



Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações

César Augusto Trinta Weber

RESUMO – Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações. O artigo discute o programa de saúde da família – uma política governamental para a saúde dos brasileiros – sob os “óculos” dos estudos foucaultianos. Busca identificar e caracterizar nesse modelo/estratégia de atenção à saúde, na perspectiva filosófica assumida, a sua condição de um dispositivo da biopolítica, apresentando as implicações educativas presentes no programa e o poderoso instrumento de governo das populações em que se constitui.

Palavras-chave: **Educação em Saúde. Serviços de Saúde. Sistema Público de Saúde.**

ABSTRACT – The Family Health Program and the Government of Populations. The paper discusses the family health program – a Brazilian public health politic – according to Foucault studies. This article describes the health program as a biopolitics device/dispositif and identify the education implications presents and your exert control over peoples like powerful government of populations.

Keywords: **Health Education. Health Services. Public Health System.**

Introdução

Este artigo busca problematizar o programa de saúde da família – uma estratégia de política pública do governo federal para a saúde dos brasileiros – a partir do pensamento de Michel Foucault, na perspectiva de se *olhar* tal programa como um dispositivo da biopolítica que educa e controla a população. Nessa perspectiva, para o alcance desse objetivo é importante, inicialmente, chamar a atenção para a lição de Foucault sobre a passagem de ênfase do foco de intervenção do Estado soberano sobre a morte para o Estado moderno sobre a vida, ao destacar:

Enquanto, no direito de soberania, a morte era o ponto em que mais brilhava, da forma mais manifesta, o absoluto poder do soberano, agora a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado (Foucault, 2002b, p. 296).

Portanto, a partir dessa atuação do Estado sobre a vida das pessoas, sobretudo quando exercida em seu coletivo – a população – essa estratégia política, com ênfase na atenção primária à saúde, pode ser entendida de acordo com a afirmação de Veiga-Neto – proferida na apresentação do livro Programa de Saúde da Família: Educação e Controle da População –, “[...] como um poderoso dispositivo de governo das populações” (Weber, 2006, p. 9).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, órgão de planejamento, de execução e de fiscalização das políticas públicas do setor, o programa de saúde da família é:

Uma proposta concreta na mudança do modelo assistencial tradicional, capaz de romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde. O programa prioriza as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade, estabelece uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais frequentes. Para o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do SUS, o Programa representa um importante avanço em direção aos princípios estabelecidos na Constituição Federal: amplo acesso aos serviços de saúde, atenção integral, adequada às necessidades individuais e coletivas, com qualidade e alta resolutividade, para todos os brasileiros (Brasil, 2002, p. 5).

Este artigo tem como base os estudos desenvolvidos por Weber (2005; 2006), a partir de uma revisão sistemática, não exaustiva, realizada nos documentos oficiais relacionados ao programa de saúde da família, desde a sua implantação no Brasil, em 1994, até o ano de 2004, os quais foram submetidos à análise, tendo como referencial teórico os conceitos e os domínios foucaultianos. O texto está delineado em cinco eixos temáticos assim distribuídos: a

biopolítica e o Estado, o dispositivo da biopolítica, o risco social, as implicações educativas e, por último, uma política de governo, todos com o propósito de identificar e de descrever, em suas linhas gerais, os elementos e as práticas presentes nesse programa, especialmente, o modo como opera as suas diretrizes.

Assim, ao ser feito o mapeamento da movimentação dessa estratégia *saúde da família* sobre as populações alvo de sua atenção, no interior do sistema público de saúde, permite-se permear de visibilidade “a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” de que nos fala Foucault (2002b, p. 244), ao ficar caracterizado, em parte, o sentido que ele conferiu ao termo dispositivo.

A Biopolítica e o Estado

A biopolítica pode ser entendida como a relação entre governo, população e economia política em um universo de relações que remetem a uma dinâmica de forças. Dessa forma, é possível pensá-la como um marco fundador de uma nova relação entre a ontologia e a política.

O poder ascendente constitui o que Foucault denomina biopolítica ou biopoder, isto é, outra face do poder na sociedade disciplinar. Uma estratégia de dominação que tem como alvo não o corpo individualizado e sim, o corpo coletivo, a população. Essa população que é concebida como um todo, disciplinada por um poder de Estado que, ao contrário do poder do soberano, não visa à morte do súdito, visa a, mediante políticas públicas, sujeitar a vida.

Na célebre definição de Foucault (2002b, p. 287), a biopolítica substitui a perspectiva soberana de “fazer morrer e deixar viver” pela noção de dominação mais sutil de “fazer viver e deixar morrer”. Na direção de agir sobre a vida para o controle e influência sobre as pessoas, o Estado naturaliza as suas ações de dominação pela prática biopolítica que coloca em movimento.

