestação. Portanto, é possível apontar aí uma proveniência do enunciado preventivista.

Foi a partir do início do século XX que o discurso médico circulante no Brasil começou a se *deslocar* com mais força *da doença para a saúde*, colocando-a como objeto de atenção e produção médica. Não obstante, essa configuração pode ser compreendida como uma das condições de possibilidade do *conceito ampliado de saúde* que ora sustenta a ESF. Conforme abordado na terceira seção do Capítulo 2, o alargamento do campo de intervenção médico-sanitário teve início já na Europa do século XVIII, quando a inclusão de um espectro de objetos distinto das doenças, tais como o ar, a água, as construções, o tecido urbano e demais elementos correlatos passaram a ser alvo do saber médico e produziram seu *desbloqueio epistemológico*.

A partir daí, o campo tradicional da medicina, antes restrito às enfermidades e suas decorrências, foi-se ampliando e estendendo-se a um domínio tal que a caracterização da medicina no século XX é não haver mais campo que lhe seja exterior. Tudo se tornou objeto do seu saber e alvo de sua intervenção, sendo esse o resultado de um processo de medicalização iniciado no século XVIII - quando da ampliação do campo das doenças e da demanda do doente - e intensificado no século XIX, quando essa medicalização atingiu uma amplitude em que tudo ou quase tudo se tornou passível de ser medicalizado - o sono, a alimentação, os hábitos de vida, as relações sexuais, etc.

No que se refere às políticas de saúde brasileiras, discursivamente, o ápice desse processo ocorreu com a instituição do SUS e, sobretudo, da estratégia Saúde da Família, de modo que, os discursos higienistas do tipo eugênico e de engenharia sanitária

marcaram não apenas a mudança de foco da doença para a saúde, como também o início do processo de ampliação da noção de saúde.

No Brasil, o discurso da higiene esteve fortemente presente nas políticas sanitárias brasileiras até meados da década de 1940. Na Constituição de 1934 o higienismo chegou a ser indicado tanto para se evitar a propagação de doenças transmissíveis quanto para se melhorar as qualidades físicas e morais da sociedade. Contudo, paulatinamente, o higienismo perdeu espaço para o discurso da prevenção. Embora este tenha emergido como um enunciado derivante do discurso higienista, ganhou corpo discursivo próprio e tornou-se um saber disciplinarizado a partir da década de 1950, passando a estar amplamente presente nas instituições brasileiras de ensino médico, assim como, figurando no arranjo prático-discursivo de dispositivos sanitários.

Em paralelo a essas mudanças de visibilidade dos discursos higienista e preventivista, na década de 1940 houve também o início de um processo de descolamento entre a idéia de produzir saúde e enriquecer a nação/fortalecer o Estado. Esse acontecimento marcou o prenúncio da entrada em cena da saúde como um fim em si mesmo e não mais como um meio de fortalecimento estatal. Essa ruptura ganhou corpo na década de 1960 quando emergiram no *Código Nacional de Saúde* os enunciados da *promoção*, *proteção* e *recuperação da saúde* como responsabilidades do Estado brasileiro, na figura do Ministério da Saúde. A emergência dessa tríade denotou um objetivo estatal mais depurado e abrangente para com a saúde da população, sendo uma das condições de possibilidade para a assunção da saúde como um fim em si mesmo, como um bem a ser garantido pelo Estado, surgida na Promulgação de 1988.

Ao longo do *Código Nacional de Saúde* havia orientações preventivistas, higienistas e curativistas, fato que expressa a coexistência de diferentes discursos funcionando neste dispositivo sanitário, embora a esta época houvesse predomínio do *preventivismo* como base discursiva da medicina social em voga. Com isso se pode compreender que a emergência de um novo enunciado não suplanta, necessariamente, os que o precederam, sendo possível diferentes enunciados coexistirem e funcionarem paralelamente e/ou conjuntamente. O importante é observar qual deles predominam/predominaram nos dispositivos sanitários aos quais servem/serviram de suporte.

No que se refere à Atenção Básica do SUS e, em especial, à estratégia Saúde da Família, os textos e documentos que as regulamentam privilegiam os enunciados de *prevenção* e *promoção da saúde*, em detrimento dos de *recuperação* e *reabilitação*. A estratégia

Saúde da Família é apresentada como uma aposta na mudança do modelo assistencial pelos enunciados de *prevenção* e *promoção da saúde* serem os principais suportes de saber que a sustentam discursivamente. Conforme apresentado na breve genealogia, a consolidação da *promoção da saúde* como enunciado orientador das políticas públicas de saúde em nível internacional se deu na década de 1970, com o acontecimento da “Declaração de Alma-Ata”, a partir da qual foi expresso que a *promoção* e a *proteção da saúde* eram os meios para se alcançar “o contínuo desenvolvimento econômico e social dos povos, além de melhor qualidade de vida e paz mundial.”⁶³

Neste documento foi enfatizado que a definição de saúde não deveria ser entendida apenas como ausência de doença ou enfermidade, mas sim, como um estado completo de bem-estar físico, mental e social⁶⁴. Outro marco de alargamento da noção de saúde, que teve ressonância na instituição do SUS e da ESF, foi A *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* - realizada no Canadá em 1986 -, em que a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde foram indicados como estratégias indispensáveis para se atingir “Saúde para Todos no ano 2000”. Esse evento foi considerado “uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública.”⁶⁵ A partir de então, o *conceito ampliado de saúde* consolidou-se como o enunciado referência de políticas sanitárias em nível mundial, e a noção de saúde englobou outros aspectos que a distanciaram ainda mais do mero sinônimo de não adoecimento. No mesmo ano em que foi produzida a “Carta de Ottawa”, no Brasil foi elaborado o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual afirmou, entre outras coisas, que:

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes

⁶³ Cf. “Declaração de Alma-Ata” (1978), produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na URSS. Essa Declaração foi acessada em 04/01/2009 na URL: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

⁶⁴ *Idem*

⁶⁵ “Carta de Ottawa”, p. 1, produzida na *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em 1986 no Canadá. Acessada em 04/01/2009 na URL: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

desigualdades nos níveis de vida. (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4).

Nesse sentido, acreditamos ser possível afirmar que os contornos adquiridos pelo conceito ampliado de saúde provocaram uma espécie de *sanitarização da vida*, na medida em que um campo cada vez maior da existência individual e coletiva, com os seus mais variados fenômenos e aspectos, entrou no domínio do que é entendido por saúde: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”⁶⁶. De modo que o enunciado de promoção da saúde está em plena coerência com o conceito ampliado e abrange, igualmente, um domínio amplo, pois inclui *bem-estar* e *qualidade de vida* no espectro de objetos do saber-poder médico-sanitário.

Diante do exposto nesta seção, assim como na breve genealogia, concluímos que a estratégia Saúde da Família apresenta rupturas, mas também proveniências discursivas dos dispositivos sanitários que a antecederam. Na tentativa de colocar em relevo essas condições de possibilidade, tentamos apresentar aqui a trama histórica que possibilitou a emergência dos discursos de onde derivam as linhas de enunciação da ESF, bem como, do entendimento de saúde que está no bojo de suas propostas. A fim de encerrar esta seção e dar passagem à próxima, parece-nos importante marcar que com o conceito ampliado de saúde não se alarga apenas o campo discursivo e o domínio de saber médico-sanitário, mas também, o campo de ação dos dispositivos que se apóiam nessa discursividade e nos enunciados que dela derivam, pois

aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos individuais e implica, ao mesmo tempo, uma redefinição deste espaço onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população. (CAPONI, 2003, pp. 60-61).

