

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Circe Maria Jandrey

**MULHERES SAUDÁVEIS:
biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na
Estratégia de Saúde da Família**

Porto Alegre
2015

Circe Maria Jandrey

**MULHERES SAUDÁVEIS:
biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na
Estratégia de Saúde da Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos

Linha de Pesquisa: Estudos Culturais em Educação

Porto Alegre

2015

Circe Maria Jandrey

MULHERES SAUDÁVEIS:
biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na
Estratégia de Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em 10 de abril de 2015.

Prof. Dr. Luís Henrique Sacchi dos Santos – Orientador

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – PPGEDU / UFRGS

Prof^a. Dra. Andréa Fachel Leal – UFRGS

Prof^a. Dra. Fernanda Bittencourt Ribeiro – PUCRS

Prof^a. Dra. Zandra Pedraza Gómez – UNIANDES

*Para Gilka e Matheus, (in memoriam),
porque, em seus modos de estar no mundo,
possibilitaram-me articular significados para
o ato de estudar.*

AGRADECIMENTOS

Ao professor Luís Henrique Sacchi dos Santos, orientador desta tese, pela confiança, carinho e apoio permanentes.

Aos professores integrantes da banca, por aceitarem o convite para realizar a leitura da tese e contribuir com as discussões propostas pela investigação.

Às mulheres e famílias que compartilharam comigo, ao longo do estudo, narrativas, sentimentos e vivências.

Aos/às companheiros/as de equipe de trabalho do Serviço de Saúde Comunitária/GHC e da Faculdade de Odontologia – UFRGS.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Grupo Hospitalar Conceição.

A Jonathan Henriques do Amaral, por todas as suas contribuições e auxílio inestimável.

Aos meus afetos, por compreenderem meu silêncio e meu recolhimento, ajudando-me cotidianamente.

A Cícero, Miguel, Pedro, Janaína, Lauren, Clarice, Fernanda e Camila.

Uma coisa é pôr idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e de sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente – dá susto se saber – e nenhum se sossega: todos nascendo, crescendo, se casando, querendo chuva e negócios bons...

João Guimarães Rosa – *Grande Sertão: veredas*

RESUMO

Desde a perspectiva da existência de articulações entre duas importantes políticas públicas brasileiras – Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) – e pela centralidade que seus discursos assumem no contexto contemporâneo do país, o presente estudo investiga e analisa pedagogias utilizadas para governamento de condutas de sujeitos e suas famílias com vistas à promoção de cuidados em saúde. Realizado numa unidade da rede pública de serviços assistenciais de saúde em Porto Alegre/RS, constitui-se como pesquisa de inspiração etnográfica e está apoiado em referenciais dos campos dos Estudos Culturais, Estudos de Gênero e de Saúde Pública em suas aproximações às teorizações da análise discursiva proposta por Michel Foucault. Para a produção dos dados empíricos, houve observação participante em grupos cujas atividades estivessem direcionadas à Promoção da Saúde (PS) com usuários da unidade de saúde. Os registros dos momentos de observação se efetivaram por intermédio do instrumento diário de campo, e a analítica do material produzido possibilita argumentar que as atividades acompanhadas conformam articulações biopolíticas entre Atenção Primária à Saúde (APS), Estratégia de Saúde da Família e Política Nacional de Promoção da Saúde. Configuram, então, instâncias pedagógicas propostas para enunciar, educar e regular famílias usuárias de serviços de APS/ESF – sobretudo, as mulheres dessas famílias. Essas instâncias assumem, sobremaneira, perspectivas de gênero. Nesse sentido, as práticas discursivas de educação/promoção de saúde analisadas operam à condição de pedagogias (biopedagogias) e, numa compreensão ampliada, como biopedagogias de gênero. Conformam estratégias de exercício do poder sobre a vida de populações (biopoder), para que corpos (especialmente, os femininos) sejam mais bem governados, tornando-se mais saudáveis e longevos. Assumo, no decorrer das análises dos materiais de campo, que biopedagogias ocupam uma função central nos exercícios do biopoder contemporâneo, por contribuírem ao disciplinamento individual dos sujeitos e à regulação de populações, normalizando-os como autônomos/as e capazes de eleger o mais ‘adequado’ para o que tem sido veiculado como vida ‘saudável’. No contexto das articulações biopolíticas estudadas, mulheres são posicionadas como principais parceiras dos serviços para promover a saúde das famílias.

Palavras-chave: Biopolítica. Biopedagogias de gênero. Políticas Públicas de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

JANDREY, Circe Maria. **Mulheres saudáveis:** biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre, 2015. 227f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ABSTRACT

From the perspective of the existing links between two major Brazilian public policies - Family Health Strategy (ESF) and the National Health Promotion Policy (PNaPS) - and the importance that their discourse has taken on in the contemporary context of the country, this paper investigates and analyzes the pedagogies used to govern the behavior of subjects and their families in order to promote health care. Executed at one of the public health assistance service units in Porto Alegre/RS, it was organized as a study inspired by ethnographic research and is supported by references from the fields of Cultural Studies, Gender Studies, and Public Health in their approaches to the theory of discourse analysis, proposed by Michel Foucault. For the production of empiric data, there was participant observation in groups whose activities were directed toward Health Promotion (PS) with the users of the healthcare unit. The records of the observations were done using a field diary tool, and the analysis of the material that was produced enables one to argue that the monitored activities shape bio-politic connections between Primary Health Care (APS), the Family Health Strategy, and the National Health Promotion Policy. Therefore, they are pedagogical forums for enunciating, educating, and regulating families that are users of the APS/ESF – especially the women in these families. Forums that exceedingly take on gender perspectives. In this sense, the health education/promotion discursive practices that were analyzed operate as pedagogies (bio-pedagogies), and with an enlarged understanding, as gender bio-pedagogies. They shape the strategies for exercising power over the lives of people populations (biopower) so that bodies (especially female) are better governed, becoming healthier and living longer. I assume, throughout the analyses of the field material, that the bio-pedagogies hold a central function in the exercise of contemporary bio-power due to their contribution to the individual disciplining of the subjects and the regulation of populations, normalizing them as autonomous and capable of choosing the most "appropriate" path to what has been propagated as a “healthy” life. In the context of the examined bio-political articulations, women are positions as the main partners of the services to promote family health.

Key-words: Biopolitics. Gender Biopedagogies. Public Health Policies. Primary Healthcare. Family Health Strategy. Health Promotion.

JANDREY, Circe Maria. **Mulheres saudáveis**: biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre, 2015. 227f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

RÉSUMÉ

En partant de la perspective de l'existence d'articulations entre deux importantes politiques publiques brésiliennes - Stratégie de Santé de la Famille (ESF) et Politique Nationale de Promotion de la Santé (PNaPS) – et du fait de la centralité que leurs discours assument dans le contexte contemporain du pays, la présente étude investigate et analyse des pédagogies utilisées pour la gouvernance de conduites de sujets et de leurs familles, en vue de la promotion de soins de santé. Réalisée dans une unité du réseau public de services d'assistance en matière de santé à Porto Alegre, État du Rio Grande do Sul, elle consiste en une recherche d'inspiration ethnographique et s'appuie sur des références dans les domaines des Études Culturelles, des Études de Genre et de Santé Publique, dans ses approches vis-à-vis des théorisations de l'analyse discursive, proposée par Michel Foucault. Pour la production des données empiriques, une observation participative a été produite, dans des groupes dont les activités étaient dirigées vers la Promotion de la Santé (PS) envers des utilisateurs de l'unité de santé. Les enregistrements des moments d'observation ont été réalisés par l'intermédiaire de l'instrument journal de bord et l'analyse du matériel produit offre la possibilité d'argumenter sur le fait que les activités suivies configurent des articulations biopolitiques entre Soins de Base en Matière de Santé (APS), Stratégie de Santé de la Famille et Politique Nationale de Promotion de la Santé. Elles configurent donc, des instances pédagogiques proposées afin d'énoncer, éduquer et réguler des familles d'utilisateurs de services d'APS/ESF – par-dessus tout, les femmes de ces familles. Des instances qui assument, en particulier, des perspectives de genre. Dans ce sens, les pratiques discursives d'éducation/promotion de santé analysées opèrent sous la condition de pédagogies (biopédagogies) et, dans le cadre d'une compréhension amplifiée, en tant que biopédagogies de genre. Elles constituent des stratégies d'exercice du pouvoir sur la vie des populations (biopouvoir), de façon à ce que les corps (spécialement les féminins) soient mieux gouvernés, en les rendant plus sains et de plus grande longévité. J'assume, tout au long des analyses des matériels de terrain, que des biopédagogies jouent un rôle central dans les exercices de biopouvoir contemporain, du fait qu'elles contribuent au disciplinement individuel des sujets et à la régulation de populations, en les normalisant en tant qu'autonomes et capables de choisir le plus « adéquat » pour ce qui a été diffusé en tant que vie « saine ». Dans le contexte des articulations biopolitiques étudiées, des femmes sont positionnées en tant que principales partenaires des services de promotion de la santé des familles.

Mots-clefs: Biopolitique. Biopédagogies de genre. Politiques Publiques de Santé. Soins de Base en matière de Santé. Stratégie de Santé de la Famille. Promotion de la Santé.

JANDREY, Circe Maria. **Mulheres saudáveis:** biopedagogias de gênero em articulações com discursos da promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Porto Alegre, 2015. 227f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Ilustração 1 – Distribuição das US do SSC/GHC nas zonas norte e leste-nordeste de Porto Alegre, RS / 85
- Ilustração 2 – Vista aérea (por satélite) do território adscrito à USJL / 88
- Ilustração 3 – Entrada da USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 97
- Ilustração 4 – Vista aérea (por satélite) da USJL em sua relação com a Praça México / 98
- Ilustração 5 – Hall externo da USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 99
- Ilustração 6 – Hall externo da USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 100
- Ilustração 7 – Escadaria lateral para acesso de pedestres à Praça México. Porto Alegre/RS. 2014 / 101
- Ilustração 8 – Construção de novos conjuntos habitacionais ao lado do prédio da USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 102
- Ilustrações 9 e 10 – Recepção USJL: balcão de atendimento e espaço para arquivamento de prontuários. Porto Alegre/RS. 2014 / 102; 103
- Ilustração 11 – Recepção USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 104
- Ilustração 12 – Acesso à área de Enfermagem. Porto Alegre/RS. 2014 / 106
- Ilustração 13 – Porta hospitalar “vai e vem”: acesso ao “corredor-sala de espera”. Porto Alegre/RS. 2014 / 107
- Ilustração 14 – “Corredor-sala de espera”. Porto Alegre/RS. 2014 / 108
- Ilustrações 15 e 16 – Cartazes com informações sobre cuidados em saúde. Porto Alegre/RS. 2014. Porto Alegre/RS. 2014 / 109
- Ilustração 17 – Circulação - área de uso privativo da equipe. Porto Alegre/RS. 2014 / 111
- Ilustração 18 – Vista parcial da sala de grupos da USJL em atividade coletiva durante encontro *Saúde no Prato*. Porto Alegre/RS. 2011 / 112
- Ilustrações 19 e 20 – Vistas parciais do território adscrito à USJL. Porto Alegre/RS. 2014 / 114 e 115
- Ilustrações 21, 22 e 23 – Imagens do território. Porto Alegre/RS. 2014 / 116; 117
- Ilustrações 24 e 25 – Vila Davi Canabarro e escombros da *Carcaça* após implosão. Porto Alegre/RS. 2014 / 117; 118
- Ilustração 26 – Feira livre semanal no Jardim Leopoldina. Porto Alegre/RS. 2014 / 119
- Ilustrações 27, 28 e 29 – Imagens da Feira. Porto Alegre/RS. 2014 / 120; 121
- Ilustrações 30, 31 e 32 – Praça México: lazer no território. Porto Alegre/RS. 2014 / 121; 122

Ilustração 33 – Salão de bailes populares. Porto Alegre/RS. 2014 / 124

Ilustração 34 – Painel sinalizador no *hall* externo do *Centro Vida*. Porto Alegre/RS. 2014 / 125

Ilustração 35 – Território de Paz Rubem Berta – Programa de Segurança Pública RS na Paz – localizado no *Centro Vida*. Porto Alegre/RS. 2014 / 125

Ilustração 36 – Vista parcial do *Centro Vida* desde a Avenida Baltazar de Oliveira Garcia. Porto Alegre/RS. 2014 / 126

LISTA DE SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)
- APS** – Atenção primária à saúde
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Ministério da Educação
- DAB/MS** – Departamento de Atenção Básica / Ministério da Saúde
- DC** – Diário de Campo
- DCNTs** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- GHC** – Grupo Hospitalar Conceição
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- MFC** – Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade / SSC / GHC
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAHO/WHO** – *Pan American Health Organization / World Health Organization*
- PAD** – Programa de Atenção Domiciliar
- PMPA** – Prefeitura Municipal de Porto Alegre
- PNaPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde
- PS** – Promoção da Saúde
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- RIS** – Programa de Residência Integrada em Saúde
- SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde
- SF** – Saúde da Família
- SFC** – Saúde da Família e Comunidade (ênfase do Programa RIS / GHC)
- SSC** – Serviço de Saúde Comunitária
- US** – Unidade de Saúde

USJL – Unidade de Saúde Jardim Leopoldina

WHO – *World Health Organization*

CONVENÇÕES

No decorrer deste estudo, são realizadas diversas citações de trechos integrantes das narrativas que compuseram meu diário de campo. Com o propósito de diferenciá-las dos referenciais teóricos, independentemente do número de linhas do excerto, elas foram inseridas com o seguinte formato: corpo de texto 11, espaço simples, utilização da margem total da página e moldura. Apresento, abaixo, um exemplo desse tipo de citação:

[...] Tomamos chá no decorrer da tarde e questionei-me quanto o espaço do grupo está conformado, primeiramente e sobremaneira, como um ponto de encontro em que se trocam afetos e são compartilhadas vivências [...] (DC, 16/07/2013).