Ao estabelecer mecanismos de acompanhamento e controle da proporção de nascimentos e óbitos, da taxa de reprodução e ao mesmo tempo de efetuar o controle de endemias e epidemias, entre outros exemplos, o Estado exerce o seu papel e assume a condição de provedor da vida, afirmando-se inclusive, com base em princípios de seguridade social (saúde, previdência social e assistência social), como um Estado reconhecido na Modernidade como sendo de bem-estar social.

É desse modo que a população vai se tornar, de forma particular, na sua camada mais vulnerável e classificada como a mais pobre, o alvo do programa da saúde da família (Weber, 2005; 2006). Esse poder sobre a vida assenta-se em duas formas básicas. A primeira forma enfoca o corpo como máquina. Envolve-o na disciplina para aperfeiçoar a sua capacidade. A isso Foucault (2002b) chamou de anátomo-política do corpo humano.

A segunda focaliza as espécies de corpo, o corpo impregnado dos mecanismos da vida, servindo de base, tanto aos processos biológicos – propagação, nascimento, morte, expectativa de vida e longevidade – quanto às condições

que podem fazer com que tais processos variem. Essa segunda forma é supervisionada por meio de séries de intervenções e controles: uma biopolítica das populações. Logo, traz a vida e seus mecanismos para o domínio do cálculo explícito e faz do saber/poder um agente transformador da vida humana.

No curso de 1976, *Em Defesa da Sociedade* (Foucault, 2002b), são apresentadas em seus detalhes as diferenças na operacionalidade entre o poder disciplinar e o biopoder, e a descrição e caracterização da biopolítica como uma questão simultaneamente científica e política. De um lado, científica sob o aspecto de tecnologia de poder centrada na vida; de outro, política como estatização ou publicização do biológico. Em ambos os lados, por colocar em ação, por meio da medição estatística, um poder regulamentador da vida.

Se a disciplina opera com uma série corpo, organismo, disciplina e instituições, o biopoder entra em função por meio da série população, processos biológicos, mecanismos regulamentadores e o Estado. A disciplina age sobre o indivíduo no nível do detalhe corporal, por intermédio das instituições, para torná-lo dócil e manipulável. O biopoder atua num nível coletivo, atravessando as populações, por meio do Estado, com o propósito de dominá-lo. Nas palavras de Foucault (2002b, p. 293-294), “[...] a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”.

O Estado, na garantia de manutenção de seu *status quo*, passa a intervir nos processos populacionais de natalidade, mortalidade e longevidade, para citar alguns e, de forma imanente, passa a normalizar a conduta social, prevendo e regulando tanto os comportamentos individuais (pelo exercício do poder disciplinar), quanto os comportamentos coletivos (pelo exercício do biopoder). O objetivo dessas intervenções está no intuito de *encaixar* a todos em curvas normais estatisticamente pré-estabelecidas, sempre em nome de preservar e garantir a vida.

O Dispositivo da Biopolítica

Em um breve exercício teórico de tornar mais próximo o programa de saúde da família – levando-se em conta a sua base conceitual, como modelo de atenção primária à saúde – da noção foucaultiana de dispositivo, pode-se identificar uma série de pontos de contato entre ambos, o que permite a inferência de uma associação do primeiro ao segundo. Nos termos de Foucault, dispositivo significa “[...] o conjunto das práticas discursivas e não discursivas consideradas em sua conexão com as relações de poder” (Foucault, 2002b, p. 244). Os elementos demarcados pelo pensador para descrever e caracterizar o sentido que ele atribuiu à expressão, podem ser assim conhecidos:

Em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares,

leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas [...] o dito e o não-dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. Em segundo lugar, [...] a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos. [...] em terceiro lugar, como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante [...] (Foucault, 2002b, p. 244-245).

É importante ressaltar que não se trata aqui de fazer um exercício aplicativo, puro e simples, de elementos encontrados sobrepostos a uma base conceitual dada. Assim, o programa de saúde da família pode ser pensado como um construto de diversas máquinas heterogêneas que constituem uma maquinaria, cuja operacionalidade é dada pelas relações que se podem estabelecer entre elas. Esse programa de saúde difunde práticas, discursos, regimes de verdades das mais diversas naturezas; representa diferentes instituições; e, por fim, se movimenta por normas, regulamentos, leis e medidas administrativas de diversas origens.

Outro aspecto a ser salientado diz respeito à natureza das relações, que podem ser estabelecidas entre os diversos elementos que constituem esse dispositivo. Por fim, a regulamentação atribuída ao programa, com incentivos financeiros e medidas administrativas facilitadoras à sua adesão, implantação e manutenção pelos municípios, poderia ser entendida como uma aplicação dos meios disponíveis para responder à urgência de sua realização tanto na superação do modelo hospitalocêntrico, até então vigente, quanto na tentativa inicial de consolidação do processo de municipalização da saúde em curso e, sobretudo, no risco que a população alvo do programa de saúde pode representar. Essa última questão, o risco social, será analisada em seção própria pela absoluta importância que a reveste, particularmente no que tange ao êxito das ações que o programa se propõe a executar.