⁶⁶ Art 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

4.2 Cartografando as linhas de força: o campo das práticas e das relações de poder

Partindo da cartografia das linhas de enunciação, é pertinente agora indagar: se a estratégia Saúde da Família resulta de algumas rupturas discursivas, também assinalaria rupturas no âmbito das práticas? As relações entre a equipe e os indivíduos-famílias-comunidade estão configuradas em um campo de forças diferente do das ações sanitárias de cunho policial e pastoral que marcaram o nascimento da medicina social e o das políticas de saúde no Brasil?

Nesta seção temos o intuito de problematizar as linhas de força da ESF, que nada mais são do que o campo das práticas, as quais compõem parte desse dispositivo e marcam o tom das relações entre a equipe de saúde e a sua “população adscrita”.

Conforme apresentado no Capítulo 1, a estratégia Saúde da Família carrega a missão de “viabilizar mudanças na forma de *pensar e fazer* saúde no Brasil” (BRASIL, 1998, p. 5 – grifo nosso), por meio da conversão do modelo tradicional de assistência, que se caracterizou por realizar apenas atendimento à “demanda espontânea” de usuários, com ênfase em ações de recuperação e reabilitação, em detrimento de atividades de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o principal desafio da ESF é colocar as práticas preventivas e promotoras no primeiro plano de suas intervenções, “de forma integral e contínua (...) e, com isso, *melhorar a qualidade de vida dos brasileiros* (grifo nosso).”⁶⁷

Ao analisarmos as diretrizes de atuação da estratégia Saúde da Família, foi possível perceber que o cerne de sua concepção interventiva está calcado, principalmente, nos seguintes fundamentos: 1) não esperar a demanda chegar para intervir, mas agir sobre ela preventivamente, realizando, sobretudo, práticas de promoção da saúde; e, 2) atuar em um território bem definido, com uma população delimitada. As práticas por meio das quais se concretizarem essas diretrizes são (Cf. BRASIL, 2006a):

- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento

⁶⁷ Informações acessadas no site do Ministério da Saúde, em 07/01/2009, URL: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php

populacional determinado, a fim de trabalhar em uma área de abrangência delimitada e com uma “clientela adstrita”, com ações dirigidas a populações de territórios bem delimitados;

- Cadastramento domiciliar,
- Atualização contínua do cadastramento das famílias e dos indivíduos, utilizando de forma sistemática os dados para a análise da situação de saúde;
- Buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário.

Esse arranjo é bastante consonante ao projeto de governo médico operacionalizado na Prússia do século XVIII, citado no Capítulo 2, que contava com a figura do “médico de distrito” responsável por “uma população entre seis e dez mil habitantes, até oficiais médicos, responsáveis por uma região muito maior e uma população entre trinta e cinco e cinqüenta mil habitantes.” (FOUCAULT, 2008b, p. 84). O projeto prussiano tinha como objetivo o esquadrinhamento e a administração médica de uma população determinada, valendo-se de práticas semelhantes às de um dos grandes modelos de organização médica da história ocidental: o esquema da quarentena. Na quarentena o objetivo era reagir à peste lançando-se mão de estratégias militares para organizar, distribuir, isolar, individualizar e vigiar os indivíduos, um a um, a fim de constatar a vida e a morte e “fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro” (FOUCAULT, 2008b, p. 89).

Esse modelo médico-político de reação à peste serviu de matriz à medicina urbana que se viu nascer na França da segunda metade do século XVIII, a qual foi referência das políticas sanitárias brasileiras ao longo do século XIX. A presença da matriz médico-política da quarentena pode ser identificada claramente, no Brasil, ao final da primeira metade do século XIX, com a reativação do projeto de polícia médica que objetivou combater a primeira grande epidemia de febre amarela no verão de 1849-1850. Algumas estratégias utilizadas nesse projeto vão ao encontro das práticas levadas a efeito pelo projeto médico

prussiano no século XVIII, assim como, pelo esquema da quarentena que, em verdade, é a matriz de onde derivaram todos os outros.

No campo interventivo da ESF há práticas consonantes a essa matriz, tais como, a delimitação de território, a atuação junto a uma população definida, cadastrada e “vigiada” constantemente. Se a ESF e o esquema da quarentena não coincidem em rigidez e autoritarismo, pode-se dizer que, pelo menos, assemelham-se na sistemática de esquadrihar um espaço social, percorrê-lo com um olhar permanente e fazer registros constantes da população. Nessa medida, a ESF funciona como uma estratégia biopolítica em que se veem arrançadas, sob novas roupagens discursivas, antigas relações de poder. As suas duas principais diretrizes interventivas: 1) não esperar a demanda chegar para intervir, e 2) atuar em um território bem definido, com uma população delimitada, são, claramente, estratégias biopolíticas para o controle capilarizado *de todos e de cada um* (indivíduos-famílias-comunidade que compõem a clientela adscrita), configurando-se como um governo médico da vida a partir de questões relativas à saúde e à doença.

Dependendo da forma como forem conduzidas essas práticas, as equipes de Saúde da Família ficam propensas a estabelecer relações assimétricas e de controle da sua “clientela adscrita”, uma vez que a busca pela “demanda reprimida”, o mapeamento e reconhecimento da área de abrangência, o cadastramento domiciliar e a atualização contínua do cadastramento das famílias e dos indivíduos pode se dar de forma invasiva e não desejada pelos sujeitos que residem na área de atuação da ESF. Segundo Caponi (2003), desde o nascimento da medicina social,

o âmbito do público e o âmbito do privado começaram a misturar suas fronteiras, fazendo com que as políticas de saúde se convertessem em intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados ‘promíscuos’, ‘alienados’, ou simplesmente ‘irresponsáveis’. (CAPONI, 2003, p. 63).

No que toca à ESF, o que justifica a possibilidade de misturar as fronteiras entre o público e o privado não parece ser a identificação de sujeitos “promíscuos”, “alienados” ou “irresponsáveis”, mas sim, a diretriz de não esperar a demanda chegar para intervir, mas agir sobre ela preventivamente. O *conceito ampliado de saúde* e os enunciados de *prevenção e promoção* são as justificativas discursivas de tais práticas, uma vez que “autorizam” a intervenção sobre situações “que têm efeitos

determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade”⁶⁸. É por essa via que também se justifica o papel do *agente comunitário de saúde* (ACS), já que cabe a ele

desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, *por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade* (BRASIL, 2006a, pp. 43-44 - grifo nosso).

Essa função do ACS não se diferencia muito da função dos *inspetores sanitários estaduais* que realizaram as primeiras ações de *educação higiênica* no estado de São Paulo no início do século XX. Conforme apresentado no capítulo anterior, esses inspetores atuavam num dos 14 distritos sanitários em que o estado de São Paulo havia sido dividido, tendo entre suas atribuições realizar “visitas domiciliares, aconselhando medidas de higiene pessoal e doméstica; e a fiscalização da higiene escolar.” (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 223). A diferença entre o papel do *inspetor sanitário* e o papel do ACS reside na passagem do aconselhamento higiênico às atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças e, da fiscalização da higiene à vigilância à saúde.

Contudo, essa passagem não parece ter incorrido em mudanças substanciais, tanto pela *ação nos domicílios* não demandada pelos residentes fazer parte das práticas de um e outro, quanto pelo ACS ter, ainda, o objetivo de manter “a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em *situação de risco*.” (BRASIL, 2006a, p. 44, grifo nosso). O ideal de controlar grupos e situações consideradas de risco é “herança da higiene e da medicina legal, da qual a saúde pública parece ainda não ter podido libertar-se” (CAPONI, 2003, p. 72).

No âmbito da Atenção Básica, a preocupação com o *risco* não orienta somente a prática do ACS, mas a de toda a equipe, que deve desenvolver “ações focalizadas sobre *os grupos de risco e fatores de risco* comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis” (BRASIL, 2006, p. 18, grifo nosso). As equipes de Saúde da Família também são orientadas a realizar “diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo *critérios de risco à saúde*, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes” (BRASIL,

⁶⁸ Informações acessadas no site do Ministério da Saúde, em 02 de novembro de 2008, na URL: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

2006, p. 26, grifo nosso). Na Política Nacional de Atenção Básica (2006) consta, ainda, como atividade de todos os membros da ESF

participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, *identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos*, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2006a, p. 42, grifo nosso).