Produzido a partir da tomada de notas e apontamentos em observação participante, meu diário de campo contemplou uma escrita na qual o discurso indireto livre, embora não exclusivo, foi predominante. O uso dessa modalidade – espécie de mescla entre as formas linguísticas dos discursos direto e indireto – constituiu estratégia à consecução de um relato mais próximo da polifonia cotidianamente percebida. Assim, há momentos em que minha voz se mistura à transcrição direta de falas dos sujeitos de pesquisa; quando incluídas nos trechos, os dizeres desses últimos foram destacados por intermédio de grafia em itálico e uso dos sinais de pontuação convencionais: dois pontos e travessão. Exemplifico tal tipo de registro:

[...] ouvi na cozinha: – *Essas criaturas não têm o que fazer em casa. Estão sempre aqui no posto. Todos os dias. Nós temos que pensar um jeito de tirar da fila, de oferecer algo além de consultas!* [...] (DC, 16-07-2013).

Com relação a referenciais teóricos, as citações seguiram o formato padrão: excertos de até três linhas foram diretamente inseridos nas sentenças, assinalados pelo uso de aspas duplas, conforme o exemplo abaixo:

[...] como nos diz Meyer (2010, p. 2), “pensar, sentir e agir de certos modos e não de outros”.

Já as citações com tamanho superior a três linhas receberam apresentação em corpo de texto 10, espaço simples e recuo de 4 cm:

[...] Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que

recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno [...] (ROCHA; AGUIAR, 2007, p.70).

Em respeito ao compromisso ético assumido quanto à manutenção de sigilo sobre a identidade de participantes do estudo, imagens de rostos foram intencionalmente distorcidas e nomes pessoais, substituídos pelo uso aleatório de letras maiúsculas formatadas em negrito e itálico – acompanhadas do sinal gráfico de ponto (.) –, como na oração a seguir:

[...] em certa medida, **A.** desafiou a noção instituída de que a posição hierárquica [...].

Ainda no que tange às ilustrações integrantes deste estudo, elas estão reproduzidas com permissão dos respectivos/as autores/as, constando nomes e proveniência (no caso de mapas). Aquelas imagens que não possuem esse tipo de indicação em seus títulos são de minha própria autoria.

SUMÁRIO

1 QUEM É ESSA MULHER? QUE ESTRIBILHO CANTA? / 18	
2 NOÇÕES TEÓRICAS PARA A PRODUÇÃO DE TRAJETO(S) / 32	
2.1 GOVERNAMENTALIDADE, BIOPODER E BIOPOLÍTICAS: FIOS CENTRAIS EM ARTICULAÇÃO / 33	
2.2 BIOPODER CONTEMPORÂNEO, GÊNERO, FAMÍLIA E ALGUNS DESDOBRAMENTOS / 35	
2.2.1 Que Família é Esta da qual se Fala? / 40	
2.3 MODOS PARA PROVER ASSISTÊNCIA E PROMOVER SAÚDE / 44	
2.4 TRAÇOS DE MOVIMENTAÇÕES HISTÓRICAS NOS MODOS DE PROVER ASSISTÊNCIA / 48	
2.5 SAÚDE DA FAMÍLIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS ARTICULADAS / 52	
2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE / 56	
3 TRILHAS METODOLÓGICAS / 64	
3.1 O MÉTODO NÃO É ALGO QUE PAIRA NO MUNDO... / 64	
3.2 COMENDO MODOS PARA ESTUDAR O FAMILIAR / 67	
3.3 PERCORRENDO TRILHAS / 74	
3.4 MODOS PARA PENSAR AS TRILHAS JÁ PERCORRIDAS / 81	
3.5 VÍNCULOS E INSERÇÕES... / 81	
3.5.1 Uma Imagem Constituída pela Atenção Primária à Saúde / 83	
3.6 ADENTRANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO... / 86	
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS / 92	
4 CENÁRIOS COM ARTE, CUIDADOS E PRATOS... / 95	
4.1 SAÚDE, TERRITÓRIO, POPULAÇÃO / 97	
4.2 EM TORNO DA US / 114	
5 ARTICULAÇÕES BIOPEDAGÓGICAS / 127	
5.1 ACERCA DOS GRUPOS / 129	
5.2 EM MEIO A ARTEIRAS... / 131	
5.2.1 Incorporação de Saberes: Reinventando Usos e Sentidos para Promoção da Saúde / 132	

5.2.2 Deixar de Existir para os Outros e Passar a Ser ‘Eu Mesma’ pela Primeira Vez na Vida	/ 136
5.2.3 “Por que Será que os Jovens Acham que os Velhos não se Apaixonam?”	/ 143
5.3 ENSINANDO A SER GESTANTE...	/ 150
5.3.1 Um Currículo para Ensinar Cuidados	/ 150
5.3.2 Alguns Efeitos e Desdobramentos de Práticas Biopedagógicas	/ 155
5.3.3 Modos de Consumo: Lazer e(m) Tecnologia Também Educam para Tornar-se Mãe	/ 164
5.4 NOSSA SAÚDE ESTÁ NO PRATO?	/ 177
5.4.1 Um Tutorial para a Saúde Alimentar	/ 178
5.4.2 O Posicionamento Central de Questões Alimentares no Contemporâneo	/ 186
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS (À GUISA DE CONCLUSÃO)	/ 192
REFERÊNCIAS	/ 198

1 QUEM É ESSA MULHER? QUE ESTRIBILHO CANTA?

[...] é o problema do governo da alma, da psicagogia. Para se conduzir e conduzir os outros, e para poder conduzir os outros conduzindo bem a si mesmo, de que verdades necessitamos? Que práticas e técnicas são necessárias? Que conhecimentos, que exercícios...? (FOUCAULT, 2010, p. 278).

Inquietude. Atravessada por esse sentimento, tenho feito algumas caminhadas no percurso de minha história.

Essa inquietude, mesclada a interesses, medos e questionamentos, tem nutrido o desejo de seguir estudando e buscando a constituição de novos olhares sobre o que nos cerca. Ao produzir minha dissertação de mestrado¹, o que me inquietava naquele momento eram as contradições resultantes da confluência (com e sem coerência) dos distintos modos de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um. Indaguei os motivos pelos quais, diante de uma oferta regular de assistência à saúde, parte considerável da população (à qual se dirigiam as ações) não a usufruía. Intentei mergulhar naquilo que tinha diante de mim, no que se oferecia à minha pesquisa, procurando fazer o exercício de despir-me não só de ideias pré-concebidas mas também de minhas próprias expectativas exageradas.

Nesses movimentos, aventurei-me a navegar pelo campo da Educação, no qual fui apresentada a outros referenciais e leituras, que, inevitavelmente, racharam minhas ideias e convicções, trazendo novas paisagens. Herdeira de uma formação profissional assertiva, prescritiva e definidora de receitas e padrões (como usualmente ocorre no campo da saúde), vi-me, então, adentrar outros portos, tendo minha inquietude por vela.

Sim, havia outras formas de refletir, produzir conhecimento e pesquisar – para além de números e testes quantitativos, para além de técnicas, receituários, planejamentos e programas pré-formatados. O encantamento por perspectivas distintas de conhecer e pesquisar tem alimentado, constantemente, meu desejo de prosseguir, superando medos de não dar conta do ‘novo’ ou de sentir-me incapaz de pensar outros modos de ser/fazer. A pouca familiaridade

¹ JANDREY, C. M. *Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (UFRGS)*. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.

(eu diria, até mesmo, certa estranheza inicial) e os medos – ah, esses últimos, persistentes companheiros de trajetórias! –, de algum modo, foram colocados lado a lado com uma vontade de explorar e pensar outros possíveis percursos. Já não se fez mais possível, então, voltar atrás.

Embora traga grande parte de meus conhecimentos forjados no trabalho cotidiano em serviços de assistência, os quais integram processos e instâncias formais de Educação Permanente em Saúde², desejei seguir na construção de um diálogo com as dúvidas e interrogações do nosso tempo.

Nas trilhas percorridas, encontrei-me com vertentes dos Estudos Culturais e de Gênero que se aproximam de teorizações elaboradas por Michel Foucault, condição que proporcionou movimentos de reflexão sobre práticas discursivas³ (enquanto instituintes/constituintes dos sujeitos) e sobre os efeitos que se estabelecem entre coletivos diversos.

Voltei-me, assim, para práticas rotineiras e comuns que conformam meu dia a dia – não só na assistência mas também como cirurgiã-dentista e educadora em processos de formação profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Numa referência inicial ao que tem sido denominado ESF, trago o posicionamento de Sara Escorel (2007), que a apresenta como a primeira política nacional específica de APS formulada para todo o país.

Atenção Primária à Saúde^{4,5} pode ser compreendida como conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, direcionadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Considerada porta de entrada nos sistemas de saúde, essa

² Utilizo a expressão Educação Permanente em Saúde no sentido aportado por Ricardo Ceccim (2005, p.161): “... definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”.

³ Práticas discursivas são entendidas, no âmbito dessa pesquisa, segundo o referencial de Foucault (1995, p.56), para quem os discursos são “práticas que formam, sistematicamente, os objetos de que falam”.

⁴ Conforme Ribeiro (2007), a Atenção Primária à Saúde tem se mostrado proposição estratégica para sistemas de saúde no mundo. Constitui-se, no caso brasileiro, em alvo recente de investimento das políticas de saúde, tomada na perspectiva de recurso reordenador do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em termos de cobertura populacional quanto de qualidade assistencial. Posteriormente, ao discutir políticas públicas nesse campo, volto a discorrer quanto a suas especificidades em *Noções Teóricas para Produção de Trajetos*.

⁵ Na medida em que o SUS apresenta a Estratégia de Saúde da Família como primeira política nacional específica de APS, e com o intuito de demarcar singularidades de práticas observadas no campo específico dessa investigação, aglutino as duas expressões – APS/ESF – e faço uso de sua forma conjunta ao longo do texto. Retomo a discussão sobre singularidades do SSC/GHC – configuradas a partir de princípios da APS desde período bastante anterior à denominação ESF – no Capítulo 3 do estudo, *Trilhas Metodológicas*.

abordagem tem sido formulada como um *locus* de responsabilidade pela atenção a populações no decorrer do tempo. Nas palavras de Starfield (2002, p. 28), “abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”, a APS intenta maximizar saúde e bem-estar.

Percebo-me imersa em uma instituição pública assistencial, cuja lógica de organização vinculada à APS oferece, por esse motivo, serviços de prevenção, cura e reabilitação, acompanhando os problemas de saúde mais comuns nas comunidades. Assim, na condição de cirurgiã-dentista do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) – Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – e preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde RIS/GHC, cuja ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC) é realizada no SSC, tenho buscado pensar nas formas e concepções educativas que sustentam nossas ações de promoção da saúde. Cabe destacar que a noção de ‘pedagogias culturais’ (COSTA *et al.*, 2003) – práticas discursivas que não apenas se organizam, circulam e são difundidas através de elementos como filmes, televisão, jornais, entre outros, mas também operam em sua constituição – foi decisiva em momentos diversos do estudo. Quando articulados às nossas práticas, artefatos ou estratégias utilizados/produzidos em atividades de educação em/promoção da saúde são elementos que nos ensinam determinadas formas de sermos sujeitos e estarmos no mundo.

Nesse sentido, debrucei-me sobre um cotidiano de trabalho, saberes, aprendizagens e pesquisas que se produz permeado não somente por artefatos culturais pedagógicos mas também por práticas pedagógicas (in)formais e generificadas que se fazem presentes. Neste estudo, houve, inegavelmente, uma intencionalidade na busca por entender nossa produção como certos tipos de sujeitos contemporâneos e não outros. Assim, refleti sobre condições em que nossas práticas são possibilitadas e sobre efeitos que delas emergem, desde a perspectiva de que operamos o tempo todo sobre nós mesmos/as para atingir objetivos postos no campo da economia da saúde.