Essa política de saúde é apresentada como um conjunto de instruções e atividades de atenção básica à saúde; porém, de fato, a sua dimensão biopolítica lhe confere uma representação ampliada da sua constituição. Representa, sim, uma política de Estado, uma estratégia para o setor saúde que carrega nos pressupostos de seu planejamento e nos efeitos de suas ações, todo um conjunto discursivo que representa as bases paradigmáticas do Brasil de bem-estar social que é configurado pela sua Constituição Federal de 1988.

Com isto, não significa que ao se pensar o programa de saúde da família como um dispositivo, nos termos dos ensinamentos de Foucault, se esteja, também, pensando em qualquer intencionalidade intrínseca à constituição do próprio programa, no intuito de mascarar possíveis outras práticas discursivas ou não discursivas. Talvez o que devesse ser salientado é que esse programa de saúde, como um dispositivo da biopolítica, como um elemento discursivo, permite – justificadamente – propagar, em toda a capilaridade do tecido social ao seu alcance, a racionalidade que coloca em jogo. Como sugerem Dreyfus

e Rabinow (1995, p. 135), “[...] o dispositivo diz respeito às práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando”.

Contribui para essa discussão o comentário de Machado, para quem os dispositivos, nessa perspectiva, agem de modos distintos para produção dos seus efeitos:

Não atuam unicamente para formar ou transformar o indivíduo, pelo controle do tempo, do espaço, da atividade e pela utilização de instrumentos como a vigilância e o exame. Eles também se realizam pela regulação das populações, por um biopoder que age sobre a espécie humana, que considera o conjunto, com o objetivo de assegurar a sua existência. Questões como as do nascimento e da mortalidade, do nível de vida, da duração de vida estão ligadas não apenas a um poder disciplinar, mas a um tipo de poder determinado a gerir a vida do corpo social (Machado, 2004, p. XXII).

É isso que o dispositivo programa de saúde da família executa. A gestão da vida das populações mais pobres. Operando como um dispositivo específico na atenção primária à saúde, entendida a saúde pelo seu conceito *alargado*, suas práticas terminam por produzir novos modos de subjetivação, que constituem novos indivíduos sob regimes de verdade que, efetivamente, encontram condições de entrar na ordem do discurso. É a racionalidade do Estado, materializada num jogo de forças, criado e operacionalizado por um regime de verdade, cujos enunciados produzem os seus efeitos no coletivo dos indivíduos subjetivados por objetos discursivos como cidadania, ética ambiental e inclusão aos portadores de deficiências, entre outros.

O Risco Social

Esse programa de saúde configura-se, de fato, como uma estratégia para mudança do modelo de atenção primária à saúde no país. Ele é um meio para o alcance de um objetivo que visa, preferencialmente, assistir à população pobre (Weber, 2005; 2006). Responde, com urgência, aos esforços para a mudança do modelo de assistência à saúde até então caracterizado pelo hospitalocentrismo e pela restrição de acesso da população, para caminhar na direção de um sistema público de saúde com garantias de universalidade, gratuidade, integralidade e resolutividade da atenção. Com isso, visa atender ao risco que essa população vulnerável representa para si e para o resto do tecido social (Weber, 2005; 2006). Portanto, o programa de saúde da família, operando como um dispositivo biopolítico, busca combater tais riscos em suas mais diversas e distintas naturezas: social, econômica, política etc.

O risco social efetiva-se pelas dificuldades que o estado de pobreza impõe a essas populações, o que determina uma posição marginal frente aos meios de acesso a uma vida mais digna. A pobreza induz a um processo de exclusão

da camada pobre da população do acesso à saúde, à educação e ao mercado de trabalho.

O risco econômico é decorrente da incapacidade de inclusão da parcela da população pobre na geração de emprego e renda. Portanto, a inacessibilidade ao mercado da população classificada como pobre demanda um alto custo social secundário à necessidade de amparo que tal população requer.

O risco político é determinado pela fragilidade que estas populações representam, e no aumento da população que ocorre ao trabalho informal e ao crime organizado (jogo ilegal; tráfico e comercialização de drogas e armas etc.).

Esse conjunto de riscos que representam as camadas mais pobres da população revela-se como o foco de atenção do Estado para, através do controle e domínio sobre tais estratos sociais, de um lado, atingir patamares de segurança mais estáveis, o que equivale a dizer, uma maior proteção ao perigo que constantemente desafia o nível de conforto das classes dominantes (Weber, 2005; 2006).

De outro lado, em decorrência direta do anterior, para manter maximamente reduzidas as probabilidades de eclosão de uma crise social. Agindo assim, o Estado passa a oferecer condições de possibilidade mais qualificadas para a manutenção das relações entre a segurança, a população e o governo.