Nesse sentido, a prática da prevenção nada mais seria do que um mapeamento de riscos a serem controlados e/ou evitados a fim de barrar ocorrências indesejáveis para preservar o que é considerado saúde. Isso se torna problemático na medida em que a definição de ‘risco’ e ‘saúde’ é feita com a utilização de métodos estatísticos e, portanto, determinada por médias numéricas e curvas normais. Quando a normalização é a base sobre a qual se apóiam diretrizes interventivas de políticas sanitárias, o sofrimento e a demanda daquele que sofre pouco ou nenhum espaço têm no processo de identificação de estados de doença e de situações de risco, pois estes aspectos, via de regra, são definidos por medições normativas e/ou desvios-padrão.

Assim, as ações conduzidas a partir de uma lógica estatística levam a intervenções massificantes, que desconsideram as singularidades, uma vez que estas são planificadas por tal racionalidade. As práticas baseadas na gestão dos riscos estão propensas a se guiarem por essa via, uma vez que a definição de risco é não apenas previamente fixada, como também é guiada por padrões de normalidade e anormalidade. Nesse sentido, mantém-se numa tradição de condução médica das condutas que volta suas ações à recuperação de normalidades perdidas e a situações que podem desvirtuá-la. Daí se justifica a “vigilância” à saúde, pois vigiar é antecipar-se à ocorrência dos estados “anormais” gerados pelos riscos. Caponi (2003) lembra que, historicamente, a saúde pública dirigiu suas intervenções para as chamadas populações de risco, pautando-se na clássica associação entre “classes pobres e classes perigosas”, de modo que

Para conhecer o modo como elas viviam, para compreender suas condutas e calcular seus riscos, utilizou-se uma antiga estratégia que ainda hoje não nos parece distante: ‘penetrar no interior das

famílias' para poder, assim, descobrir e prevenir enfermidades futuras. (CAPONI, 2003, p. 75).

Com a prática da *visita domiciliar*, da adscrição de clientela e da delimitação da área de abrangência, a estratégia Saúde da Família mantém, em alguma medida, o ideal higienista aplicado pela *polícia médica* do século XIX e pelo *inspetor sanitário* do início do século XX de esquadrinamento, controle e vigilância da vida dos indivíduos e populações “de risco”. Disso podemos deduzir que a mistura entre as fronteiras do público e do privado, característica do nascimento da medicina social e dos dispositivos derivantes da saúde colocada como meio para se atingir o fortalecimento do Estado está presente nessas linhas de força da ESF.

Esse conjunto de suas práticas propicia o estabelecimento de relações assimétricas, marcadas pelo controle e pelo governo da vida, na medida em que reduz a autonomia de decisão e de ação política dos indivíduos e coletividades que estão sujeitos a se tornarem objetos de ações não demandadas por eles. Nessa medida, a ESF também é debitária do pastorado e da “polícia”, tal como o foram os primeiros dispositivos médico-sanitários do Ocidente.

Contudo, reconhecemos também nas suas linhas de força algumas práticas orientadas para um fluxo diferente dessa condução invasiva e sistemática, as quais podem abrir espaço para relações simétricas e não governamentalizadas. Dentre estas, destacamos (Cf. BRASIL, 2006a):

- Desenvolver ações democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe;
- Considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural;
- Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social⁶⁹;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações.
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

⁶⁹ Controle social é a possibilidade de “fiscalização” e acompanhamento que a sociedade civil tem em relação ao planejamento e à execução das ações e serviços de saúde pública.

Neste conjunto de práticas, comunidade, população e indivíduos estão incluídos no campo de decisões acerca de algumas atividades da equipe de Saúde da Família, além de ser estimulado o olhar desta à singularidade e complexidade daqueles, por meio de uma escuta qualificada das suas necessidades. Ao serem considerados esses elementos, abre-se espaço para os sujeitos falarem e serem ouvidos na primeira pessoa, ali, onde estratégias biopolíticas insistem em planificá-las e o governo medicalizado da vida em conduzir suas condutas a partir do que se determina como *norma de saúde*. Dar voz à primeira pessoa significa romper com a lógica massificante e homogeneizante das médias e intervalos de normalidade para incluir o singular como diretriz possível das práticas em saúde.

Mas, para que isso se configure não apenas como uma estreita linha de fratura do dispositivo, a ESF deveria organizar seu arranjo prático-discursivo de modo a propiciar que a equipe se coloque, antes de tudo, no papel de exegeta, de tradutora, mais do que no de conhecedora. Aceitando o exercício da exegese, a equipe de saúde romperia com a lógica pastoral de conduzir a conduta de seus assistidos para fins alheios à vontade deles. O que guiaria a relação entre ambos seria a demanda do sujeito que sofre e que fala em primeira pessoa, ficando de fora determinações preestabelecidas e a missão dos profissionais de saúde (pastor) de prescrever (conduzir) a vida dos indivíduos-famílias-comunidades (de cada ovelha e de todo o rebanho).

As linhas de força da ESF são compostas por malhas objetivantes, tais como o conjunto de práticas biopolíticas e de governo médico da vida, assim como, por práticas mais propensas a relações simétricas e não governamentalizadas, de modo que o primeiro conjunto nos pareceu mais visível e predominante. Sendo as linhas objetivantes mais fortes, a ESF caracteriza-se como um dispositivo biopolítico que comporta estreitas linhas de fratura, de modo que o tom das relações entre a equipe de saúde e a sua “população adscrita” estão propícias a se pautarem em estratégias de controle, vigilância e de condução médica de condutas pelo que se define como *norma de saúde, bem-estar e qualidade de vida*.

Com isto posto, podemos afirmar que a ESF é um produto derivante de rupturas discursivas que se configura em um campo de forças semelhante ao das ações sanitárias de cunho policial e pastoral que marcaram o nascimento da medicina social e o das políticas de

saúde pública no Brasil. Embora tenha em seu suporte discursivo novos enunciados, antigas relações de poder funcionam nesse dispositivo, ficando mantido um jogo de objetivação x subjetivação e de individualização x totalização que acompanha os dispositivos governamentalizados e governamentalizantes, conforme explicitado no Capítulo 2 (item 2.2). Na próxima seção estes elementos ainda serão problematizados, porém, de outra perspectiva, já que a análise estará voltada aos objetos que a estratégia Saúde da Família visa a constituir, mais especificamente, o sujeito que ela objetiva produzir.

4.3 Cartografando as linhas de objetivação: o sujeito desenhado pelo dispositivo

Antes de propriamente problematizar as linhas de objetivação da ESF, achamos pertinente rerepresentar algumas reflexões acerca da composição de um dispositivo e de como por ele são ‘desenhados’ sujeitos/subjetividades. Conforme já debatemos, Deleuze (1995) entende que os vetores ou tensores de um dispositivo não apresentam contornos definitivos, pois estão organizados em cadeias de variáveis em constante inter-relação, compostas por *objetos visíveis, enunciações formuláveis, forças em exercício e sujeitos numa dada posição*. Se no primeiro eixo de problematização deste Capítulo já tomamos como foco as enunciações e, no segundo, as forças em exercício, resta-nos agora destacar quais são os objetos/sujeitos visíveis e a posição que a estratégia Saúde da Família pretende que eles ocupem, uma vez que as linhas de objetivação formam-se pela atividade coordenada das enunciações e das forças.