No empreendimento da pesquisa, busquei, então, problematizar práticas relacionadas a ações de promoção da saúde em um contexto local de APS/ESF, a partir do recorte bastante específico de uma possível focalização sobre as mulheres que as integram. Entendo oportuno referir, desde já, dadas a temática e as perspectivas teóricas escolhidas para estudá-la, que a investigação não se presume como um estudo de gênero, mas tensiona o endereçamento de gênero identificado em políticas públicas de educação, saúde e assistência. Consoante a essa ideia, assumo gênero como “construção e organização social das diferenças entre os sexos, que se realiza em múltiplas instâncias, em diferentes práticas e instituições sociais e através de muitas linguagens” (MEYER, 2008, p.24).

Desse lugar, considerando minhas inquietudes e minhas implicações, sustentei, enquanto pressuposto inicial, que a APS/ESF acionaria gênero como algo ‘naturalmente’ posto no âmbito da sociedade, instituindo e constituindo seu discurso pedagógico e assistencial, o qual, articulado a outras práticas, normatizaria determinado entendimento de “mulher saudável”.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, arranjos educativos, capacitando indivíduos sobre como realizar mudanças comportamentais para aperfeiçoar sua saúde e evitar adoecimentos, configuram o que tem sido conhecido como promoção da saúde⁶, a qual está amplamente envolvida com a identificação e modificação de ‘estilos não saudáveis de vida’ ou ‘condutas de risco’ (PETERSEN; LUPTON, 1996; CASTIEL, 2007).

Nesse contexto, proposições como as de Sabat (2001) e Klein (2010) me instigaram a pensar sobre pedagogias de gênero em articulações com a promoção de saúde realizada no cotidiano da APS/ESF. Há, por assim dizer, um determinado conjunto de conhecimentos que “opera através de uma lista de procedimentos e técnicas voltados para produzir e reproduzir tipos específicos de comportamentos, valores, hábitos, atitudes pessoais diretamente conectados com o tipo de sociedade na qual estão inseridos” (SABAT, 2001, p.20). Ao posicionarem famílias como foco de suas ações e contemplarem processos de educação e promoção da saúde, nossas políticas setoriais (e, nesse sentido, foi possível incluir a APS/ESF) poderiam ser discutidas como formas de regulação que “têm atuado na direção de ensinar especificamente as mulheres” (KLEIN, 2010, p.13).

Nos movimentos de aprofundamento dos referenciais teóricos da tese, aproximei-me, igualmente, de discussões estabelecidas por Wright (2009), Harwood (2009) e Walkerdine (2009) a respeito de biopedagogias. A partir de noções centrais desenvolvidas por Foucault – biopoder e governamentalidade –, e trazendo a ideia de pedagogias como práticas culturais em que conhecimentos, mais do que transmitidos, são produzidos nas relações entre sujeitos, as autoras referem práticas biopedagógicas como aquelas estratégias de regulação e normalização da vida que, independentemente de ocorrerem no espaço escolar, não apenas colocam indivíduos sob constante vigilância mas também encorajam a um incessante (e crescente) automonitoramento sobre os corpos.

⁶ Embora Petersen e Lupton (1996) refiram que seja difícil precisar uma data para a ‘descoberta’ do que seriam estilos de vida não saudáveis, suas reflexões apontam que, no campo da Saúde Pública, desde a metade dos anos 70, textos acadêmicos, em associação a práticas profissionais, têm apresentado e posicionado certas condições de vida – falta de exercícios físicos, questões relativas à alimentação e consumo excessivo de certas substâncias, por exemplo – como fatores causais de adoecimento, o que as conforma como espaços possíveis para intervenções.

Assim, ao problematizar, em meu cotidiano de atenção, práticas educativas que operam, por meio de investimentos em determinadas subjetividades, para associar saúde a algo não apenas positivo mas também, de certo modo, imperioso na APS/ESF, argumento que biopedagogias de gênero têm expressado, instituído e constituído relações, poderes, lugares distintos e desiguais a homens e (sobretudo) mulheres. Configuram práticas biopedagógicas com as quais, ao articularmos ações de educação e saúde, produzimos sujeitos de gênero.

A construção de um Sistema Único de Saúde no Brasil, em especial nas três últimas décadas, tem se organizado como cenário de práticas socioculturais em tensão permanente. Enunciado em um campo discursivo que assume universalidade, integralidade e equidade como pressupostos fundamentais, nosso atual Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta a adoção da ESF, enquanto política pública, como uma proposta de materialização da APS com potência para viabilizar o alcance de seus princípios teóricos. Nesse sentido, além de política pública setorial, a APS/ESF pode ser vista como tecnologia de cuidados em saúde⁷, investida da racionalidade contemporânea que conforma nossos processos de produção e gestão da vida. Como nos fazem pensar Petersen e Lupton (1996), nossos saberes e instituições integram redes de controle, disciplina e regulação, as quais envolvem processos micropolíticos.

Antes de prosseguir, ao apontar a APS como tecnologia de cuidados em saúde, é importante distinguir essa expressão que abarca o vocábulo *cuidados* da noção de *cuidado de si*, abordada por Foucault em argumentações ligadas ao tema da governamentalidade. Nas palavras do teórico, “o cuidado de si implica uma certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento” (FOUCAULT, 2006, p.14). *Cuidar de si* abrangeria formação e transformações, em nossa cultura, das relações consigo mesmo/a, convidando-nos a agir bem, medindo mais precisamente o lugar que ocupamos no mundo e o sistema de necessidades no qual estamos inseridos (FOUCAULT, 2006; CASTRO, 2009).

Já a expressão *cuidados em saúde*, por sua vez, pode ser compreendida como série de encontros, entre profissionais e aqueles/as que utilizam serviços de saúde, na intenção de “(re)conhecer, esclarecer e (re)construir não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo como sendo a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la” (AYRES, 2005, p.551). Em concordância com Ayres (2005) e Meyer (2011), cabe esclarecer que *boa vida* não está

⁷ A utilização do vocábulo “tecnologia” também pode nos remeter a várias e distintas acepções. Emprego a noção de *tecnologia de cuidados em saúde* desde a perspectiva do campo da Saúde Pública, apresentada por Schraiber (2008): conjunto de processos desenvolvidos que configuram, concreta e materialmente, arranjos de trabalho para a produção de intervenções sobre a vida das populações. Com vistas ao aprofundamento dessas discussões no âmbito da APS, vide Merhy (1997 e, especialmente, 2000).

sendo tomada numa definição universal, constitutiva de utopia a ser buscada por todos/as indistintamente. Conecta-se, então, *boa vida* a experiências vividas, valoradas de modo positivo e que, com bastante frequência, independem de “um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional” (AYRES, 2005, p.551).

Projetada como uma modelagem assistencial, a APS/ESF pressupõe integralidade do cuidado a usuários⁸, considerando-os como sujeitos pertencentes a uma família, a um domicílio e a uma comunidade. Se, para o alcance desse projeto, é necessária a vinculação de profissionais e de serviços com as populações concomitantemente à promoção de ações intersetoriais, torna-se possível pensar e problematizar os processos discursivos que as constituem.

Assumo, a partir das perspectivas teóricas que o presente estudo congrega, que todas as produções são sociais, que não há o que possa ser visto como ‘natural’ e que essa ruptura sinaliza a importância de investigar de que forma alguns conceitos e noções são posicionados como verdades, analisando efeitos que resultam desses posicionamentos.

Como entrelaçamos conceitos com práticas? Realizar mudanças nos modos de se fazer saúde requer mudanças nos processos de subjetivação, isto é, a APS/ESF só se materializa a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com suas experiências e que são mobilizados a mudanças também a partir do vivido, em um movimento circular no qual, como em uma fita de *Moebius*⁹, não se consegue identificar exatamente onde começam as transformações em um *dentro* ou em um *fora*, pois ambos são coextensivos um ao outro. Nesse entendimento, procedi a uma análise de articulações discursivas entre promoção da saúde e APS/ESF problematizando práticas e, ao mesmo tempo, tensionando a existência de outros modos possíveis para pensá-las. Tomando emprestadas palavras de Rosa Fischer (2009, p.101), propus-me, ousadamente, assumir uma “tarefa filosófica crítica, pela qual não só questionamos os discursos e as ordens vigentes, mas igualmente nos dedicamos a nos ocupar de nós mesmos”.

Considero que a adoção da APS/ESF e a construção dessa tecnologia de cuidado são constituídas e operadas, cotidianamente, por sujeitos – sujeitos usuários e sujeitos

⁸ Corrente nos campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva, a nomeação *usuário(s)/usuária(s)* é atribuída a quem utiliza serviços públicos, numa proposta de rompimento com a ideia de passividade vinculada à denominação *paciente*. Faço esse registro sem desconsiderar que tal nomeação também pode ser problematizada como enunciado que legítima sentidos (e disputa significados) à racionalidade em que vivemos presentemente, porque afirma e conclama ‘autonomia’ aos sujeitos.

⁹ A banda ou fita de Moebius é uma superfície com um só lado e uma só borda. É um objeto topológico não orientável.

profissionais de saúde que, com suas formas de estar, aprender “no” e apreender “o” mundo, produzem culturas, saberes, poderes, instituições... No exercício investigativo, indaguei-me sobre os modos como nos fizemos/fazemos desta e não de outra forma; interroguei-me de que modo temos aceitado algumas práticas e não outras. Em minhas argumentações, considerei que somos sujeitos que dialogam entre si, sujeitos que assumem várias falas e vários silêncios, que, por sua vez, igualmente realizam interlocuções com o “bom-mocismo” salvacionista e messiânico muito característico dos serviços de saúde.

Compartilho de posicionamentos assumidos por autores como Campos (1994), Gastaldo (1997), Vasconcelos (1999; 2001), Menicucci (2007) e Castiel (2007), que, ao longo das duas últimas décadas, tem chamado a atenção para a prepotência de muitas das práticas realizadas nos serviços de saúde brasileiros. Em sua grande maioria, políticas públicas e seus projetos estão orientados para intervir em processos de adoecimento, cura ou promoção da saúde sob a ótica do planejamento e programação institucionais, elaborados segundo instrumental científico. O ideário predominante nos serviços públicos assistenciais costuma apontar na direção de um sistema gratuito e focalizado para as populações que não podem pagar supletivamente pela atenção em saúde. Subjetividades e particularidades de indivíduos/grupos envolvidos tendem a não ser consideradas. A vida, à semelhança de um tabuleiro de xadrez, quase que invariavelmente parece ser tomada na condição de um conjunto de peças a serem manobradas a partir das estratégias dos jogadores gestores. No entanto, mesmo nas intermináveis movimentações de esquadrinhamentos e enquadramentos que caracterizam nossas práticas de saúde, ou seja, nos escrutínios para “conduzir a conduta dos seres humanos” (ROSE, 2011, p. 212), identifiquei que também aí residem possibilidades de reflexão e transgressão para todos os seus sujeitos.

Integrar práticas que materializam, diariamente, uma política de saúde específica, (para além dos campos que a sustentam), implicou, a partir de e por essa integração, privilegiar um modo (entre outros possíveis) de pensar, fazer, conhecer, aproximar-me, pesquisar. Ao formular minhas indagações, minhas reflexões e minhas práticas, estabeleci escolhas sustentadas numa determinada racionalidade que me tornou possível fazê-lo – racionalidade que se configura pelo meu pertencimento institucional e em relações que se efetivam desde essas posições de sujeito que ocupo. Admito, desse modo, que houve conhecimentos aos quais foi possível aproximar-me, sem desconhecer, porém, que inúmeros outros permaneceram inacessíveis a mim. Em outras palavras, guardadas as devidas proporções, transitei por cenários tendo em mente que haveria “aquilo que uma dada cultura não se permite conhecer” (LOURO, 2004, p.4).

Coloquei-me na perspectiva, trazida por Foucault em suas análises, de que cada sociedade possui seu próprio regime de verdade, conjunto de regras historicamente produzidas, as quais afirmam verdades de um tempo. O que é dito ou possível dizer ao longo da tese, portanto, está radicalmente articulado às dinâmicas de poder e saber de sua época, pois os discursos que acolhemos e que nos acolhem como possíveis e verdadeiros/falsos têm sua historicidade (FOUCAULT, 2009a; 2009b).

Sob essas condições, emergiram possibilidades de romper com sons uníssonos e monocórdicos. Partindo do pressuposto de que, sujeitos que somos, não seríamos sujeitos únicos, constituídos por uma essência, mas portadores de identidades múltiplas, provisórias, fragmentadas, historicamente construídas, apoiei-me no pensamento de Klein (2010) sobre a produtividade de aliarmos análises de gênero à formulação e implementação de políticas e ações governamentais de educação e(m) saúde. Assumi que, por essa via, seria possível constituir um enlace produtivo para refletir acerca de verdades tecidas na articulação de políticas públicas que se configuram nos espaços da APS/ESF. Verdades que se produzem sobre (e com) mulheres e suas famílias. Em outras palavras, desde circunstâncias e instâncias contingentes, tomando um cenário específico da periferia urbana de Porto Alegre/RS, intencionei desacomodar práticas para relativizar certezas e problematizar entendimentos a respeito do que é indicado e esperado como ‘mulheres saudáveis’, os quais contribuem para torná-las responsáveis por gerenciarem ‘famílias saudáveis’. Nos estranhamentos para questionar o que estava dado, tomei determinados rumos, mas sem alimentar a pretensão de produzir conhecimentos para, necessariamente, contrapô-los ao instituído; posicionei-me, sim, para colocar em suspensão nossas práticas de educação e(m) saúde tomadas ‘naturalmente’.