As Implicações Educativas

Ao chamar a atenção para a presença, no interior do programa de saúde da família, de uma pedagogia cultural que subjetiva o indivíduo, constituindo-o, juntamente com outras práticas, como um sujeito cidadão, torna-se naturalmente colocado que o caráter pedagógico identificado reveste-se, de fato, em uma questão de fulcro, que impõe a sua discussão aqui, mesmo que resumidamente, em face da complexidade do tema.

Pensar a estratégia saúde da família, a partir do conceito foucaultiano de dispositivo, pode-se mostrar muito produtivo naquilo que este artigo vem se oferecendo a examinar. Nessa direção, porém dizendo de outra forma, está sendo feito uso do termo maquinaria escolar, cunhado por Varela & Alvarez-Uria (1992), para estendê-lo ao programa em estudo.

Portanto, compreendê-lo como uma maquinaria significa ter a ideia clara que ele se constitui como um conjunto de máquinas, de peças e de engrenagens que relacionadas entre si, permitem as condições de possibilidade para o seu funcionamento. São essas máquinas constituintes desse programa de saúde que passarão a ser identificadas, caracterizadas e descritas em suas implicações pedagógicas, tendo como substrato de análise algumas categorias sugeridas por Weber (2005; 2006), as quais foram agrupadas em blocos pelo próprio autor.

A classificação em blocos para o exame de determinados “elementos/máquinas” que podem ser identificados no programa, visando dar relevo às práticas que conduzem tanto os indivíduos quanto a população alvo, aos propósitos da

promoção da saúde e a prevenção da doença, em movimentos alternados de objetivações e subjetivações, é a mesma utilizada por Weber (2005; 2006) em seus estudos sobre o tema.

Não houve, na adoção dessas categorias, qualquer hierarquia classificatória entre os cinco blocos de saber que serão exibidos. Para conferir um ordenamento à apresentação dessas categorias de análise (blocos), os mesmos seguem a seguinte disposição: o primeiro é o bloco dos saberes da saúde da mulher; seguido pelos blocos da saúde da criança; da saúde do adolescente; da saúde do adulto e, por último, o bloco da consciência cidadã.

Para subsidiar a discussão de como se manifestam e operam os saberes reconhecidos em cada bloco e que servem de esteira para a capilarização do poder, é importante revisitar, brevemente, algumas práticas gerais de disciplinamento exercitadas no e pelo programa de saúde da família, relacionadas a aspectos que Foucault (2002d, p. 117) identificou a partir da descoberta, durante a época clássica, “do corpo como objeto e alvo do poder, como esquemas de docilidade”.

Para tanto, foram correlacionadas as práticas de disciplinamento operadas pelo programa de saúde, relativas ao chamado controle do espaço e do tempo. A utilização pelo programa de uma definição de base geográfica para adscrição de famílias (Brasil, 1997) – tanto para os agentes comunitários de saúde trabalharem quanto para a determinação da abrangência de cobertura de uma unidade básica de saúde –, pode ser entendido naquilo que Foucault (2002d, p. 121) se referiu como a “arte das distribuições”.

O programa dos agentes comunitários de saúde citado anteriormente, foi implantado, primeiramente, nas regiões brasileiras norte e nordeste, em 1990, tornando-se, com o passar dos anos, parte das próprias equipes do programa de saúde da família hoje em atuação. De acordo com o Ministério da Saúde são funções dos agentes comunitários de saúde:

[...] no âmbito do programa de agentes comunitários de saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais ou coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (Brasil, 1999).

Foucault identificou que a disciplina, mediante a utilização de diversas técnicas, visava, entre outros propósitos, à distribuição dos indivíduos no espaço, para docilização e dominação. Essa distribuição operada no e pelo programa de saúde da família estabelece, nessas áreas de atuação, o que Foucault (2002d) chamou de um espaço disciplinar. A limitação das ações das equipes do programa de saúde pela determinação de uma dada área geográfica e o cadastramento de cada família nessa área determina a divisão desse espaço em tantas parcelas quantas famílias houver. Por conseguinte, a dominação exercida pela equipe do programa decorre do conhecimento prévio da localização de cada integrante de cada família.

Nas palavras de Foucault (2002d, p. 123): “[...] instaurar as comunicações

úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos”. Nessa direção, Foucault (2002d, p. 123) contribui ao afirmar: “[...] trata-se do princípio da localização imediata, do princípio do quadriculamento, ou seja, cada indivíduo no seu lugar; e cada lugar, um indivíduo”.

Outro exemplo, que ilustra pormenorizadamente tal discussão, diz respeito à prática da busca ativa aos indivíduos portadores de doenças infecto-contagiosas (Brasil, 1997). Tais doenças caracterizam-se pela necessidade de notificação compulsória à polícia sanitária. São exemplos dessas doenças: síndrome da imunodeficiência adquirida, tuberculose, hanseníase, hepatite.