A cartografia das linhas de objetivação deve se dar em derivação à das enunciações e das forças, visto que essas dizem respeito a dado sujeito que um arranjo de saber-poder visa a produzir. Para saber como isso ocorre é necessário observar os “processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos” (FOUCAULT, 2008b, p. 182). Portanto, esse terceiro eixo de problematização analisa o regime de luz que emana da estratégia Saúde da Família iluminando os objetos que visa a constituir: sujeitos (indivíduos, famílias e comunidades) da prevenção e da promoção da saúde que se conduzam sob certas *normas* a fim de alcançar *bem-estar e qualidade de vida*.

No decorrer da análise das linhas de enunciação da ESF nos surgiu um questionamento que é pertinente ser colocado agora: até que ponto o enunciado de promoção da saúde diferencia-se dos ideais higienistas? Até que ponto coincide com eles? Parece ter havido mudanças terminológicas, mas o ideal de conduzir condutas para fins pré-fixados como “bons” permanece. A diferença é que a higiene objetivava, sobretudo, ordem e limpeza, e a promoção da saúde objetiva hábitos saudáveis, qualidade de vida e bem-estar. No entanto, fica mantida a intenção de *normalizar comportamentos*, passa-se apenas de uma assepsia moral e social para prescrições de alimentação saudável, prática regular de exercício físico e prevenção de riscos.

O discurso da promoção da saúde volta-se à responsabilidade dos indivíduos para que assumam *hábitos saudáveis* e gerenciem o seu cotidiano para atingir mais saúde e anos de vida. Nesse sentido, “a promoção da saúde pode ser interpretada como uma política de neohigiene interna, de forte conteúdo moral com vistas à longevidade ou, no limite, como denegação da morte” (CASTIEL, 2007, p. 66). Tanto o higienismo quanto a promoção da saúde são enunciados objetivantes x subjetivantes pautados na lógica da *normalidade* que, “de um lado remete (...) à noção de média estatística, (...); [e] de outro, trata-se de um conceito valorativo que se refere àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade.” (Caponi, 2003, p. 66).

Para Castiel (1999, p. 20), a promoção da saúde apresenta-se como importante estratégia biopolítica de disseminação das informações sobre o risco com “posturas moralizantes de busca e manutenção de retidão e pureza e de evitação de máculas que corrompam o estado perfeito de saúde”. O sujeito que a promoção da saúde visa a constituir é aquele que se conduza dentro de limites aceitáveis do que se determina como *norma de saúde*, a fim de alcançar *bem-estar* e *qualidade de vida*.

A partir do momento em que se afirma o ‘bem-estar’ como valor – físico, psíquico e social -, reconhece-se como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, nós qualificamos de modo positivo – aquilo que produz ou que deveria produzir uma sensação de bem-estar, aquilo que se inscreve no espaço da normalidade (...). (CAPONI, 2003, p. 67).

Ao colocar *bem-estar* e *qualidade de vida* como resultados a serem produzidos pelas equipes de Saúde da Família, sem problematizá-los e sem tomá-los como universais comuns, abre-se possibilidade para a patologização de condutas consideradas anormais ou contrárias ao que se define como saudável, pois tudo o que seja considerado bem-estar ou, correlativo a ele, automaticamente, entra no rol do normal e do aceitável, enquanto o que estiver fora dos seus limites será considerado mal, perigoso ou indesejado (CAPONI, 2003, p.67). Além disso, suas ações governamentalizantes se caracterizam como uma benfeitoria pautada no conhecimento do bem comum, de fim altruísta, já que a ESF deve saber indicar o caminho a ser seguido pelos

indivíduos-famílias-comunidade para que gozem desses valores normalizados/normalizantes que são *saúde, bem-estar e qualidade de vida*.

Nesse sentido, é mantida a normalização das condutas que acompanha a medicina social desde o seu nascimento, configurando-se uma tendência de buscar “algo ligado à esfera privada, da responsabilidade dos indivíduos, colocada em termos de escolhas comportamentais” para o controle dos riscos (CASTIEL, 2004, p.617). Promover saúde pode tanto significar o controle das condições de vida da população e de indivíduos, quanto *educá-los* para os *hábitos saudáveis*, a fim de que todos e cada um dirijam uma vigilância a si próprios (CAPONI, 2003). Esse arranjo de discursos e práticas governamentalizante parece ser a resposta de parte do seguinte questionamento:

O que nos qualifica como médicos, sanitaristas ou agentes comunitários a desempenhar o papel de conselheiros do príncipe e de mediadores do povo? O que existe em nossa prática que possa nos autorizar a intervir sobre fatores, tais como a miséria, a insalubridade da moradia, a ‘subeducação’, a violência ou a moralidade? (CAPONI, 2003, p. 76, parafraseando Robert Castel).

A outra parte da resposta pode ser encontrada na associação entre a legitimidade de práticas invasivas, controladoras, finas e vigilantes e a matriz pastoral, posto que os agentes do saber-poder (pastores) sempre sabem o que é melhor ao objeto de suas intervenções (ovelha/rebanho). O que legitima a função do pastor para conduzir cada ovelha e todo o rebanho é que ele sabe o que é melhor para elas e, portanto, para onde deve guiá-las. É seu dever saber agir no momento exato em que em todas e cada uma precisam ser orientadas. A ovelha está ligada ao pastor por uma relação de dependência, pois ela não sabe se conduzir por si, dele precisa para seguir sem errar e sem desvirtuar-se da verdade que procura e que somente ele poderá ajudá-la a decifrar.

A relação pastor-ovelha é aquela em que o primeiro sempre sabe o que deve ser feito, o que deve ser dito e para onde se deve ir, enquanto a segunda dele sempre depende para orientar seus atos, seu pensamento e seu caminho. A possibilidade de intervenção/vigilância indefinida, constante e aguda do pastor sobre a ovelha e o rebanho é dada pela necessidade que elas têm de serem conduzidas, ao passo em

que o reverso dessa condição é a onipotência e a onipresença indefinida, constante e aguda do pastor.

Caponi (2003) aponta que para haver limite à intromissão na vida dos indivíduos é necessário esclarecer conceitos como saúde, risco e normalidade, separando-se anomalia e patologia e concedendo-se privilégio ao sofrimento individual. Um dispositivo médico-sanitário poderia reduzir sua força de sujeição ao possibilitar um caráter provisório e particularizado ao entendimento de saúde e doença. Em termos prático-discursivos, para que um modo de objetivação normalizador fosse rompido no campo da saúde pública seria necessário “negar-se a admitir um conceito de saúde baseado em uma associação com tudo que consideramos como moral ou existencialmente passível de valorização.” (Caponi, 2003, p. 68).

Ao romper com a associação entre moralidade e saúde seria possível à ESF distanciar-se do exercício pastoral de conduzir a conduta de seus assistidos para fins alheios à vontade deles e prescindir da sua condição de “prescritora de vidas”, o que, conseqüentemente, abriria espaço para que somente os assistidos decidissem suas próprias vidas e seu cuidado.

Conforme abordado nas *Incursões Metodológicas*, um dispositivo apresenta, além das linhas objetivantes/subjetivantes, linhas de fratura, de fissura, certas brechas que comportam a possibilidade de resistência às sujeições que agencia. Pode-se dizer que estas linhas são um espectro de liberdade, ou melhor, são o espaço possível para que os indivíduos possam exercê-la, conduzindo a si próprios numa direção que não seja a dos fluxos normalizados e normalizantes. Embora um dispositivo seja como uma “máquina para fazer ver e para fazer falar” (DELEUZE, 1995, p. 155) seu efeito não resulta estritamente em modos de objetivação.

Por comportar rupturas, fraturas e fissuras, um dispositivo sempre carrega a possibilidade de que os sujeitos se elaborem de um modo não sujeitado e exercitem o que Foucault nomeia de ética, uma prática refletida de liberdade. As subjetivações processadas a partir das linhas de fraturas permitem a elaboração de si pela via ética, de modo que essa possibilidade é ampliada ou reduzida conforme o forem as fissuras dos dispositivos.