Pensando em caminhos de investigação como possibilidades para movimentar limites e fronteiras não só de assistência à saúde mas também de processos pedagógicos (inclusive de formação profissional) com os quais se entretence a vida, visualizei a APS/ESF como espaço privilegiado que possibilitaria estudar articulações entre cultura¹⁰, conhecimento e poder/saber, as quais estão atravessadas por relações de gênero, na medida em que:

¹⁰ Ao longo deste estudo, face à sua aproximação com o campo dos Estudos Culturais, cultura é compreendida na perspectiva de: “campo de luta e contestação, no qual são produzidos os sentidos e os sujeitos que constituem os diferentes grupos sociais” (OLIVEIRA, 2004, p.1310). Stuart Hall (1997, p.13) aponta [...] “que toda prática social depende e tem relação com o significado: conseqüentemente, que a cultura é uma das condições constitutivas de existência dessa prática, que toda prática social tem uma dimensão cultural. Não que não haja nada além do discurso, mas que toda prática social *tem o seu caráter discursivo*”. Apóio-me, do mesmo modo, em discussão realizada por Costa *et al.* (2003).

[...] educar envolve o conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados ou se transformam em homens e mulheres específicos no âmbito de uma cultura e que esta engloba as práticas de significação lingüística e os sistemas simbólicos através dos quais os significados (que permitem a mulheres e homens conhecer e nomear seus corpos como corpos sexuados e, com isso, entender suas experiências e delimitar modos de ser e de viver) [...] (MEYER, 2004a, p.18).

Nessa linha argumentativa, mais do que uma noção de biologia universal antecedente aos contextos culturais, nossas noções de corpo, de sexos, de sexualidades, de personalidade e de comportamento são produzidas socialmente. Representações e projetos políticos sobre homens e mulheres são diversos e diferem, não apenas entre sociedades e momentos históricos mas também no interior mesmo de uma dada sociedade, ao considerarmos os distintos grupamentos que a compõem.

Gênero se constitui e é alimentado com base em símbolos, normas e instituições que arbitram e definem modelos de feminilidades e masculinidades: quais padrões de comportamentos são ou não aceitáveis para mulheres e homens. Tomado como elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, torna-se uma forma primeira de significar relações de poder (SCOTT, 1995).

Nesse sentido, apoiada em vertentes dos Estudos de Gênero e valendo-me da ideia de que gênero e sexualidade são *modelados*¹¹ nas redes de poder de uma sociedade (LOURO, 2006), afirmo que, através de processos educativos, operados por práticas biopedagógicas em espaços de assistência à saúde, reiteramos, nos corpos de homens e mulheres, inscrições de gênero e sexualidade. Produzidas culturalmente, são inscrições que contribuem para a governamentalidade da vida contemporânea.

No campo de práticas em que estou inserida, para atitudes ‘não saudáveis’ prescrevem-se orientações no imperativo de que sejam ou se tornem adequadas. Essas orientações estão baseadas na lógica dos profissionais de saúde quanto aos padrões de comportamento tomados como ‘certos’, condição que favorece formas de controle sobre indivíduos e populações (OLIVEIRA, 2005) – uma lógica fundamentada em dadas racionalidades, as quais, por seu turno, constituem possibilidades de ver, modos de educação, formação profissional e ações assistenciais.

¹¹ Grafado em itálico porque, à noção de gênero acima referida, articulei problematizações, originariamente pensadas em discussões sobre modelos de atenção em saúde por autores como Ceccim (2005) e Merhy (2012). A ideia de modelagem, enquanto condição que incorpora flexibilidade a processos constitutivos, superaria o entendimento de formato mais rígido que estaria vinculado ao molde.

Se consideradas como *travessias*¹² de sujeitos aos serviços e a noções de *saudável*¹³, as práticas que conformamos (estejam diretamente relacionadas à assistência ou à formação de profissionais para o SUS) pressupõem adoção de certos padrões de comportamento – em outras palavras, uma sujeição a normas que definem o que é e o que não é saúde dentro de um sistema com suas especificidades e embates. Para todas e todos.

As teorizações de Foucault (2008a) sobre os processos de regulação da vida de indivíduos e populações nos assinalam:

[...] a disciplina estabelece os procedimentos do adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, a partir daí, estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes e os outros. Ou seja, é a partir daí que se faz a demarcação entre o normal e o anormal. A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma (FOUCAULT, 2008a, p.75).

Foucault (1979), em suas análises sobre a política de saúde na Europa do século XVIII, igualmente nos chama a atenção para o processo de surgimento da assistência ao bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos essenciais do poder político. Há uma referência importante à maneira como se faz possível elevar o nível de saúde do corpo social em seu conjunto:

Os diversos aparelhos de poder devem se encarregar dos "corpos" não simplesmente para exigir deles o serviço do sangue ou para protegê-los contra os inimigos, não simplesmente para assegurar os castigos ou extorquir as rendas, mas para ajudá-los a garantir sua saúde. O imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral (FOUCAULT, 1979, p.196).

Em perspectiva estabelecida a partir de argumentações foucaultianas, Deborah Lupton (1995) também aponta que discursos sobre saúde e adoecimento servem como rotas pelas quais nós nos entendemos, pensamos, falamos e vivemos nossos corpos. Para além da noção de constrangimento à liberdade de ação individual, o imperativo da saúde chama, convoca e

¹² Coloco o vocábulo em destaque como forma de acentuar o sentido metafórico que atribuo às práticas *saúde*: para além da execução de atos técnicos em si, constituem processos e relações em movimento, trajetórias a serem percorridas com distintos entrecruzamentos.

¹³ Apoio-me na revisão bibliográfica apresentada por Ribeiro (2007), em que uma das concepções teóricas compreende promoção da saúde como conjunto de atividades para transformar o comportamento de indivíduos, enfocando suas práticas de vida, centrado no indivíduo e na família, podendo atingir a comunidade, propondo, assim, mudanças tão somente nos comportamentos danosos à saúde em nível individual e/ou familiar. O vocábulo está em itálico como modo de marcar meu posicionamento sobre o caráter restritivo dessa concepção.

interpela¹⁴ os indivíduos a, voluntariamente, conformarem seus objetivos, promovendo autodisciplina e vigilância sobre seus corpos em nome dos interesses de sua saúde e do viver em coletividades.

Nesse sentido, o entrelaçamento de minhas trajetórias de ensino, estudo e trabalho estimula meu desejo de explorar essa vertente de investigação. Ao longo do processo de definição de minhas questões de pesquisa, foi fundamental considerar o que nos afirma Fischer (2001) sobre o pensamento de Foucault:

[...] o autor ensina aos pesquisadores um modo de investigar não “o que está por trás” dos textos e documentos, nem “o que se queria dizer” com aquilo, mas, sim, descrever quais são as condições de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados (FISCHER, 2001, p.221).

Ainda com base em suas reflexões, destaco que:

[...] um determinado objeto existe sob condições “positivas”, na dinâmica de um feixe de relações, e que há condições de aparecimento histórico de um determinado discurso, relativas às formações não discursivas (instituições, processos sociais e econômicos). Tudo isso pode ser aprendido e descrito a partir dos próprios textos; a partir deles, é possível destacar as regras pelas quais o jogo de relações entre o discursivo e o não discursivo, em uma determinada época, faz aparecer aquele objeto, e não outro, como objeto de poder e saber [...] (FISCHER, 2001, p.221).

Cabe reiterar que assumo o pressuposto de que gênero não constitui uma categoria visível, mas algo que, constituído histórica e socialmente, é ‘aproveitado’ de modo ‘natural’ como parte de estratégias políticas. Isso significa afirmar que há uma matriz de gênero que atravessa e constitui toda a sociedade, em diferentes instâncias, como uma racionalidade que conforma e produz a vida social de modo ‘naturalmente’ generificado. Ainda que gênero, sexualidade e corpo sejam tomados como ‘naturais’ e ‘inatos’, encontram-se envolvidos em redes intensas de vigilância e regulação (MEYER; SOARES, 2004b).

Ao acompanhar atividades de promoção da saúde na APS/ESF, interroguei-me sobre possibilidades de “ser mulher saudável” que estavam sendo acionadas, diariamente, no espaço de um serviço público de assistência à saúde e observei condições nas quais são (re)construídas ações específicas para mulheres. Nesse sentido, a formulação central da investigação, compreendendo o lugar de tese neste estudo, argumenta que a existência de

¹⁴ No contexto deste estudo, interpelar é entendido como o ato de identificação do sujeito no discurso do “outro”, existindo uma constante luta de discursos que pretendem interpelar os sujeitos; estes, ao mesmo tempo que são interpelados por discursos, transformam-nos a partir de suas histórias de vida. Nesse sentido, interpelação é o processo em que se articulam posições de sujeito, rejeitando-se algumas e assumindo-se outras, as quais conferem, provisoriamente, um sentido de pertencimento a determinado grupo social (SILVA; RIBEIRO, 2008).

articulações entre práticas discursivas de duas políticas públicas de saúde efetiva o governmentação generificada de determinadas parcelas da população.

Para desencadear e sustentar a elaboração do *corpus* de pesquisa, foram propostos os seguintes questionamentos:

– Há endereçamento de gênero em ações de educação e promoção de saúde realizadas com famílias que integram as ações da APS/ESF?

– Que efeitos podem ser produzidos pelas práticas pedagógicas com que as articulações discursivas de PS e APS/ESF têm sido efetivadas?

Enunciados envolvendo o imperativo contemporâneo da saúde e seus escrutínios têm sido conjugados por participantes da APS/ESF que desejam, frequentemente, reconhecer-se enquanto sujeitos ativos e saudáveis. Esses escrutínios não impedem, contudo, a emergência de sujeitos que se recusam à regulação e ao disciplinamento esperados na governamentalidade presente – sujeitos que, com sua recusa, além de resistência a discursos do biopoder, também podem desejar assinalar outros modos de criatividade e produtividade para a vida.

Estranhamentos e deslocamentos no campo possibilitaram-me refletir e argumentar que coexistem formas diferenciadas de constituir sujeitos – sobremaneira, mulheres – saudáveis na APS/ESF, resultantes não somente de ações institucionais, frutos de decisões governamentais, mas também de desenhos cotidianos nos quais se entrelaçam subjetividades, práticas discursivas e não discursivas – sujeitos e práticas que se articulam por motivações diversas e em encontros, muitas vezes agonísticos, os quais não se produzem em espaços vazios e na ausência de porosidades. Nesse sentido, é possível dizer que arranjos supostamente estáveis e rotinizados da APS/ESF, nos quais estão fixados e prescritos atitudes, comportamentos e decisões sobre o tornar-se saudável, são multiplicados e rearticulados pelos sujeitos a quem se dirigem.

No capítulo *Noções teóricas para produção de trajeto(s)*, apresento os referenciais com que, situando o problema de pesquisa, procedi às análises dos materiais empíricos do estudo. Partindo de produções teóricas de Foucault sobre norma, governamentalidade, biopoder e biopolíticas, acrescentei reflexões e discussões de autores/as que também o estudam, fundamentando minhas argumentações sobre modos e efeitos com que, através de suas práticas pedagógicas e assistenciais, as políticas públicas de PS/APS/ESF, articuladas, têm produzido noções de mulheres saudáveis em uma comunidade urbana da região sul do país.

Ao realizar o estudo numa comunidade urbana na periferia do sul do Brasil, entendo ser importante deixar claro que não pretendi estabelecer generalizações, mas pensar tais

problematizações desde um contexto potente para articulá-las. Considerada a perspectiva em que a tese está orientada, busquei, de forma semelhante, veicular e discutir outras contribuições de autores/as dos campos que a conformam, os/as quais debatem e atualizam, especialmente à luz do pensamento foucaultiano, questões relativas ao imperativo da Promoção da Saúde nos tempos presentes.

Nesse sentido, pontuo, ainda no capítulo de revisão da literatura, elementos da trajetória de assistência e promoção de saúde no Brasil, privilegiando o recorte temporal marcado pelo estabelecimento do SUS e adoção da APS/ESF como política pública setorial e tecnologia de cuidados. Essa incursão histórica teve como propósito, desde o contexto brasileiro, discutir algumas implicações e desdobramentos em relação às políticas selecionadas para estudo e análise.

O capítulo *Trilhas metodológicas* aponta referenciais e escolhas que integraram a carta de navegação da pesquisa. Posicionando-me como ‘nativa-investigadora’, observei grupos (e fui, igualmente, observada); com os materiais empíricos resultantes do período de observação participante, compus meu diário de campo. Ao eleger determinados caminhos, sustentei-me no entendimento de que sujeitos e conhecimentos são efeitos coemergentes de um processo de pesquisa (PASSOS *et al.*, 2009), sem deixar de reconhecer, explicitamente, a possibilidade de atravessamentos que seriam consequentes ao posicionamento investigativo assumido.