Nos casos em que os portadores de doenças infectocontagiosas não compareçam à unidade básica de saúde nas datas aprazadas, medidas de vigilância e controle serão automaticamente acionadas. A ausência do paciente na unidade de saúde para o acompanhamento através do inquérito médico e do exame clínico e/ou laboratorial ou, ainda, o uso inadequado dos medicamentos prescritos e necessários ao tratamento do agravo apresentado, aciona um estado de alerta e de busca ativa.

A busca ativa significa fazer que a equipe do programa de saúde da família estabeleça, pela visita domiciliar, o controle sobre tal situação, aproximando as condutas do indivíduo aos padrões fixados pela norma. Em outras palavras: evitar a existência do *fora do lugar e do fora da ordem*.

É importante destacar a importância da prática do exame regular e sistemático presente em boa parte das atividades desenvolvidas no e pelo programa. Sejam os exames realizados a cada visita dos integrantes da família à unidade de saúde, para consultas médicas, consultas de enfermagem, participações nos grupos temáticos; seja a inspeção minuciosa a que são submetidas as famílias, durante as visitas domiciliares, em que médicos, enfermeiras e agentes de saúde exercitam a vigilância e o controle. Como vivem, quais são os seus hábitos e quais são os seus comportamentos, são exemplos de questões de interesse.

O controle do tempo, do horário, é o que Foucault (2002d, p. 127) chamou de “o controle da atividade”. As equipes do programa de saúde da família possuem cada uma, uma base de operações, que se constitui nas próprias unidades básicas de saúde em que está implantado o programa. Evidentemente, cada unidade de saúde tem o seu horário de funcionamento, quer seja ele regular, de caráter geral ou específico.

Com isso, o que está sendo salientado – na hipótese de uma unidade desse programa estar em atividade de segundas-feiras às sextas-feiras, no período das sete horas às dezoito horas – é que, nesse disciplinamento geral de funcionamento das atividades regulares da unidade de saúde, há uma expressa determinação de utilização do tempo.

Pode-se constatar, em atividades específicas da unidade de saúde – como o funcionamento da farmácia; a coleta de materiais para exames; o funcionamento dos grupos de hipertensos, diabéticos, terceira idade, entre outras atividades – que elas possuem um tempo que não é o tempo de uso geral da unidade e que,

portanto, é outro tempo que obedece a outra lógica de uso.

O que deve ser sublinhado aqui é que a busca de uma constituição de um tempo integralmente útil é o que tenta fazer tal programa, na garantia de qualificar a utilização desse tempo para as ações de saúde que ele desenvolve.

Nessa primeira aproximação, foram caracterizadas e descritas algumas das questões que envolvem o tempo e o espaço no programa de saúde como uma matriz disciplinar da ação do programa sobre os corpos da população classificada como pobre. Foucault, ao se referir à capacidade da disciplina em produzir individualidades, assim se manifesta:

A disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes, uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição de forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das forças, organiza táticas (Foucault, 2002a, p. 141).

Depois dessa analítica de caráter geral do poder disciplinar sobre os corpos individuais, em suas relações com o espaço e o tempo, penso ser possível iniciar a discussão dos saberes naturalizados, que servem de correia de transmissão do poder, e descrever alguns dos tipos de individualidade produzidos pela disciplina.

O primeiro bloco, chamado de saúde da mulher, ocupa-se de diversas práticas que se constituem em um conjunto de enunciados, de discursos, de regimes de verdade que conduzem esta população feminina à subjetivação como *mulheres do novo tempo*.

A equipe do programa de saúde da família, através de seus médicos, enfermeiras e agentes de saúde, coloca na ordem do discurso – para a população feminina das famílias pobres – a necessidade do conhecimento e do uso correto dos diversos meios de contracepção disponíveis e a sua importância no planejamento familiar (Brasil, 1997). Ações nessa direção transmitem saberes e produzem comportamentos que, de um lado, previnem o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e, de outro lado, permitem a essa população dissociar a prática sexual do planejamento familiar.

Para a atenção às gestantes (Brasil, 1997), é desenvolvido um conjunto de práticas educativas que promovem o acompanhamento regular do pré-natal, em que são desenvolvidas orientações de como se vestir adequadamente, como proceder para a obtenção de uma alimentação mais saudável, o que evitaria um aumento de peso excessivo nesse período; trata-se de um processo de reeducação alimentar.

Ao longo do período gravídico puerperal, termo médico utilizado para designar o período cronologicamente variável entre a fecundação do óvulo até os quarenta e cinco dias pós-parto, a equipe do programa de saúde da família,

entre outras ações, estimula e controla a frequência às consultas médicas de pré-natal e realiza ações educativas. Conscientiza para necessidade do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida da criança (Brasil, 1997), como expressão de amor materno e garantia da melhor e mais completa alimentação, e prepara as futuras mães para o manuseio e os cuidados de higiene com o recém nascido, entre outras ações.