Logo, as brechas do dispositivo ESF podem ser alargadas com um maior espaço para diretrizes interventivas propiciadoras de relações não governamentalizadas e que, necessariamente, incluam a liberdade como condição irreduzível – meio e fim – das suas práticas. Não obstante, o conjunto de práticas não governamentalizadas da estratégia Saúde da

Família pode ser entendido como as linhas de fratura e de fissura desse dispositivo, a partir das quais o exercício ético como prática refletida de liberdade está mais propenso a ocorrer.

Acreditamos que a tendência de fixar-se em um ou outro pólo (sujeição / ética) também seja delineada pela forma como se dá a relação assistente-assistido – se pelo modo pastoral ou exegeta. Nesse sentido, para que a ética prevaleça à sujeição é necessário que a responsabilidade, a liberdade e a autonomia do assistido seja sempre soberana às normas de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Para que essa outra forma de vínculo se fortalecesse, seria necessário à ESF prescindir do governo da vida de todos e de cada um, ou seja, da missão de gerar bem-estar e qualidade de vida valendo-se de estratégias biopolíticas.

Embora isso possa, em alguma medida, figurar no campo das escolhas individuais, de modo que a mudança ou a manutenção das relações governamentalizadas dependeria de cada profissional de saúde, acreditamos que boa parte do arranjo prático-discursivo da ESF propicia que as práticas se mantenham no campo do pastorado e da polícia. De tal sorte, é imprescindível reorientá-lo para que essa política pública rompa com os contornos biopolíticos e governamentalizantes que propiciam relações de poder assimétricas, controladoras e vigilantes, as quais acompanham os dispositivos médico-sanitários desde o surgimento da medicina social.

Com isso queremos afirmar que uma mudança no arranjo prático-discursivo da estratégia Saúde da Família, no sentido de romper com as linhas objetivantes, é necessária para que haja um distanciamento da racionalidade pastoral na qual este dispositivo ainda se apóia, caracterizando-a como uma espécie de missionário da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida de sua “clientela”. Esse arranjo acaba por conferir-lhe a qualidade de conhecedora dos males e riscos alheios, legitimando sua intromissão nos domicílios e seu caráter prescritivo dos modos de vida de indivíduos-famílias-comunidade.

Tendo em vista que “somente na responsabilidade é que a liberdade acha sua condição e sua razão de ser” (CAPONI, 2000, p. 37), seria possível à estratégia Saúde da Família renunciar do papel de instrumento de controle, vigilância e governo se o seu campo de intervenções propiciasse relações simétricas, pautadas na responsabilidade e na autonomia do assistido, indispensáveis às práticas refletidas de liberdade. Assim, haveria maior espaço para relações propiciadoras do exercício ético, em detrimento das relações objetivantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese que sustentou essa pesquisa foi a de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dispositivo biopolítico contemporâneo propenso a exercer um governo médico da vida pela colocação da saúde como um bem a ser promovido. Essa afirmação foi feita quando da constatação de que a ESF tem como premissa interventiva acompanhar – e em alguma medida controlar, vigiar e governar – a vida das famílias e indivíduos que estão circunscritos a sua área de atuação.

Ressaltamos, mais uma vez, que a problematização feita nesse estudo não pretendeu desconsiderar a importância e o valor que a estratégia Saúde da Família pode ter para aliviar o sofrimento e o mal-estar que doenças, acidentes e outras mazelas provocam às pessoas que buscam seus serviços. O que nos pareceu urgente ser cartografado e problematizado é o arranjo da ESF que está organizado para intervir além da demanda dos indivíduos-famílias-comunidade. Ou seja, a dimensão invasiva, vigilante e normalizadora que a maior parte das suas linhas de força tem e tornam a equipe de Saúde da Família propensa a estabelecer relações assimétricas e governamentalizantes. O que nos leva a confirmar que a ESF se caracteriza como um dispositivo biopolítico de governo médico da vida é o fato de:

- 1) ser uma tecnologia centrada na vida, na regulação de hábitos que gerem *bem-estar* e *qualidade de vida*, o que, em linhas gerais, implica normalizar o comportamento de indivíduos e coletividades para fins pré-determinados;
- 2) tomar por objeto de suas práticas *tudo* o que interfere ou venha a interferir nas *condições de vida e de saúde* da população, pretendendo dar conta não apenas de situações relativas ao campo das doenças e da demanda de cura dos doentes, mas sim, *prevenindo doenças e promovendo saúde de forma ativa*, sem esperar que os indivíduos-famílias-comunidade a procurem;
- 3) a colocação das *situações de risco* como algo a ser vigiado;
- 4) sua área/objeto de intervenção ser um espaço/uma população a ser esquadrinhado(a), inspecionado(a), percorrido(a) por um olhar vigilante e controlado(a) por registros sistemáticos.

Embora também tenham sido identificadas diretrizes de práticas propensas a relações simétricas e não governamentalizadas, predomina

na estratégia Saúde da Família um conjunto de práticas assentado em estratégias de controle, de vigilância e de condução de condutas. Isso nos permite afirmar que a ESF se mantém debitária à matriz política do pastorado cristão e que não representa uma ruptura definitiva com o campo de forças que acompanhou o nascimento da medicina social. Portanto, o poder pastoral que, a partir do século XVIII, serviu tanto à governamentalização dos Estados modernos quanto ao saber, às instituições e às práticas médicas parece ainda não ter deixado de definir alguns contornos do campo de forças das políticas sanitárias, a exemplo da estratégia Saúde da Família. Não obstante, a ESF é a atualização de um velho projeto que, revestido de novas roupagens, tem como matriz antigas configurações de poder.

As “novas roupagens” a que nos referimos são, principalmente, os enunciados que pretendem colocá-la como um novo modelo médico-assistencial: o conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde e as suas normas-valores correlatos: *bem-estar* e *qualidade de vida*. A utilização dessas normas-valores como universais comuns faz com que o dispositivo funcione sob uma lógica massificante/homogeneizante, própria à racionalidade biopolítica. Nesse sentido, promover saúde pode tanto resultar no controle das condições de vida da população e de indivíduos, quanto em *educá-los* para *hábitos saudáveis* a fim de que todos e cada um dirijam uma vigilância a si próprios.

O arranjo objetivante da estratégia Saúde da Família visa a constituir sujeitos (indivíduos, famílias e comunidades) da prevenção e da promoção da saúde, que se conduzam por hábitos e comportamentos condizentes às normas-valores de seu saber-poder. Esse arranjo confere à ESF a qualidade de conhecedora dos males e riscos alheios, legitimando sua intromissão nos domicílios e suas prescrições de modos de vida, caracterizando a equipe como uma espécie de missionária da *saúde* e do *bem-estar* individual e coletivo. Além disso, faz parecer que a ESF persegue um fim altruísta, pois os *dispositivos de governo* se caracterizam, via de regra, como uma benfeitoria pautada no suposto conhecimento do bem comum. Assim, para que a estratégia Saúde da Família se distancie da racionalidade pastoral na qual ainda se apóia, é fundamental que haja uma mudança no seu arranjo prático-discursivo a fim de romperem-se suas linhas objetivantes.

Concluímos, também, que a estratégia Saúde da Família não é uma simples política pública planejada pelo Estado brasileiro, mas é, sobretudo, o produto da racionalidade de um tempo histórico que se iniciou com a ruptura do poder soberano pela ascensão do poder sobre a vida, o qual, desde o início do século XIX não cessa de reinventar-se. A

emergência da racionalidade médica esteve ligada às estratégias de “cuidar da moralidade, demarcar os desvios e respaldar as segregações.” (Caponi, 2000, p. 50). Apontar que essas estratégias ainda fazem parte de um dispositivo médico-sanitário contemporâneo ajuda a refletirmos sobre a constituição histórica de certas relações de saber-poder que configuram e estão configuradas pelo presente, marcando o nosso tempo e produzindo efeitos de subjetividade.