Orientando as análises pela procura por regularidades discursivas (FOUCAULT, 1993), e em aproximações a perspectivas analíticas dos Estudos Culturais e Estudos de Gênero, os materiais foram interrogados para questionar sobre efeitos recíprocos de práticas e enunciados que instituem o imperativo da vida saudável na atualidade.

O exercício de reflexão teórica, análise e discussão sobre essas questões no âmbito da APS/ESF, relacionando-as, em sequência, às práticas biopedagógicas (que produzimos com os sujeitos a quem direcionamos nossas ações de assistência/promoção da saúde e com profissionais que formamos), carregou possibilidades para tensionar olhares e ações, usualmente biologizantes e prescritivos, que, no mais das vezes, estão voltados, sobretudo, às mulheres. Os dados estão apresentados e discutidos nos capítulos *Cenários com arte, cuidados e pratos* e *Articulações biopedagógicas*, nos quais dimensiono, descrevo e contextualizo espaços e momentos do campo em que as observações participantes foram produzidas, pondo em relevo alguns aspectos de discursos biopedagógicos que nos cercam e capturam com promessas de uma existência cuja vitalidade pode (e deve) ser sempre crescente.

Em *Considerações finais (à guisa de conclusão)*, retomo as principais questões de

estudo – que, em seu caráter ‘dialógico’, congregaram aportes de campos teóricos distintos – para, provisoriamente, arrematá-las. Sem desconhecer ou negar a positividade de ações que articulam educação, promoção e assistência à saúde de sujeitos e suas famílias, no encerramento de meu texto, registro a importância de prosseguir para ensaiar novas trajetórias:

Sonho com uma nova era da curiosidade. Temos os meios técnicos; o desejo está aí; as coisas a saber são infinitas; existem as pessoas que podem empreender esse trabalho. De que se sofre? De muito pouco: de canais estreitos, afunilados, quase monopolistas, insuficientes. Não se deve adotar uma atitude protecionista para impedir que a “má” informação invada e sufoque a “boa”. É preciso antes multiplicar os caminhos e as possibilidades de idas e vindas. [...] O que não quer dizer, como se acredita frequentemente, uniformização e nivelamento por baixo. Mas, pelo contrário, diferenciação e simultaneidade de diferentes redes (FOUCAULT, 2013, p.319).

2 NOÇÕES TEÓRICAS PARA A PRODUÇÃO DE TRAJETO(S)

[...] a articulação configuraria um espaço teórico-político relacional de conexões que, por não serem necessárias, ou tampouco definitivas, podem desaparecer ou ser substituídas, em determinados momentos e circunstâncias, pela desarticulação de velhas conexões, ou pela instauração de novas articulações ou rearticulações, tal como salientou Hall [...] (WORTMANN, 2005, p.177).

Para orientar meu processo investigativo, inicio com a ideia, destacada por Wortmann (2005), de articulação como processo de criação de conexões. Sem qualquer pretensão de totalidade, permito-me enlaçar elementos das teorizações de Michel Foucault, dos Estudos Culturais e Feministas e dos referenciais sobre Promoção da Saúde¹⁵, com a intencionalidade de apresentar e discutir algumas noções centrais aos campos já referidos.

Realizo a discussão dos referenciais que sustentam meu projeto recorrendo à imagem de rede, na qual um conjunto de fios, inevitavelmente, acaba por se misturar. Agrupei-os em quatro momentos, a partir da necessidade de examinar, com detalhes, articulações que não envolvem relações simples ou imediatas e que tampouco são naturalmente processadas (WORTMANN, 2005).

Assim – e considerando a centralidade de sua discussão para o estudo –, constituo meu primeiro momento como aquele no qual destaco teorizações de Foucault (2008) a respeito de governamentalidade, biopoder e biopolíticas, elementos centrais na condução da pesquisa e das análises produzidas a partir dos materiais empíricos. Com aportes de autores/as como Petersen e Lupton (1996), Rabinow (2006), Rose (2008; 2013), Walkerdine (2009), Wright (2009), entre outros/as teóricos/as inscritos/as nessa perspectiva, congrego, em sequência, discussões a respeito de biopoder na contemporaneidade e alguns de seus desdobramentos. Concepções sobre gênero, linguagem e família integram, ainda, a segunda parte, compondo suas reflexões, na medida em que se encontram entrelaçadas à abordagem assumida na pesquisa.

¹⁵ Quando referida como área de conhecimento que integra o campo da Saúde Pública, ‘Promoção da Saúde’ está grafada com letras iniciais maiúsculas.

O terceiro momento corresponde à exposição de caráter genealógico – em termos de proveniência, origem – sobre nossos modos de prover assistência, incluindo alguns traços de suas movimentações históricas.

Na condição de quarto conjunto de fios da rede teórica que sustenta a tese, abordo alguns referenciais sobre promoção da saúde, tomando-os como discursos que, por meio de nossas práticas assistenciais e educativas na APS/ESF, direcionam, normatizam e administram certas dimensões da vida cotidiana de famílias, mulheres e homens.

2.1 GOVERNAMENTALIDADE, BIOPODER E BIOPOLÍTICAS: FIOS CENTRAIS EM ARTICULAÇÃO

Ainda que nosso contemporâneo e o recorte histórico, arbitrado pelo estudo sobre a APS/ESF como política pública setorial, mostrem-nos características muito diversas do contexto em que Foucault produziu a noção de governamentalidade, tomo-a diante de sua importância para tensionar, neste tempo presente, processos constitutivos de sujeitos e relações nos espaços de promoção e assistência à saúde dos serviços públicos.

Preocupo-me em fazer referência a essa concepção (assim como aos demais termos incluídos no estudo e provenientes da obra de Foucault) não sob uma égide mecanicista, mas na direção de uma espécie de cuidado intensivo, seja comigo mesma, “seja em relação à integridade e força delas próprias” (REGO; AQUINO, 2012, p.5).

O entendimento trazido por Foucault para governamentalidade contribui para que relacionemos poder não à forma de um objeto natural, e sim como prática social historicamente constituída. Poder assume a condição de algo produtivo, pelo fato de que produz saberes. No campo da saúde, pela ação de discursos – aquilo que dizem e que não dizem – sobre o que significa ser/estar saudável, saberes estão articulados a redes de poder entre profissionais e usuárias/os. Na obra *Segurança, Território, População* (FOUCAULT, 2008), o filósofo-historiador refere-se a essa noção como:

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por

outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes [...] (FOUCAULT, 2008, p.143-144).

Desde sua perspectiva, poder e saber são tomados enquanto processos que se produzem mutuamente, que são interdependentes e, sobremaneira, articulados pelo discurso: “É justamente no discurso que vem a se articular poder e saber” (FOUCAULT, 1993, p.95). Discursos integram uma espécie de jogos instáveis e complexos em que podem, por um lado, ser instrumentos e efeitos de poder e, de outro, constituir pontos de resistência e mesmo partida para uma estratégia de oposição.

Ao nominar poder, Foucault apresenta a seguinte reflexão: “[...] poder não é uma instituição nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados; é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1993, p.89). Sua argumentação nos possibilita pensar, portanto, que o poder não é colocado em movimento como resultado de arranjos políticos ocultos, tampouco emana de alguma origem central, representada pelo Estado. Distribuído de forma difusa entre os espaços e fios que compõem o tecido social, poder desponta como ação sobre ações, elemento capaz de explicar a produção dos saberes e como nos constituímos na articulação entre ambos, o que não tem a pretensão de fixar um conceito, mas, antes, caracterizá-lo numa condição relacional. Considerado como rede produtiva que atravessa todo o corpo social, poder é muito mais do que uma instância de repressão negativa; o que possibilita sua manutenção e aceitação é sua permeabilidade, produtividade, indução ao prazer, formação de saberes e discursos (FOUCAULT, 1979).

Referenciando, igualmente, Foucault, Veiga-Neto (2005) assinala que o conhecimento está articulado ao poder como uma estratégia e que saberes não devem ser tomados como naturalmente/essencialmente humanos, cerebrais. Saberes são construções históricas, operados em práticas discursivas e não discursivas, que produzem verdades, estando relacionados a conjuntos de possibilidades capazes de promover sua instauração. Nesse sentido, subjetividade é construída por discursos, os quais, dispersos no tecido social, configuram formas de pensar, racionalidades, em distintas épocas e lugares. Essa afirmação equivale a dizer que, enquanto entidade natural, sujeitos não preexistem ao mundo social. São práticas discursivas e não discursivas que, descritas e problematizadas, “[...] poderão revelar quem é esse sujeito, como ele chegou a ser o que dizemos que ele é e como se engendrou historicamente tudo isso que dizemos dele” (VEIGA-NETO, 2005, p.138).

Tematizando poder, não para criar uma teoria de poder, mas para desconstruir a posição ingênua de que o saber se constitui de forma independente, Foucault mostra-nos que

ocupamos posições em que exercemos poder e outras em que recebemos suas ações; alguns dentre nós, com mais intensidade do que outros. Cabe, por isso, desde esse posicionamento, argumentar que poder não se concentra em um único lugar, podendo estar estabelecido em diferentes formas e articulações.

Ao ser exercido sobre a vida, o poder assume a forma proposta por Foucault (1999) como biopoder. Trata-se, assim, de um poder que se dirige à multiplicidade dos homens, multiplicidade afetada por processos da vida como nascimento, crescimento, envelhecimento, morte, saúde, doença e seu meio de existência. Biopoder incumbe-se da vida em sentido lato: com o corpo físico de cada sujeito e, simultaneamente, com a população. Há existências a serem protegidas, cultivadas, garantidas, não apenas em termos individuais por meio de tecnologias disciplinares¹⁶, mas que dizem respeito ao conjunto da população.

Forma de expressão do biopoder, configurada no final do século XVIII, a biopolítica faz-se em direção ao homem-espécie (FOUCAULT, 1999). Os processos de coordenação dos cuidados com a vida, centralização de informações, medidas de higiene, reprodução, condições de morbimortalidade, medicalização, envelhecimento, entre outros, consubstanciam essa tecnologia de poder que não exclui as técnicas disciplinares, mas que se articula a essas últimas. Dito de outro modo, processos biopolíticos compõem os campos de intervenção para estratégias de biopoder – as quais regulam a vida das populações em seus territórios.

Relacionando governamentalidade, educação e saúde em nosso contemporâneo, penso em mecanismos que permanecem, igualmente, agindo sobre características vitais da existência humana. Na ideia de que “tudo isso se combina em poderosos processos de subjetivação” (VEIGA-NETO; TRAVERSINI, 2009, p.16), problematizo ações cotidianamente materializadas pela APS/ESF enquanto exercício de um tipo de poder cujo alvo é a população.

2.2 BIOPODER CONTEMPORÂNEO, GÊNERO, FAMÍLIA E ALGUNS DESDOBRAMENTOS

Rabinow e Rose (2006), em artigo intitulado *O conceito de biopoder hoje*, tendo por base a produção de Foucault realizada há mais de três décadas, registram que a noção de

¹⁶ Conforme Arán e Peixoto (2007), na perspectiva de Foucault, tecnologias disciplinares podem ser compreendidas como conjuntos de técnicas centradas no corpo individual, caracterizadas por procedimentos que asseguram a sua distribuição espacial e a organização de sua visibilidade; são técnicas de racionalização e de economia destinadas a aumentar a força útil dos corpos.

biopoder põe à mostra o conjunto de tentativas mais ou menos racionalizadas de intervir sobre características da vida de populações. Considerando a importância analítica dessas teorizações, sublinham ainda:

[...] E, enquanto Foucault é de algum modo impreciso em seu uso dos termos no campo do biopoder, podemos usar o termo ‘biopolítica’ para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes (RABINOW; ROSE, 2006, p.24).

Para esses autores, o biopoder designaria um “plano de atualidade” (ROSE; RABINOW, 2006, p.29), o qual deve combinar, minimamente: *formas de discurso de verdade sobre os seres vivos* (relacionadas, por sua vez, a um conjunto de autoridades consideradas competentes para professá-las), hibridizando estilos de pensamento biológico, demográfico e sociológico – hibridização exemplificada nas relações contemporâneas entre genômica e risco, unificadas pela nova linguagem de suscetibilidade; *estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte*, que poderiam estar ou não territorializadas como nação, sociedade ou comunidades pré-dadas, “mas que também poderiam ser especificadas em termos de coletividades biosociais emergentes” (ROSE; RABINOW, 2006, p.29) – dentre essas últimas, gênero poderia ser tomado como uma de suas categorias; *modos de subjetivação em que os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios*, sob certas formas de autoridade, em nome da vida ou da saúde individual, de suas famílias ou outras coletividades.

Suas discussões apontam que as racionalidades, estratégias e tecnologias do biopoder mudaram ao longo do século XX. Ainda que a administração da saúde e da vida coletiva se mantenha objetivo-chave de Estados governamentalizados, novas verdades, poderes e subjetividades têm sido produzidos para dar suporte às racionalidades contemporâneas de saúde, bem-estar, higiene e segurança. Seria equivocado, nessa compreensão, projetar a analítica de Foucault – pura e simplesmente – à moda de guia futuro sobre nosso contexto presente e suas possibilidades.