No segundo bloco, chamado da saúde da criança, foi identificada uma série de práticas educativas para a criança, primeiramente, através dos ensinamentos dos cuidados da mãe. Na medida em que a criança cresce e se desenvolve, iniciam-se outras práticas; uma delas é a realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil (Brasil, 1997).

Pelo controle do desenvolvimento ponderal da criança, é observado o índice de gordura corporal, o que determina – em casos de tendência ou comprovada a obesidade – uma orientação para a reeducação alimentar, associada ao estímulo à prática de exercícios físicos, por meio de discursos, que valorizam a importância de hábitos que levam a uma vida mais saudável.

Talvez, não devêssemos esquecer que o conjunto de ações desenvolvidas sobre a família adulta produz efeitos na criança, na medida em que a criança não só é parte da família, mas, também, a família exercita sobre a criança toda uma série de cuidados para garantir uma educação que propicie um desenvolvimento mais saudável.

No terceiro bloco, chamado da saúde do adolescente, foram observadas práticas educativas focadas nos riscos de eventos como a gestação prematura e indesejada, a drogadição e as doenças sexualmente transmissíveis.

O desenvolvimento de grupos de orientação e educação sobre os métodos de anticoncepção disponíveis e sobre os riscos de contágio de doenças transmitidas pela atividade sexual, sem o uso de proteção, como os preservativos, constituem toda uma nova visão da sexualidade desses indivíduos.

A questão da sexualidade, que envolve o médico e a família, foi objeto da atenção de Foucault, ao discutir as condutas sexuais e a medicalização da família, contribuindo para essa discussão ao esclarecer que:

Uma engrenagem médico-familiar organiza um campo ao mesmo tempo ético e patológico, em que as condutas sexuais são dadas como objeto de controle, de coerção, de exame, de julgamento, de intervenção. Em suma, a instância da família medicalizada funciona como princípio de normalização (Foucault, 2002c, p. 322).

No quarto bloco, chamado da saúde do adulto, foram descritas as práticas educativas em duas patologias do grupo das doenças crônico-degenerativas. A primeira é a diabetes e a segunda é a hipertensão arterial sistêmica. Para a assistência a tais doenças, são desenvolvidos grupos de apoio terapêutico que visam a, através de reuniões periódicas, desenvolver a conscientização para a necessidade de uma reeducação tanto alimentar quanto de combate ao

sedentarismo.

Paralelamente ao tratamento fármaco-químico, prescrito pelo médico de família, outras medidas tornam-se indispensáveis para o alcance de um prognóstico mais favorável. Para uma vida com qualidade, portanto, mais saudável, agradável e feliz, é necessário que os pacientes adquiram o hábito de uma dieta mais natural e balanceada, com a ingestão de todos os nutrientes necessários a cada pessoa, associada à prática de exercícios regulares, preferencialmente, sob orientação técnica.

Todas estas práticas conduzem esses indivíduos a se tornarem sujeitos, subjetivados e constituídos por uma ordem discursiva de promoção à saúde e de prevenção contra a doença.

No quinto e último bloco, chamado de saberes da consciência cidadã, foram identificadas práticas discursivas que exercitam a noção de cidadania. O programa de saúde da família propaga um regime de verdade em que as noções de cidadania, de participação e de controle social ganham sentido e, nessa direção, exercitam práticas que visam educar para esse fim.

O desenvolvimento de todo um trabalho orientado para a comunidade na aceitação e na inserção social dos portadores de deficiência psicofísica; na realização de ações educativas para preservação do meio ambiente; na realização de ações de sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos e estimulação da participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade (Brasil, 1997), entre outras, são exemplos desses saberes.

Pelo que vem sendo discutido até aqui, as implicações educativas desse programa de saúde sobre a população alvo do seu interesse, tornam-se mais evidentes se as entendermos a partir da noção de educação empregada neste artigo e proposta por Veiga-Neto:

Pode-se compreender a educação – certamente aí incluída a educação escolar – como o processo pelo qual os outros são trazidos ou conduzidos para a nossa cultura, sejam eles os recém-chegados – crianças e estrangeiros de todo tipo –, sejam eles os “inclusíveis”, – anormais e estranhos. Ao educar o outro, nós o aproximamos da nossa morada, do nosso domínio, graças a variadas formas de dominação que estabelecemos com ele e, muitas vezes, sobre ele (Veiga-Neto, 2006, p. 29).

Veiga-Neto, na citação acima, com o termo “inclusíveis” quis dizer o equivalente àqueles a incluir. Já os termos anormais e estranhos foram utilizados no mesmo sentido atribuído por Bauman (1998), no livro *O Mal Estar da Pós-Modernidade*.