Diferentemente do que se poderia esperar, a queda da saúde como meio de fortalecimento estatal para sua ascensão como um fim em si mesmo – direito de todo e qualquer cidadão a ser garantido pelo Estado – não foi suficiente para que o campo interventivo dos dispositivos médico-sanitários que dele derivam fosse desgovernamentalizado. Essa constatação corrobora a assertiva foucaultiana de que pensar na mecânica do poder é pensar “em sua forma capilar de existir, no ponto em que o poder encontra o nível dos indivíduos, atinge seus corpos, vem se inserir em seus gestos, suas atitudes, seus discursos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana.” (FOUCAULT, 2008b, p. 131).

Vimos que, embora tenha mudado a racionalidade sob a qual alguns Estados modernos coordenaram a ação da “polícia” como tecnologia de poder que, necessariamente, deveria passar pela vida dos indivíduos, trabalhando seu “bem-estar” para garantir a ordem interna, não se viu o fim de práticas compulsórias, vigilantes e de controle, tais como exerceu a polícia médica. A passagem da saúde como meio à saúde como um fim em si mesmo não foi suficiente para que os dispositivos médico-sanitários derivantes dessa outra racionalidade tomassem um rumo diferente da condução de condutas individualizante, totalizante e normalizadora, que se valeram de técnicas de controle e vigilância.

Ou seja, não basta uma transformação macro-política para que práticas micro-políticas saiam de cena porque “nem o controle, nem a destruição do aparelho de Estado [...] é suficiente para fazer desaparecer ou para transformar, em suas características fundamentais, a rede de poderes que impera em uma sociedade.” (MACHADO *In*: FOUCAULT, 2008b, p. XIII). Portanto, o fortalecimento dos Estados nacionais como fenômeno derivado do advento da biopolítica é apenas um dos efeitos que se pode destacar nessa transformação do poder político ocorrido na modernidade ocidental. Talvez, esse tenha sido o efeito de superfície de maior visibilidade, no entanto, o que importa marcar aqui é que a estratégia Saúde da Família, mesmo sendo um dispositivo que deriva do Estado brasileiro, certamente, tem suas origens muito mais ligadas a uma racionalidade biopolítica que coincidiu com o fortalecimento dos Estados modernos, mas não se limitou a isso.

Creemos ser possível afirmar que vivemos sob uma espécie de “ditadura” do viver saudável. “Bem-estar” e “qualidade de vida” tornaram-se regras de conduta inquestionáveis da contemporaneidade, a tal ponto que aqueles que decidem se conduzir sob outros preceitos e para outros fins são classificados como “grupos de risco” e devem estar sob a mira privilegiada de intervenções normalizantes. A noção de “risco participa ativamente na construção do espírito preventivo-persecutório na saúde, mediante práticas biopolíticas que desembocam na construção do homem responsável por sua saúde e, conseqüentemente, por sua longevidade.” (CASTIEL, 2007, p. 10).

A assunção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida como fim a ser buscado por todos e cada um parece provocar uma torção no direito a se gozar de boa saúde, pois essa busca se manifesta como um dever de submissão às regras e normas do que se apresenta definido como *saudável* e gerador de *bem-estar* e *qualidade de vida*. Esse parece ser um dos imperativos que se impõe à sociedade contemporânea, uma das verdades circulantes para além do circunscrito campo de saber-poder das políticas de saúde.

Portanto, a estratégia Saúde da Família é apenas um dos sem números efeitos da biopolítica. Ela é a expressão de um tempo, de uma sociedade, de uma cultura, de uma economia (no sentido de um jeito de funcionar) centrada na produção de condutas normalizadas e na gestão calculista da vida, objetivando garantir a existência de indivíduos e populações saudáveis e longevas, em que *saúde* e *bem-estar* são colocados como *valores em si*, sem qualquer problematização.

Reafirmando, mais uma vez, para que as políticas de saúde, em geral, e a ESF, em específico, abdicuem da prerrogativa de intrometer-se na vida de indivíduos e coletividades é necessário que se conceda privilégio ao sofrimento individual, em detrimento de uma concepção universal sobre *saúde*, *risco*, *bem-estar* e *qualidade de vida*. Possibilitando um caráter provisório e particularizado ao entendimento de saúde e dissociando-se dele tudo o que é considerado moral seria possível reduzir a força de sujeição da ESF. Como consequência, suas linhas de fratura se alargariam e haveria maior espaço para relações não governamentalizadas. Somente assim a liberdade seria condição irreduzível – meio e fim – das suas práticas e o exercício ético, como prática refletida de liberdade, estaria mais propenso a ocorrer. Para que a ética prevaleça à sujeição é necessário que a responsabilidade, liberdade e autonomia do assistido sejam sempre soberanas a qualquer norma-valor.

ANEXOS

**Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil
(de 16 de Julho de 1934) Artigos referentes à saúde**

TÍTULO I

Da Organização Federal

CAPÍTULO I

Disposições Preliminares

(...)

Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

(...)

II - cuidar da saúde e assistência públicas;

(...)

TÍTULO IV

Da Ordem Econômica e Social

(...)

Art 121 - (...)

§ 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

(...)

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidente de trabalho ou de morte.

(...)

Art 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:

(...)

b) estimular a educação eugênica;

c) amparar a maternidade e a infância;

(...)

f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

(...)

Art 140 - A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do País, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.

Constituição dos Estados Unidos do Brasil
(de 10 de novembro de 1937)
Artigos referentes à saúde

DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL

(...)

Art 16 - Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

(...)

XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Art 18 - Independentemente de autorização, os Estados podem legislar, no caso de haver lei federal sobre a matéria, para suprir-lhes as deficiências ou atender às peculiaridades locais, desde que não dispensem ou diminuam as exigências da lei federal, ou, em não havendo lei federal e até que esta regule, sobre os seguintes assuntos:

(...)

c) assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais;

(...)

DA ORDEM ECONÔMICA

Art 137 - A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos:

(...)

k) proibição de trabalho a menores de catorze anos; de trabalho noturno a menores de dezesseis, e, em indústrias insalubres, a menores de dezoito anos e a mulheres;

l) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto;

Constituição dos Estados Unidos do Brasil
(de 18 de setembro de 1946)
Artigos referentes à saúde

TÍTULO I
Da Organização Federal
CAPÍTULO I
Disposições Preliminares

(...)

Art 5º - Compete à União:

(...)

XV - legislar sobre:

(...)

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário;

Art 6º - A competência federal para legislar sobre as matérias do art. 5º, nº XV, letras *b*, *e*, *d*, *f*, *h*, *j*, *l*, *o* e *r*, não exclui a legislação estadual supletiva ou complementar.

(...)

TÍTULO V
Da Ordem Econômica e Social

(...)

Art 157 - A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão nos seguintes preceitos, além de outros que visem a melhoria da condição dos trabalhadores:

(...)

VIII - higiene e segurança do trabalho;

IX - proibição de trabalho a menores de quatorze anos; em indústrias insalubres, a mulheres e a menores, de dezoito anos; e de trabalho noturno a menores de dezoito anos, respeitadas, em qualquer caso, as condições estabelecidas em lei e as exceções admitidas pelo Juiz competente;

X - direito da gestante a descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego nem do salário;

(...)

XIV - assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante;

(...)

XVI - previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte;

**Artigos 1º, 2º e 3º do Código Nacional de Saúde
(de 21 de Janeiro de 1961)**

Art. 1º - O Código Nacional de Saúde regulamenta normas gerais de defesa e proteção da saúde a serem observadas em todo o território nacional por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado, inclusive Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, instituições civis ou militares, entidades autárquicas, para-estatais e privadas, de qualquer natureza.

Art. 2º. É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.

§ 1º Ao Estado, precipuamente cabe a adoção das medidas preventivas, de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade.

§ 2º O Estado deve prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la.