Nesse entendimento, retomo a ideia a partir da qual tem se produzido distintas possibilidades de ser saudável para famílias (e, especialmente, para mulheres) integrantes da APS/ESF. Instaurando e veiculando verdades, em suas práticas discursivas e não discursivas, arbitram-se comportamentos, condutas e desejos que incorporamos. Compreendidos como práticas que, através da linguagem, supostamente, descrevem um real pré-existente, os

discursos da Saúde Pública e, conseqüentemente, da APS/ESF, estão, de fato, implicados com a produção desse real e de seus sujeitos (OLIVEIRA, 2004).

Ao considerar que somos modelados/as por e em um mundo de normas e sentidos atribuídos pela linguagem e que nele nos movimentamos, assumi uma pluralidade de sentidos para o que tem sido estabelecido como “mulher saudável” e intentei explorar caminhos pelos quais saberes e práticas de promoção da saúde têm sido desenvolvidos e articulados na APS/ESF em direção às mulheres que a integram. É oportuno destacar que, desde essa perspectiva, como nos mostra Silveira (2002), nenhuma linguagem é neutra, nenhuma linguagem ‘brota da natureza’, mas é constituída, torna-se marcada, por contingências pragmáticas, por práticas de sujeitos que a criam e recriam continuamente. Em certa medida, podemos identificar poderes móveis dos grupos que nela imprimem suas visões. Como nos lembram Garbin e Camozzato (2010), há sentidos e significados, permanentemente em disputa, que, ao subsidiar o movimento dos sujeitos no mundo, constroem e posicionam esses mesmos sujeitos.

Nessa linha argumentativa, gênero converge à articulação do tema da tese. Buscando afastar-se de proposições essencialistas, Louro afirma que gênero é algo inexistente *a priori*, mas é social e historicamente construído: “os gêneros se produzem, portanto, nas e pelas relações de poder” (LOURO, 2010, p.41). Ao falar do rompimento da lógica binária feminino-masculino, a teórica aproxima produções feministas e pós-estruturalistas, mesmo com suas zonas de discordância. Ela afirma que, na desconstrução daquela oposição, abrem-se possibilidades de compreensão e inclusão para diferentes formas de feminilidade e masculinidade socialmente constituídas. Em outras palavras, as várias formas de gênero e sexualidade, em sua interdependência, afetam-se entre si.

Em seu texto *Pedagogias da Sexualidade*, Louro (1999) discute a noção de pedagogias de gênero, referindo que nossas práticas e linguagens constituem-nos como sujeitos femininos e masculinos e produzem comportamentos ou modos de ser; são marcas identitárias que parecem estar gravadas em nossas histórias pessoais. Diferentes instâncias sociais – família, escola, mídia, lei, igreja, serviços de saúde – efetivam a produção dessas marcas, articulando pedagogias que reiteram algumas formas de feminilidades e masculinidades, enquanto subordinam, recusam e negam outras que possam ser divergentes, alternativas, contraditórias. No entanto, o processo plural e permanente em nossa produção como sujeitos não nos constitui tão somente na posição de simples receptores, atingidos por externalidade e manipulações estratégicas alheias. Ainda que nem sempre consciente ou evidentemente, nós próprios/as, para além de sujeitos assujeitados/as, estabelecemos investimentos continuados e

produtivos nas determinações de nossas possibilidades de viver o gênero. Ao falar de formas e instâncias em que aprendemos nossos discursos, a teórica afirma:

Se as múltiplas instâncias sociais, entre elas a escola, exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero e colocam em ação várias tecnologias de governo, esses processos prosseguem e se completam através de tecnologias de autodisciplinamento e autogoverno que os sujeitos exercem sobre si mesmos [...] (LOURO, 1999, p.25).

Isso equivale a sustentar que, ao longo de nossas vidas, constituímos nossos gêneros de muitos modos e que nossas formas corporais de viver desejos e prazeres são sugeridas, anunciadas e reguladas socialmente, o que os torna uma questão política.

Linda Nicholson (2000) sugere pensarmos o sentido de “mulher” como um projeto político de procura e encontro, não de pressuposições. Em suas reflexões, chama-nos a atenção para um ponto importante: há um ato político quando articulamos o sentido de uma palavra em contextos de ambiguidade, nos quais diferentes consequências são produzidas em distintas articulações. Qualquer proposta de articulação de sentidos é mais do que um ato meramente descritivo e, se considerarmos uma palavra tão emocionalmente carregada quanto “mulher”, representa uma tarefa contínua e que deve ser vista como intervenção política. Isso implica, necessariamente, um esforço coletivo a ser feito por muitos/as e em constante diálogo, no qual o corpo não desaparece, mas se torna uma variável historicamente específica, cujo significado e importância são reconhecidos de modos diversos em contextos históricos distintos. As argumentações de Nicholson destacam que a sociedade forma não apenas personalidades e comportamentos mas também maneiras como os corpos aparecem. Em sua abordagem, a autora defende que a população humana difere, dentro de si mesma, não só em termos de expectativas sociais sobre pensamentos, sentimentos e ações; há diferenças ligadas a formas variadas como entendemos os corpos.

Compreendido como referência recorrente com a qual se concebe, legítima e crítica o poder político, gênero também estabelece significados à oposição homem/mulher (SCOTT, 1995). Algumas estudiosas feministas têm utilizado o conceito de gênero para enfatizar que a sociedade forma, além de nossas personalidades e comportamentos, as maneiras como nossos corpos e nossos sexos aparecem. Seus estudos tensionam proposições de que o corpo seria uma base biológica universal em que agiriam o social e o cultural, e propõem teorizá-lo como produto e efeito de relações de poder (MEYER, 2004; MEYER; SOARES, 2004).

Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2004, p.1310) apontam que gênero “extrapola a discussão de papéis e funções de mulher e de homem, englobando todas as formas de

construção social, cultural e lingüística imbricadas nos processos que diferenciam mulheres de homens”. São problematizadas tanto noções de uma essência, remetendo a modos universais de ser e de sentir feminilidades e masculinidades, quanto compreensões biologicistas de corpo, de sexo e de sexualidade. Não é negada a existência de diferenças entre os corpos sexuados, ainda que ressaltada a produção cultural de significados para essas diferenças, os quais, conseqüentemente, as posicionam dentro de relações hierárquicas.

Contrapondo argumentações de que homens e mulheres são biologicamente distintos e que as relações entre ambos decorrem dessa condição, as quais servem para compreender e justificar desigualdades sociais, os referenciais produzidos por Judith Butler (1999) sobre gênero também contribuíram com questionamentos e análises desenvolvidas ao longo do estudo. Problematizando sexo e gênero enquanto discursiva e culturalmente conformados, a autora destaca que a construção do sexo não pode mais ser tomada como um dado corporal sobre o qual, artificialmente, impõe-se o gênero. Butler (1999), citando Foucault, assinala que o sexo é compreendido como norma cultural que governa a materialização dos corpos, enquanto Sara Salih (2012) propõe que sujeitos não preexistem metafisicamente, mas em permanente devir, compreendendo-os como *sujeitos-em-processo*, construídos discursivamente pelos atos que realizam.

Nesse sentido, e considerando o percurso teórico efetivado pelo estudo, penso ser oportuno e produtivo relacionar referenciais sobre família e promoção da saúde às noções já apresentadas. Se compreendida como resultado de uma tomada de decisão racional quanto a atitudes e hábitos pessoais, em que conhecimentos estão diretamente vinculados a mudanças de comportamentos, Promoção da Saúde tem enfrentado grandes desafios (OLIVEIRA, 2005). Na contemporaneidade, tal lógica, quando aplicada a políticas públicas de saúde, pressupõe que, através do ensino sobre quais comportamentos são adequados, manteremos um ‘natural e original’ estado de saúde em todos nós, porque estaremos capacitados e em condições de fazer escolhas saudáveis. Nessa abordagem, saúde é vista, predominantemente, como uma questão de responsabilidade pessoal e uma indicação do ‘bom’ uso da autonomia individual. Privilegia-se um corpo que é contido/coibido, que está sob o controle da vontade (LUPTON, 2000).

Rose (2011) assinala que gerenciar doenças crônicas e a morte, administrar a reprodução, avaliar e governar riscos de adoecimento, bem como promover e manter o corpo sadio têm se tornado central para muitos sujeitos e famílias. Gastaldo (1997), por sua vez, identifica que biopolítica, como “polo de biopoder” (p.150), emprega controles e intervenções reguladores para manejar populações, destacando que os processos biológicos gerados por

grupos populacionais estão diretamente ligados a questões econômicas e sociais. As políticas sociais são, no entendimento da teórica, estratégias visíveis para lidar com dinâmicas coletivas relacionadas à vida e à saúde das populações, constituindo locus importante ao exercício de um poder normalizador e disciplinador.

2.2.1 Que Família é Esta da qual se Fala?

No âmbito do recorte biopolítico em estudo e pelo caráter com que se afirma a sua presença no atendimento à saúde, integrando denominações técnicas e arcabouços legais, é necessário discutir o que está sendo tomado pelo termo “família”. Para fazê-lo, referencio o pensamento de que, “[...] diante de referências culturais e sociais diversas, a análise da família exige um esforço de estranhamento, nem sempre fácil, sobretudo, porque tendemos a confundir família com a ‘nossa’ família” (SARTI, 2004, p.11).

Assumida por mim como biopolítica governamental e recorte temático sobre o qual se estabeleceu a pesquisa, a APS/ESF, por intermédio de ações de assistência e promoção da saúde, sinaliza uma racionalidade pautada pelo governo das famílias a quem se dirige. Vitalizadas por discursos assistenciais e de promoção da saúde – conjugados por pedagogias de gênero e elementos tecnológicos contemporâneos –, táticas de governamentalidade vigentes no século XXI têm sido acionadas e realizadas na APS/ESF, e suas modalidades estão cada vez mais próximas de discursos homogeneizantes sobre autonomia e liberdade regulada.

Posicionada como local de proteção e cuidado por excelência, a noção de família nuclear que hoje conhecemos – e que nos parece ‘absolutamente natural’ – se instaura, especialmente, a partir da metade do século XVIII (FOUCAULT, 1979; ARIÈS, 2006). É quando a família “deixou de ser apenas uma instituição do direito privado para a transmissão dos bens e do nome, e assumiu uma função moral e espiritual, passando a formar os corpos e as almas” (ARIÈS, 2006, p.194).

Foucault (1979; 1993; 2008) nos mostra que, desde então, a família tem sido apoio fundamental para governar a sociedade, aparecendo como elemento interno à população:

[...] segmento privilegiado, na medida em que, quando se quiser obter alguma coisa da população – quanto aos comportamentos sexuais, à demografia, ao consumo, etc. – é pela família que se deverá passar. De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o governo da população e não modelo quimérico para o bom governo. Este deslocamento da família do nível de modelo para o nível de instrumentalização me parece absolutamente fundamental, e é a

partir da metade do século XVIII que a família aparece nesta dimensão instrumental em relação à população, como demonstram as campanhas contra a mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as campanhas de vacinação, etc. [...] (FOUCAULT, 1979, p.289).

Produzida por Claude Lévi-Strauss¹⁷ entre os anos 1940 e 1950, uma reconfiguração epistemológica (FONSECA, 2004; SARTI, 2004) sobre concepções de sistemas de parentesco, consanguinidade e família trouxe o “consenso de que a proximidade genealógica é apenas um e nem sempre o mais importante dos critérios usados para calcular pertencimento ao grupo ‘primário’” (FONSECA, 2004, p.29). Desde essas mudanças, igualmente têm sido misturadas vida conjugal e filiação, correspondendo à noção de família uma rede de relações intersubjetivas:

O quadro teórico no qual se desenvolveu o pensamento de Lévi-Strauss, desmontando definitivamente a identificação entre família e unidade biológica, marcando-lhe o caráter cultural, na mesma lógica de relações em que se move a sociedade, permite pensar o lugar privado do mundo familiar como construção cultural, abrindo caminho para desconstruir esse lugar “privado” como ideologia, ao desnaturalizar a família e romper com o etnocentrismo de nossa visão sobre a família [...] (SARTI, 2005, p.50).

Ao salientar que família não se define por indivíduos unidos em laços biológicos, mas que o recurso à ordem da natureza para pensar fatos humanos remete à dissociação entre biologia e cultura, como se os corpos biológicos possuíssem existência independente das condições culturais em que se inscrevem e pelas quais estão inscritos, Sarti (2004) assinala que, tomando o conjunto familiar como unidade de atendimento (caso da APS/ESF), grande parte das ‘intervenções’ efetivadas por políticas públicas se estabelece a partir de uma concepção idealizada de família e da tendência profissional de atribuir valor a saberes exclusivamente técnicos.