Desse modo, desencadeia-se a produção de um novo indivíduo, que é primeiro objetivado por esse conjunto de práticas pedagógicas discursivas e não discursivas que o conduzem pelo saber, cada vez mais naturalizado, e que acaba por subjetivá-lo pelos seus efeitos, constituindo um novo sujeito que

agora assume o cuidado de si e de sua saúde.

Uma Política de Governo

Foucault já havia alertado para a existência de múltiplos governos e pluralidade de formas de governo. Descreveu o filósofo três tipos de governo, cada um se referindo a uma forma específica de ciência ou reflexão: “[...] o governo de si, que diz respeito à moral; a arte de governar, à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política” (Foucault, 2004, p. 280).

Para uma melhor compreensão da utilização dos termos governo e governamentalidade – no intuito de se entender o programa de saúde da família como uma política de governo e assim descrever porque o Estado deseja proteger a sua população – faz-se necessário, preliminarmente, a discussão de alguns aspectos da noção foucaultiana de “razão de Estado”.

Foucault, descreveu que a “razão de Estado” significaria:

O Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou da prudência; o Estado, como a natureza, tem sua racionalidade própria, ainda que de outro tipo. Por sua vez a arte de governo, em vez de fundar-se em regras transcendentais, em um modelo cosmológico ou em um ideal filosófico-moral, deverá encontrar os princípios de sua racionalidade naquilo que constitui a realidade específica do Estado (Foucault, 2004, p. 286).

A partir do desbloqueio da arte de governar uma nova questão política é posta para a Modernidade: a relação entre a segurança, a população e o governo. Segundo Foucault (2004, p. 290), para dar conta dessa questão “a arte do governo começou a tornar-se Ciência Política”. Todo esse processo é resumido pelo próprio pensador nas seguintes palavras:

Em suma, a passagem de uma arte de governo para uma ciência política, de um regime dominado pela estrutura de soberania para um regime dominado pelas técnicas de governo, ocorre no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, em torno do nascimento da economia (Foucault, 2004, p. 290).

É importante que o sentido atribuído por Foucault à palavra governo, “praticamente o único termo usado nos textos foucaultianos” (Veiga-Neto, 2002, p. 19), torne-se inequívoco no alcance do pretendido neste artigo. Ao traduzir-se para o português, o sentido dado por Foucault à palavra governo, não se pode negar a possibilidade da indução a uma ambiguidade semântica, pois, o uso do termo pode ser associado tanto à instituição governo quanto à ação de governo.

Por esta razão, Veiga-Neto (2002, p. 19) sugere “[...] a substituição da palavra governo por governo, seja nas traduções para língua portuguesa, seja nos textos escritos por autores de língua portuguesa, nos casos em que

estiver sendo tratada a questão da ação ou ato de governar”.

Durante o curso Segurança, território, população, ministrado por Foucault no Collège de France, em 1978, o filósofo cunhou o termo governamentalidade, que segundo Veiga-Neto (2002) não se encontrava dicionarizado na língua francesa. A partir desse conceito, Foucault designou as práticas de governo/governamento ou da gestão governamental que “[...] têm na população seu objeto, na economia seu saber mais importante e nos dispositivos de segurança seus mecanismos básicos” (Machado, 2004, p. XXIII).

Com o que vem sendo discutido até aqui, tornar-se possível ir adiante na tentativa de caracterizar e descrever como esse programa de saúde, esse dispositivo da biopolítica, se mostra como uma política de governamento e porque o Estado dela se utiliza para proteger a população.

O programa de saúde da família se efetiva como uma política de governamento, pois a sua operacionalidade é dada em inúmeras ações ou atos de governo. Trata-se de governar as pessoas e as coisas, não por um Governo que ocupa uma instância central no Estado moderno, mas práticas de governo distribuídas capilarmente pelo tecido social. São múltiplos atores com a possibilidade de governar: o chefe da família alvo, a liderança comunitária em suas relações sociais que se estabelecem no interior da comunidade, pelas práticas dos médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e dentistas, que integram as equipes do programa e pelo Estado na regulamentação do programa de saúde, entre inúmeros outros.

Essa política de governamento só é possível pelas condições de possibilidade previamente estabelecidas, como as que permitiram a anátomo-política em nível do corpo (disciplinamento, docilidade e autogoverno) e a biopolítica em nível da população (normalização e regulamentação).

Pode-se pensar que o Estado busca proteger a sua população e, no caso deste estudo, a uma camada específica da sua população, para manter com segurança a capacidade de dirigir a conduta dos indivíduos ou da população (Foucault, 1995).