§ 3º À família, por seus responsáveis, cabe a adoção de medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias competentes, e as providências necessárias para adequada assistência médica de seus integrantes, quando doentes.

Art. 3º O Ministério da Saúde é o órgão federal ao qual incumbe o estudo, a pesquisa e a orientação dos problemas médico-sanitários e a execução das medidas de sua competência que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Constituição da República Federativa do Brasil
(de 24 de Janeiro de 1967)
Artigos referentes à saúde

TÍTULO I

Da Organização Nacional

CAPÍTULO II

Da Competência da União

Art 8º - Compete à União:

(...)

XIV - estabelecer planos nacionais de educação e de saúde;

(...)

XVII - legislar sobre:

(...)

c) Normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário;

(...)

§ 2º - A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das letras *c, d, e, n, q* e *v* do item XVII, respeitada a lei federal.

(...)

Art 9º - A União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios é vedado:

(...)

II - estabelecer cultos religiosos ou igrejas; subvencioná-los; embaraçar-lhes o exercício; ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de Interesse público, notadamente nos setores educacional, assistencial e hospitalar;

(...)

TÍTULO III

Da Ordem Econômica e Social

(...)

Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

(...)

IX - higiene e segurança do trabalho;

X - proibição de trabalho a menores de doze anos e de trabalho noturno a menores de dezoito anos, em indústrias insalubres a estes e às mulheres;

XI - descanso remunerado da gestante, antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego e do salário;

(...)

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;

Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969

(Artigos referentes à saúde)

TÍTULO I

DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL

(...)

CAPÍTULO II

DA UNIÃO

Art. 8º Compete à União:

(...)

XIV - estabelecer e executar planos nacionais de educação e de saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento;

(...)

XVII - legislar sobre:

(...)

c) normas gerais sobre orçamento, despesa e gestão patrimonial e financeira de natureza pública; taxa judiciária, custas e emolumentos remuneratórios dos serviços forenses, de registro públicos e notariais; de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; de regime penitenciário;

(...)

Parágrafo único. A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das alíneas *c, d, e, n, q, e v* do item XVII, respeitada a lei federal.

(...)

Art. 9º - À União, aos Estados, ao Distrito Federal, aos Territórios e aos Municípios é vedado:

(...)

II - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o exercício ou manter com êles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada a colaboração de interesse público, na forma e nos limites da lei federal, notadamente no setor educacional, no assistencial e no hospitalar;

(...)

Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

(...)

IX - higiene e segurança no trabalho;

X - proibição de trabalho, em indústrias insalubres, a mulheres e menores de dezoito anos, de trabalho noturno a menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de doze anos;

XI - descanso remunerado da gestante, antes e depois do parto, sem prejuízo do emprêgo e do salário;

(...)

XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva;

Constituição da República Federativa do Brasil
(05 de Outubro de 1988)
Artigos referentes à saúde

TÍTULO II

Dos Direitos e Garantias Fundamentais

(...)

CAPÍTULO II

DOS DIREITOS SOCIAIS

(...)

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:

(...)

IV - salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim;

(...)

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

(...)

TÍTULO III

Da Organização do Estado

(...)

CAPÍTULO II

DA UNIÃO

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

(...)

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

(...)

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

(...)

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

(...)

CAPÍTULO IV Dos Municípios

Art. 30. Compete aos Municípios:

(...)

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

TÍTULO VIII Da Ordem Social (...) CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL (...) Seção II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ único - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. (2005). O que é um dispositivo? *outra travessia*, Ilha de Santa Catarina, 5, pp. 9-16.
- ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. (1998) *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*, volume 1 / São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania).
- ALMEIDA, M. (2005). São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. *Tempo*, Rio de Janeiro, nº 19, pp. 77-89.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ASSMANN, S., PICH, S., GOMES, I. M., & VAZ, A. F. (2007). Corpo e Biopolítica: poder sobre a vida e poder da vida. *Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte [e] II Congresso Internacional de Ciências do Esporte*. Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte. Recife: CBCE, disponível na URL: <http://www.cbce.org.br/cd/resumos/119.pdf>
- AVELINO, Y. D. (2008). Territórios de Exclusão Social: A Cidade e a Saúde Pública (1889-1930). Texto integrante dos Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão. ANPUH/SP – USP. São Paulo, 08 a 12 de setembro de 2008.
- BERTUSSI, D. C., OLIVEIRA, M. D., & LIMA, J. V. (2001). Capítulo 7 - A Unidade Básica de Saúde no Contexto do Sistema de Saúde. In: S. M. Andrade, D. A. Soares, & L. Cordoni Junior, *Bases da saúde coletiva* (pp. 133-143). Londrina: Ed. UEL.
- BRASIL (1824). Constituição Política do Imperio do Brazil (de 25 de Março de 1824). Acesso em 09/11/2009, na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm

_____. (1891). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 24 de Fevereiro de 1891). Acessado em 09/11/2009, na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm

_____. (1934). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de Julho de 1934). Acessada em 10/11/2009, no endereço: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm

_____. (1937). Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 10 de Novembro de 1937). Acessada em 10/11/2009, na URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constitui%C3%A7ao37.htm>

_____. (1946). Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 18 de setembro de 1946). Acessada em 10/11/2009, na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao46.htm

_____. (1961). Decreto nº 49.974, de 21 de Janeiro de 1961 - *Código Nacional de Saúde*. Acessado em 10/11/09, na URL: <http://www.lei.adv.br/49974-61.htm>

_____. (1967). Constituição da República Federativa do Brasil (de 24 de Janeiro de 1967). Acessada em 10/11/2009, na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao67.htm

_____. (1969). Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969. Acessada em 11/11/2009, na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm

_____. (1986). Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível na URL: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf

_____. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (de 05 de Outubro de 1988). Acessada em 05/01/2009 na URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

_____. (1990). *Lei 8080*. Acesso em 17 de Outubro de 2008, disponível no site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

_____. (1990). *Lei 8142*. Acesso em 17 de Outubro de 2008, disponível no site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. (1998). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (s.d.). *Números da Atenção Básica*. Acesso em 02 de Novembro de 2008, disponível no site do Ministério da Saúde: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (s.d.). *Atenção Básica*. Acesso em 02 de Novembro de 2008, disponível no site do Ministério da Saúde: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

_____. (2003). *Direito sanitário e saúde pública – volume II*. Ministério da Saúde: Brasília.

_____. (2005). *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível na URL: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006a). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2006b). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos pela Saúde. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde.

CANADÁ (1986). “Carta de Ottawa”. *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*: Ottawa. Acessada em 04/01/2009 na URL:
<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

CANDIOTTO, C. (2006). Foucault: uma história crítica da verdade. *Trans/Form/Ação*, 29 (2), pp. 65-78.

CAPONI, S. (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

_____. (2003). “A Saúde como Abertura ao Risco”. In: Czeresnia, D. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; & CORDONI JR, L. (2001) “A Organização do Sistema de Saúde no Brasil”. In: Andrade, S. M.; Soares, D. A.; & Cordoni Junior, L. [Orgs.] *Bases da saúde coletiva*. Londrina: Ed. EU., pp. 27-59.

CASTIEL, L. D. (1999) *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____. (2003) “Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde”. In: Czeresnia, D. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

_____. (2004). Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’. *Rev. Saúde Pública*; 38 (5): 615-22.

CASTIEL, L. D. & DIAZ, C. A-D. (2007). *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade ética*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

CASTRO, E. (2006). Leituras da modernidade educativa. Disciplina, biopolítica, ética. In: J. Gondra, & W. Kohan (Orgs.), *Foucault 80 anos* (pp. 63-77). Belo Horizonte: Autêntica.

CHALHOUB, S. (1996). *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.

DELEUZE, G. (1995). ¿Qué es un dispositivo? In: E. Balbier, G.