A ‘naturalização’ de relações familiares e sua enunciação como modelo de organização social tornam a família um espaço fértil para discursos normalizadores, nos quais os ‘deveres familiares’ a serem seguidos/cumpridos são o polo positivo da norma; todo e qualquer não cumprimento de ‘dever’ acaba por configurar desvio, anormalidade ou, ainda, patologia. Indicando-nos que não há uma única possibilidade para a noção de família – tampouco a concepção daquela que seria ‘a certa e adequada’ –, a pluralidade de arranjos familiares existentes sinaliza a importância de não posicionar como ‘anormais’ e ‘desestruturados’ aqueles que não correspondam à versão ‘tradicional’ de ‘pai, mãe e filhos’.

¹⁷ Para discussões mais aprofundadas a esse respeito, vide Lévi-Strauss (1983).

Em discussão recente sobre noções de família em políticas de ‘inclusão social’ no contemporâneo de nosso país, Meyer, Klein e Fernandes (2012) argumentam que:

[...] as noções de família incorporadas aos programas brasileiros de inclusão social e, sobretudo, aquelas que estão implícitas ou explícitas nos documentos norteadores dos organismos internacionais continuam tomando como referência uma matriz de organização social e familiar das sociedades ocidentais industriais e pós-industriais, a qual é insuficiente para dar conta da enorme variabilidade de configurações familiares possíveis. E essa variabilidade histórica, social e cultural desafia qualquer conceito geral de família. Ao mesmo tempo, “a generalização do termo família [...] termina por ocultar as diferenças nas relações entre a reprodução e as demais esferas da vida social” [...] (MEYER; KLEIN; FERNANDES, 2012, p.447).

Em sentido amplo, políticas públicas formulam práticas que, com suas formas de normatização e administração de certas dimensões da vida cotidiana, produzem, reforçam, (re)atualizam compreensões idealizadas de família, maternidade, paternidade, infância, envelhecimento, entre outras, como parte do instrumental para melhor operar sobre seus sujeitos, e isso contribui para sustentar desigualdades. A questão de gênero está inextricavelmente associada a qualquer política pública que se pronuncia direcionada à família (SCOTT, 2005). Em se tratando de Saúde da Família (SF), como em tantas aplicações específicas de políticas, menções à equidade ou às relações de poder entre homens e mulheres quase não existem.

Então, ancorada na ideia de que educar envolve o conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados e se transformam em homens e mulheres específicos no âmbito de uma cultura (MEYER *et al.*, 2004c), é possível relacionar práticas e conhecimentos assumidos na ESF como estratégias que incorporam e veiculam representações hegemônicas do que deve constituir uma família com sujeitos saudáveis no âmbito da APS.

Na medida em que mulheres têm sido reiteradamente chamadas às responsabilidades de ‘gestoras’ em suas famílias, frente a condições e escolhas em estarem saudáveis ou não, é viável pensar que transitamos entre traços de focalização da APS/ESF – para tratar condições agudas diretamente relacionadas à pobreza em segmentos populacionais específicos – e processos de autogovernamento, a que se referem Petersen e Lupton (1996).

Segundo tais autores, processos de autogovernamento implicam demonstrarmos capacidade de autocontrole sobre o corpo e suas emoções, tomando parte em práticas de autocuidado. Saúde é compreendida como uma posse volátil, algo que demanda trabalho sobre si e sobre o próprio corpo. Ao denotarmos capacidade de autocontrole sobre nossos corpos e suas emoções, subjetivamo-nos como cidadãos/ãs responsáveis e governáveis.

Nas práticas de Saúde Pública (detentora de *status* privilegiado ao prover ‘verdades’ sobre práticas de promoção da saúde), o bem estar individual/pessoal não tem como estar dissociado do público. Conquanto os discursos predominantemente vigentes nas sociedades ocidentais contemporâneas nos tragam a vida privada como instância inviolável, apresentando-nos que temos liberdade de escolha para comportamentos de promoção da saúde, podemos problematizar essa proposição ao discutir que nossas opções e práticas são sugeridas e, em certa medida, ‘impostas’ por contextos sociopolítico-culturais mais amplos. Nossos comportamentos são mediados por diversos aspectos, além de nossa possível autonomia para escolha (LUPTON, 1995; PETERSEN; LUPTON, 1996; GASTALDO, 1997; CASTIEL, 2007; 2013).

Desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam nos processos de adoecimento e morte de populações e de cada pessoa sob formas diferenciadas. Os indicadores de saúde apontam que populações expostas a condições precárias de vida são mais suscetíveis a adoecimento e vivem menos (BRASIL, 2009b). É possível dizer que mulheres e homens, em função da organização social – marcada por relações de gênero –, também se encontram expostos a padrões distintos de saúde, sofrimentos, adoecimentos e morte; a dinâmica desses processos envolve disputas em torno de materialidades – disputas que são, inegavelmente, políticas (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Nos últimos anos, políticas públicas brasileiras têm buscado assumir compreensões de gênero como um de seus eixos orientadores em suas propostas, com vistas à superação das desigualdades. Coordenada pela Secretaria de Políticas para Mulheres¹⁸, a constituição de Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (BRASIL, 2012b), incorporando questões de saúde – de forma destacada, em suas diretrizes conceituais –, poderia ser entendida como efeito de discursos que apontam tal orientação.

Ainda que, ao longo do tempo, tenha havido agregação conceitual no âmbito dos serviços – manifesta na ampliação de assistência ofertada às mulheres –, essa reorientação não necessariamente tem implicado modificações em perspectivas com que mulheres e homens são incorporados às práticas de saúde (SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005; VILLELA;

¹⁸ Órgão diretamente vinculado à Presidência da República, com *status* de Ministério; nos termos da Lei Federal 12.462, que trata da Organização da Presidência da República e dos Ministérios, datada de 04 de agosto de 2011, capítulo II, seção I, consta a seguinte redação: “Art. 1º – A Presidência da República é constituída, essencialmente: I - pela Casa Civil; II - pela Secretaria-Geral; III - pela Secretaria de Relações Institucionais; IV - pela Secretaria de Comunicação Social; V - pelo Gabinete Pessoal; VI - pelo Gabinete de Segurança Institucional; VII - pela Secretaria de Assuntos Estratégicos; VIII - pela Secretaria de Políticas para as Mulheres; IX - pela Secretaria de Direitos Humanos; X - pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; XI - pela Secretaria de Portos; e XII - pela Secretaria de Aviação Civil” (BRASIL, 2011a).

MONTEIRO, 2005; COUTO *et al.*, 2010; MEYER; KLEIN; FERNANDES, 2012). O avanço da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV – *Human Immunodeficiency Virus*) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) entre mulheres, gravidez entre jovens com menos de vinte anos, ou mesmo invisibilidade da violência doméstica para os serviços de saúde (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013) são alguns exemplos de que gênero e sexualidade trazem dimensões que o trabalho em saúde ainda não consegue abordar. Como sugerem Couto *et al.*, (2010, p.257), há produção de “iniquidades sociais (re)produzidas pelas desigualdades de gênero existentes no imaginário social e nos serviços de saúde”.

Usualmente, as práticas institucionais para promoção da saúde tão somente enfatizam e atualizam a centralidade das mulheres em implementar ações de cuidado consigo mesmas e com todos os seus familiares (KLEIN, 2010). Em embates – por vezes, explícitos e ruidosos; noutras circunstâncias, invisíveis e silenciosos –, adesões e resistências são produzidas por e circulam entre instrumentalizações e informações institucionais que se propõem a garantir competência no cuidado de vidas e famílias.

Com o propósito de discutir aspectos relevantes sobre políticas públicas de assistência e promoção da saúde no contexto brasileiro atual, problematizando-os em relação aos referenciais expostos, elaboro o recorte constituído pela APS/ESF dentro desse cenário e passo à sua caracterização.

2.3 MODOS PARA PROVER ASSISTÊNCIA E PROMOVER SAÚDE

No processo de produção escrita de meu estudo, e em virtude de minha origem institucional, chamo a atenção para um aspecto que comporta esclarecimento: no Brasil, em âmbito governamental, a APS é denominada Atenção Básica (AB), a partir da divisão estabelecida no arcabouço jurídico do SUS entre os níveis de complexidade dos cuidados em saúde.

Não há dados suficientes que permitam precisar o motivo pelo qual o MS, na contracorrente internacional, teria assumido a denominação “Atenção Básica” em vez de “Atenção Primária à Saúde”. Índícios sugerem que essa opção estaria envolvida na conformação de um discurso que pretende marcar o distanciamento das premissas ministeriais em relação a políticas de organismos como o Banco Mundial, por exemplo, para o campo da Saúde (MELLO *et al.*, 2009).

Ainda que ‘Atenção Primária’, ‘Atenção Básica’, ‘Atenção Primária à Saúde’ – para referir apenas três expressões mais frequentes – sejam comumente intercambiadas como sinônimos, há uma intensa discussão teórica acerca da terminologia adequada para designar o primeiro nível de atenção à saúde (CONILL, 2008; MELLO *et al.*, 2009). Segundo Mendes (2005):

Nós ainda decodificamos a atenção primária à saúde como programa para pobres, o que resulta da concepção piramidal do SUS que passa a idéia de que a atenção básica é o menos complexo num sistema de saúde. O que é conceitualmente equivocado, porque o mais complexo num sistema de saúde é a atenção primária à saúde. No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa a concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da APS, o do primeiro contacto. Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente e etc.[...] (MENDES, 2005, p.219).

Nesta tese, faço a escolha pelo uso da denominação APS, não pelo fato de essa última ser mais frequentemente utilizada no cotidiano do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), mas por assumir a possibilidade de que:

Esta oscilação terminológica, sugestiva de uma disputa ideológica, deve considerar uma terceira expressão, a “Atenção Primária à Saúde” (APS), referente a “Primary Health Care” (PHC) na língua inglesa. Cunhada para a Conferência de Alma-Ata¹⁹ (ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE, 1978) e menos presente nos documentos oficiais brasileiros, **é provavelmente a expressão que se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo comunitário da Estratégia de Saúde da Família [...]** (MELLO *et al.*, 2009, p.205) [grifos meus].

¹⁹ Trata-se da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em setembro de 1978 na cidade de Alma Ata, república do Cazaquistão, antiga União Soviética. Frente à necessidade de enfrentamento de situações determinadas pelo crescimento de periferias urbanas diante da conjuntura de crise econômica e do modo de acumulação instalados nos países centrais a partir dos anos 1970 (CONILL, 2008), ocorre a (re)emergência de propostas em APS em contraposição ao modelo curativo de crescente complexidade, alto custo e baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2012). O conceito de APS destacou elementos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estava empenhada em difundir naquele momento: integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Em revisão de diferentes experiências em distintos países, Conill (2008) formulou a hipótese de articulação teórica da APS como resposta a necessidades de ordem econômica, política e social (medidas de racionalização de práticas), mas, igualmente, constituída por demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais desses contextos (mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social).

No entendimento de que modelos de atenção expressam as formas com que se constituem os conjuntos de ações assistenciais e de promoção da saúde para as populações de países, e desde a perspectiva dos aportes teóricos que sustentam minhas argumentações, compreendo que relações institucionais são exercidas em redes nas quais o poder está difundido. Nesse sentido, processos de organização de ações e serviços de saúde em uma sociedade, tomados aqui como produções inequivocamente sociais, não acontecem no ar e implicam, por isso, exercícios de poder. Em outras palavras, práticas profissionais ocorrem articuladas a um corpo de idéias, a um conjunto de ações coordenadas, que configuram determinados processos de trabalho em saúde, mediados pelas formas com que serviços são organizados, geridos e financiados (GIL, 2006).

O arcabouço legal que hoje conforma o SUS traz a estruturação hierárquica do sistema por níveis de complexidade como um de seus pilares. Importa denotar que o MS assume modelos de atenção à saúde como:

Um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em Saúde. O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, onde qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de Saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS (BRASIL, 2009a, p.214).

Isso significa afirmar que, já do ponto de vista da legislação, o modelo de atenção à saúde do SUS está constituído por estratos de complexidades distintas entre os serviços, os quais têm sido denominados atenção básica, secundária e terciária²⁰. Há uma estratificação que hierarquiza, subordina e estabelece valorações diferenciadas a ações e serviços de saúde conforme tipos de insumos, técnicas e equipamentos envolvidos na produção de cada um dos níveis de atenção.

Com vistas a operar condições que promovam, protejam, e recuperem a saúde da população, a atual conformação do MS congrega sete secretarias²¹ responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas setoriais (BRASIL, 2012a). Entre elas, está a Secretaria de

²⁰ Os níveis de atenção secundária e terciária também podem referidos como de média e alta complexidade, a partir da densidade tecnológica de equipamentos e insumos incorporados às ações e serviços (BRASIL, 2012a).

²¹ São elas: Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Secretaria Executiva; Secretaria Especial de Saúde Indígena; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Secretaria de Vigilância em Saúde; e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2015).

Atenção à Saúde (SAS), investida da atribuição de formular e coordenar as políticas para o que se denomina, respectivamente, atenção básica e especializada no país, observando os princípios²² do Sistema Único de Saúde (SUS).