Com efeito, ainda é possível também entender esta política de governamento do programa de saúde da família como uma ação de duração contínua, no espaço e no tempo, pelo Estado e, porque não dizer, como um processo que tem por objeto o próprio Estado. Segundo Veiga-Neto (2002, p. 32), este processo é a governamentalização cuja ação “[...] consiste numa captura (pelo Estado) de determinadas técnicas de governamento e sua ampliação de modo a permitir a sobrevivência do próprio Estado”.

Considerações Finais

Sem negar o caráter assistencial biomédico exercitado pelo programa de saúde da família e toda a sua lógica de transversalidade multiprofissional que o sustenta, merece destaque que propositalmente neste artigo, tais questões

não foram objeto de maior análise. Dessa forma, busca-se afastar a possível impressão de que o tratado neste texto, tornou absolutamente reduzido tudo aquilo que o programa desenvolve.

É sabido que o programa faz muito mais, porém o objetivo deste estudo, merece destaque, tomou direção oposta a esta. Foi, sim, como desafio maior caracterizá-lo como um dispositivo biopolítico de controle e, portanto, de educação da população a partir da matriz dos estudos foucaultianos. Consequentemente, os aspectos do conjunto de práticas realizadas para a atenção primária à saúde a que se destina a estratégia saúde da família, foram deixados de lado.

Não foi aprofundado o debate, pela mesma razão, por exemplo, do *modus operandi* empregado para a implantação e para a manutenção de seu funcionamento, o qual, inegavelmente, vem apresentando dificuldades, não só pela própria falta de inserção das equipes de programa de saúde da família ao restante da rede assistencial mas, sobretudo, ao dar as costas a uma série de direitos trabalhistas conquistados quando necessita contratar médicos e demais profissionais.

Por um lado, a fragilidade operacional de uma rede de ações e serviços de saúde, hierarquizada e estratificada em níveis de complexidade – a ser obtida, por conseguinte ainda em implantação – compromete a integralidade e a resolutividade da assistência realizada pelo programa. Por outro lado, a reconhecida precarização das relações de trabalho presentes nessa política de saúde é a tônica no país das discussões que vem sendo travadas entre gestores, conselhos de saúde, Ministério Público, Tribunais de Conta e sindicatos. A maneira como tem sido tratado esse assunto pelos agentes públicos responsáveis pela gestão, tanto do programa quanto da saúde como um todo, não deixa dúvidas de que a tendência é a manutenção das formas de utilização das forças de trabalho, ignorando, por completo, a relação ética que pode e deve existir entre capital e trabalho.

Por fim, a estratégia saúde da família é uma política pública de Estado para mudança paradigmática da assistência à saúde dos brasileiros, com foco na atenção básica. Como tal, assiste, educa e controla a população alvo. Estão presentes nesse programa de saúde os três elementos descritos por Foucault para o sentido por ele atribuído à noção de dispositivo, ou seja: ser decididamente um conjunto que engloba elementos heterogêneos (leis, normas, discursos etc.); abrigar o dito e o não dito, e as possíveis relações entre tais elementos e, por fim, em um determinado momento histórico teve a função principal de responder a uma urgência, caracterizando o programa como tal, permitindo a identificação de seu comportamento, desse modo, como um dispositivo biopolítico de governamento das populações.

Em última instância, o Estado, para se manter *vivo*, captura técnicas e movimenta políticas públicas obedientes ao saber econômico e sem descuido dos dispositivos de segurança para que, no todo, possa atender ao seu propósito: exercer com efetividade plena e naturalizada o seu poder de governamento de sua população. O programa de saúde da família é parte de todo este processo

de governanento das populações e de sobrevivência do próprio Estado.

Recebido em junho de 2010 e aprovado em janeiro de 2011.

Referências

- BAUMAN, Zygmunt. **O Mal Estar da Pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BRASIL. Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Presidência da República, Brasília, 1999.
- BRASIL. Portaria nº 1.886, de 22 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 1997.
- BRASIL. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/psf_atencaobasica.pdf>. Acesso em: 01 maio 2008.
- DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert Lederer; RABINOW, Paul. **Michel Foucault – Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. P. 231-249.
- FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.
- FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002c.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2002d.
- FOUCAULT, Michel. A Governamentalidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. P. 277-293.
- MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. P. VII-XXIII.
- VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. A Maquinaria Escolar. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, n. 6, p. 68-96, 1992.
- VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do Governo... In: RAGO, Margarete; ORLANDI, Luiz Benedicto Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. P. 13-34.
- VEIGA-NETO, Alfredo. Dominação, Violência, Poder e Educação Escolar em Tempos de Império. In: RAGO, Margarete; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. P. 13-38.
- WEBER, César Augusto Trinta. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2005.
- WEBER, César Augusto Trinta. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre: AGE, 2006.

César Augusto Trinta Weber é médico. Especialista em Administração Hospitalar e em Gestão de Equipes Gestoras e Sistemas de Saúde. Mestre em Educação. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da UNIFESP, Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.
E-mail: trintaweber@hotmail.com