DELEUZE, G.; DREYFUS, H. L.; FRANK, M. & otros (1990). *Michel Foucault, filósofo* (A. L. Bixio, Trad., 2ª ed., pp. 155-163). Barcelona: Gedisa Editorial.

DUARTE, A. (2006). Biopolítica e resistência: O legado de Michel Foucault. In: M. Rago, & A. Veiga-Neto (Orgs.), *Figuras de Foucault* (pp. 45-55). Belo Horizonte: Autêntica.

ERIBON, D. (1990). *Michel Foucault*. (J. L. Gomes, Trad.) Lisboa: Livros do Brasil Lisboa.

FARHI NETO, L. (2007). *Biopolítica em Foucault*. Dissertação de mestrado. Curso de Pós-Graduação em Filosofia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

_____. (2008). Biopolítica como tecnologia de poder. *INTERthesis*, 5 (1), 47-65.

FASSIN, D. (2006). Biopolítica. In: M. Russo, & S. Caponi (Orgs.), *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas* (pp. 321-331). São Paulo: Discurso Editorial.

FONSECA, M. A. (1995). *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC.

FOUCAULT, M. (1985). Direito de morte e poder sobre a vida. In: M. Foucault, *História da sexualidade I: a vontade de saber* (M. T. Albuquerque, & J. A. Albuquerque, Trads., 7ª ed., pp. 125-149). Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1994a). Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? In: D. Defert, & F. Ewald (Orgs.), *Dits et écrits* (Vol. III, pp. 40-58). Paris: Éditions Gallimard.

_____. (1994b). L'extension sociale de la norme. In: D. Defert, & F. Ewald (Orgs.), *Dits et écrits* (Vol. III, pp. 74-79). Paris: Éditions Gallimard.

_____. (1995). O Sujeito e o poder. In: H. Dreyfus, & P. Rabinow, *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)* (V. P. Carrero, Trad., pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. (A. Daher e R. Machado Trans.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense.

_____. (1999). *Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. (M. E. Galvão, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2004). A Filosofia Analítica da Política. In: M. B. Motta (Org.), *Ética, sexualidade, política / Michel Foucault* (E. Monteiro, & I. A. Barbosa, Trans., pp. 37-55). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. (2006). *Omnès e Singulatim: [Para uma crítica da razão política]*. (S. J. Assmann, Trad.) Desterro: Nephelibata.

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

_____. (2008b). *Microfísica do Poder* (R. Machado, Trad., 26ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.

_____. (2008c). *A verdade e as formas jurídicas* (3ª ed.). (R. Machado, & E. Morais, Trans.) Rio de Janeiro: NAU.

HOCHMAN, G. (1998). *A era do saneamento*. Hucitec-ANPOCS, São Paulo;

_____. (1993). Regulando os Efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos, Rio de Janeiro*, vol.6, n. 11, p. 40-61;

JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz;

LIMA, N. S. (1998). Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. V (suplemento), 163-193 julho;

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. (2000). Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):313-332;

LUZ, M. T. (1982). *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

MACHADO et al (1978). *Danação da norma: a constituição da medicina social e da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

MENDES, E. V. (1999). Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: E. V. Mendes, *Uma Agenda para a Saúde* (pp. 233-299). São Paulo: HUCITEC.

NUNES, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2):251-264;

NUNES, E. D. (2006). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: G. W. Campos, M. C. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho, *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: HUCITEC.

OLIVEIRA, G. D. (2006). *Exercício de ontologia do presente: para um pensamento da ética e da política a partir de Michel Foucault*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Filosofia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

ORTEGA, F. (2003). Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8 (14), pp. 9-20.

PAIVA, C. H. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, vol. 10(3): 827-51, set.-dez. 2003;

PELBART, P. P. (2003). Parte II: Tópicos em biopolítica. In: P. P. Pelbart, *VIDA CAPITAL - Ensaios de biopolítica* (pp. 53-67). São Paulo: iluminuras.

PRADO FILHO, K. (2000). Sobre o Poder. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC (28), pp. 133-143.

_____. (2005). Uma história crítica da subjetividade no pensamento de M. Foucault. In: L. F. Falcão, & P. Souza (Orgs.), *M. Foucault: Perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiamé.

_____. (2006). *Michel Foucault: uma história da governamentalidade*. Rio de Janeiro: Insular/Achiamé.

_____. (2006). *Michel Foucault: uma história política da verdade*. Rio de Janeiro: Insular/Achiamé.

_____. (2007). Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. *Texto apresentado na forma de palestra no I Simpósio Medicalização do Sofrimento e Construção da Normalidade* [não publicado]. Florianópolis, SC.

_____. (2008). Dispositivo Educacional e Normalização Social das Condutas. *Texto apresentado na forma de palestra no encontro Conversações Internacionais: diferença e fabulação* [não publicado]. Porto Alegre, RS.

Revel, J. (2005). *Michel Foucault: conceitos essenciais*. (M. d. Gregolin, N. Milanez, & C. Provesani, Trads.) São Carlos: Claraluz.

_____. (2006). Nas origens do biopolítico: de Vigiar e punir ao pensamento na atualidade. In: J. Gondra, & W. Kohan (Orgs.), *Foucault 80 anos* (pp. 51-62). Belo Horizonte: Autêntica.

RIBEIRO, M. A. R. (1993). *História sem fim. Inventário da saúde pública. São Paulo: 1880-1930*. Editora da Universidade Estadual Paulista, São Paulo;

- RODRIGUES, B. de A. (1979). *Fundamentos de administração sanitária*. São Paulo: USAID, 2ª ed.
- ROS, M. A. (2006). “Políticas Públicas de Saúde no Brasil”. In: Ros, M. A.; Palma, A.; Estevão, A.; Bagrichevsky, M. [Orgs.]. *A Saúde em Debate na Educação Física*. Blumenau: Nova Letra, vol. 2.
- ROSEN, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. (M. F. da S. Moreira Trad.). São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2ª edição.
- RUELLE, C. (2005). Population, milieu et normes. Acesso em 10 de Março de 2009, disponível na URL:
<http://labyrinthe.revue.org/index1031.html>
- SANTOS, L. A. de C. (1985). O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210.
- SCLIAR, M. (2007). “História do conceito de saúde”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41.
- SENELLART, M. (2008). Situação dos Cursos. In: M. Foucault, *Segurança, Território, População: Curso dado no Collège de France (1977-1978)* (E. Brandão, Trad., pp. 489-538). São Paulo: Martins Fontes.
- SILVA, L. C. (2006). *Entre a Disciplina e o Biopoder: As novas tecnologias de poder na produção e articulação das subjetividades contemporâneas*. Acesso em 14 de Setembro de 2008, disponível no site da Revista Eletrônica do CEJUR, URL:
<http://www.cejur.ufpr.br/revista/artigos/001-2sem-2006/artigo-04.pdf>
- SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M. (1988). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.
- TEIXEIRA, L. A. (2006). Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*; (40)1: 3-19.

TELAROLLI JUNIOR, R. (1996). *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.

URSS (1978). “Declaração de Alma-Ata”. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata*. Acessada em 04/01/2009 na URL: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

VASCONCELOS, C. M., & PASCHE, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In: G. W. Campos, M. C. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho, *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: HUCITEC.

VIANA & DAL POZ (2005). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 225- 264.

WEBER, C. A. (2006). *Programa de Saúde da Família: educação e controle da população*. Porto Alegre: AGE.

WEINMANN, A. D. (2006). Dispositivo: Um solo para a subjetivação. *Psicologia & Sociedade*, 18 (3), pp. 16-22.

ZANELLA, A. V., SOARES, D. H., AGUIAR, F., MAHEIRIE, K., PRADO FILHO, K., LAGO, M. C., et al. (2006). Diversidade e diálogo: reflexões sobre alguns métodos de pesquisa em psicologia. *Interações*, 12, pp. 11-38.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)