Integrando as chamadas áreas/departamentos da SAS, encontramos o Departamento de Atenção Básica (DAB), ao qual compete, conforme o desenho da estrutura ministerial:

Definir e rever periodicamente, de forma pactuada, com as entidades representantes dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, observando os princípios e diretrizes do SUS [...], implantação de políticas e [...] programas estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde, ressaltamos os de maior relevo: Estratégia Saúde da Família (que compõe a Política Nacional de Atenção Básica); Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal); Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar); Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB); Programa Telessaúde Brasil Redes; Equipes de Consultórios na Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF). Tem também responsabilidade direta de grande parte das ações do Programa Brasil Carinhoso e da organização e implementação das Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas [...] (BRASIL, 2015a).

Desse modo, institucionalmente, a concepção de Saúde da Família está inserida no DAB e categorizada como ação de atendimento básico. A diretriz conceitual estabelecida pelo discurso ministerial refere que a ESF

[...] visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2015a).

²² Universalidade, integralidade, equidade e controle social são princípios e diretrizes constitucionais que conformam o SUS. Em termos gerais, podemos conceituá-los como segue (BRASIL, 2009a; 2011b):

- a) **Universalidade:** princípio previsto na Constituição Federal de 1988; significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
- b) **Integralidade:** princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social), e não num recorte de ações ou enfermidades.
- c) **Equidade:** o sistema deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um; o que determina o tipo de atendimento é a diversidade do problema de cada usuário.
- d) **Controle social:** mecanismo institucionalizado pelo qual se procura garantir a participação da população, com representatividade, no âmbito da Saúde; prioritariamente, ele é realizado através dos Conselhos de Saúde, mas se dá em muitas outras instâncias.

A Saúde da Família pode ser compreendida, assim, como estratégia discursiva principal para mudança de modelo de atenção, sendo destacada sua importância desde a perspectiva econômica de reorganização do sistema, condição enunciada pelos termos “relação custo-efetividade”. É possível argumentar que o fortalecimento do discurso da APS/ESF está inextricavelmente associado a questões relativas à economia da saúde, sendo enunciado por especialistas que instam à necessidade de mudanças:

A reforma da atenção à saúde caracteriza quase todos os países, mesmo aqueles com sistemas de saúde estáveis há décadas. Uma grande parte do ímpeto para a reforma origina-se dos custos sempre crescentes da atenção, decorrentes do envelhecimento da população, melhor sobrevivência de doentes crônicos como resultado de tratamentos médicos aprimorados, e o crescente papel de tecnologias caras no diagnóstico e manejo da doença. Poucos países podem absorver os custos crescentes sem uma séria consideração de alternativas. Devido às preocupações compartilhadas entre os países e a centralidade da atenção primária dentro deles, há uma convergência de interesses sobre a natureza da atenção primária e seu papel dentro dos sistemas de saúde. (STARFIELD, 2002, p.9).

2.4 TRAÇOS DE MOVIMENTAÇÕES HISTÓRICAS NOS MODOS DE PROVER ASSISTÊNCIA

Na intenção de articular a APS/ESF às discussões teóricas a respeito de biopoder, biopolíticas, governamentalidade, gênero e elementos contextuais dos modos contemporâneos de promoção da saúde, proponho, agora, um recuo histórico para mapear alguns pontos do processo constitutivo das políticas de saúde brasileiras no século XX. Em vez de apresentar uma análise histórica do conjunto das políticas setoriais ou do SUS, os apontamentos que seguem objetivam mostrar algumas condições e conjunturas que têm engendrado práticas discursivas e não discursivas no cotidiano dos serviços públicos assistenciais.

Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória (2007), painel produzido por Telma Maria Gonçalves Menicucci a partir de sua tese de doutorado sobre o sistema dual de assistência à saúde existente no país, sistematiza um amplo conjunto de informações que auxiliam a empreender o percurso. Suas discussões instigantes contribuem, sobremaneira, à análise dos materiais empiricamente produzidos.

Destaco a condição, apresentada pela autora, de nossas formas históricas de desenvolvimento da assistência à saúde terem sido primordialmente efetivadas pela inclusão corporativa de trabalhadores inseridos no mercado de trabalho urbano. Em suas origens, a assistência à saúde individual como política pública integrou o processo de montagem e

desenvolvimento da Previdência Social²³, realizado a partir de 1930. No entendimento da teórica, resultante de ação estatal concentrada para a constituição de um sistema previdenciário destinado a categorias de trabalhadores politicamente mais organizados, a política de assistência à saúde foi produzida como um “benefício meritocrático” vinculado ao contrato de trabalho formal. Em outros termos, inicialmente, a assistência à saúde no Brasil não se constituiu como um bem público a que toda a população teria direito, mas com as características de um seguro, dada a obrigatoriedade de contribuição previdenciária para se obter acesso aos serviços. Tal forma histórica de produção da assistência à saúde estimulou a particularização de demandas corporativas, especialmente, em categorias de trabalhadores com maior poder de mobilização e negociação no sistema econômico.

Cabe, nessa direção, dialogar com a obra de Vasconcelos (1999), *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*, quando o autor menciona o esvaziamento que se estabelece, sobretudo a partir dos anos 1930, nas ações de caráter coletivo e de educação em saúde. De uma centralidade assumida no início do século XX, motivada pela necessidade de controle de doenças relacionadas à enorme expansão urbana do período²⁴, as ações de cuidado e de educação em saúde restringiram-se “a programas e serviços destinados a populações à margem do jogo político central, continuando a priorizar o combate das doenças infecciosas e parasitárias” (1999, p.26). Houve, no entanto, naquela ocasião, a expansão de algumas ações e serviços que foram organizados através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) – fato relacionado à conjuntura histórica específica da Segunda Guerra, quando era necessária a extração de borracha, minério de ferro e manganês brasileiros para suprimento aos países aliados.

Por não ocorrerem em cenários vazios, mas relacionados a movimentos históricos e políticos, ações e serviços decorrentes desses novos arranjos implicaram novas formas de gerenciamento institucional e de tecnologias (HOCHMAN, 1993). De forma semelhante, a criação de estrutura previdenciária e sua correspondente circulação de poderes possibilitaram modos institucionais diferenciados, marcando um momento de reorganização das relações Estado/sociedade, em que um dos objetivos era incorporar os trabalhadores urbanos ao jogo político:

²³ Para detalhamentos quanto ao processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social brasileira, sugiro a leitura do capítulo 2 (A Constituição do *Mix* Privado/Público na Assistência à Saúde) da referida obra (MENICUCCI, 2007).

²⁴ Entre o final do século XIX e início do XX, estruturaram-se as primeiras intervenções estatais de caráter amplo, voltadas à saúde da população. Epidemias de varíola, peste e febre amarela, nos centros urbanos brasileiros, impunham grandes transtornos e prejuízos às exportações e, conseqüentemente, à economia do país.

[...] estabeleceu-se no Brasil a ‘cidadania regulada’, que traduz a relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos. Entre esses direitos, vai se inserindo o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária em relação às prestações previdenciárias propriamente ditas [...] (MENICUCCI, 2007, p.64).

Assim, vinculado originariamente à criação e expansão da previdência social no país, o processo de constituição das políticas públicas de assistência à saúde expressou-se como conquista/concessão a determinados grupos específicos de trabalhadores formalmente inseridos no sistema econômico. Surgiram, nesse contexto, segmentações institucionais que produziram, até o final dos anos 1980 (e parecem ainda fazer ressoar, diria eu), em meio a seus efeitos, uma divisão entre ações coletivas e assistência à saúde de caráter individual.

Nesse desdobramento, ao Ministério da Saúde, denominado Ministério da Educação e Saúde Pública até 1953, cabiam intervenções coletivas, enquanto ao Ministério da Previdência Social, materializadas em diferentes formatações institucionais²⁵, correspondiam ações assistenciais individuais. Assumindo o posicionamento de que políticas de saúde prévias podem afetar escolhas posteriores e, por seus diferentes efeitos institucionais, os processos vigentes na produção de cuidados e promoção da saúde, parece-me produtivo problematizar a divisão polarizada entre individual/coletivo – historicamente constituída – que persiste na APS/ESF enquanto política setorial da contemporaneidade. Nas práticas de atenção à saúde, com frequência, ações de assistência individual tendem a ser valoradas como melhores – tanto por usuários como por profissionais – e, invariavelmente, mais positivas (efetivas) do que momentos coletivos.

A partir dos anos 1960, uma maior destinação dos recursos previdenciários para a saúde consolidou o projeto de tornar a assistência à saúde uma política governamental:

[...] ao ampliar progressivamente a prestação da assistência por intermédio das instituições previdenciárias, consolidando a atuação pública no campo da saúde, o próprio Estado se desenvolve e vai delineando suas características, demonstrando sua porosidade aos interesses privados, ao mesmo tempo que aprofunda sua intervenção na área da saúde [...] (MENICUCCI, 2007, p.95).

²⁵ Refiro-me aqui às várias conformações institucionais com as quais o arcabouço previdenciário brasileiro se organizou ao longo de sua trajetória histórica: Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) são alguns exemplos. Para análises sobre as políticas sociais a partir do campo da seguridade social brasileira, vide a produção de Sônia Maria Fleury, integrante da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas e Escola Nacional de Saúde Pública.

Impulsionada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, durante o regime militar que operou no país entre 1964 e 1985, a expansão da rede assistencial de saúde do setor público brasileiro efetivou-se, sobretudo, na década de 1970 e o fez, majoritariamente, através da compra de serviços a prestadores privados.

A grave recessão internacional registrada nos anos 1970, em meio ao processo de reorganização mundial do comércio de petróleo, gerou crise fiscal em diversos países e, conseqüentemente, uma conjuntura econômica adversa para investimentos, especialmente os sociais (FRANCO, 1999). Nesse panorama, discussões e críticas sobre a forma de expansão da assistência no Brasil e seus efeitos sobre a saúde da população fizeram-se igualmente presentes, produzindo propostas que tensionavam o padrão usual de compra de serviços a prestadores privados e buscavam redirecionamentos nos modos de atenção.

Datado de 1974 e constituído no Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (FALK, 2010), o primeiro projeto de Sistema de Saúde Comunitária no país pode ser tomado como exemplo de estratégia governamental que possibilitava expandir a assistência à saúde de forma articulada ao discurso da prevenção de agravos. Ainda que a experiência tenha possibilitado formular alternativas diferentes ao modelo vigente, foi mantida, no entanto, a escolha de tornar o poder público dependente do setor privado no processo de expansão da assistência.

Entrelaçadas a um cenário de diminuição de arrecadações do sistema previdenciário, sucessivas fraudes e elevação dos gastos assistenciais – esta última decorrente não só do aumento de cobertura populacional mas também relacionada à incorporação de novos recursos e insumos materiais desenvolvidos pela indústria do setor – levaram ao comprometimento da capacidade de financiamento governamental. Em consequência, ocorreu o esgotamento do modelo de assistência na perspectiva em que estava sendo produzido.

Dessa forma, a complexidade e as contradições de arranjos institucionais, além de conflitos e disputas que se constituíram entre diversos sujeitos integrantes desse processo, contribuíram, decisivamente, em meio ao processo de redemocratização do país, para conformar possibilidades à organização do movimento social conhecido como Reforma Sanitária Brasileira.

Após o esboroamento do regime autoritário que perdurou por mais de duas décadas no Brasil, a constituição de novo pacto social, a partir de 1985, favoreceu articulações em torno de caminhos possíveis para reorientar as políticas de saúde do país. O processo da Reforma Sanitária foi concretizado por instâncias e fóruns coletivos, entre os quais se destacou, em 1986, a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde. Considerada um marco histórico

no período subsequente à repressão por longos vinte anos (PINTO, 1989), a VIII Conferência possibilitou produzir subsídios para a reformulação do sistema, e seu relatório final foi base para discussões setoriais travadas na Assembléia Constituinte. A nova Carta Constitucional, outorgada em outubro de 1988, aprovou um projeto transformador no campo da saúde, em que se verificaram deslocamentos tanto do ponto de vista institucional quanto de princípios organizativos do sistema.

Ao coincidirem com uma conjuntura política favorável e por estarem associados a estratégias de mobilização do conjunto da sociedade, propostas e conceitos elaborados pelo movimento sanitário fomentaram mudanças nos princípios e no desenho setorial. Ao sistema de saúde configurado a partir de 1988 – SUS –, foram incorporados traços redistributivos e objetivos igualitários na intenção de conformá-lo como uma possível via para diminuição de desigualdades sociais no país.

2.5 SAÚDE DA FAMÍLIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS ARTICULADAS

Retornando a teorizações que sustentam o estudo, cabe discutir alguns aspectos através dos quais a política pública de Saúde da Família tem sido conformada e conduzida; o propósito é pensar articulações entre as condições de emergência de discursos que a configuram, suas formas de institucionalização e o ideário de promoção da saúde das sociedades ocidentais contemporâneas. Para tal, levo em conta que a capacidade de um discurso de exercer poder está associada à sua capacidade de responder a demandas, inserindo-se no conjunto de significados de um dado momento social, condição que possibilita a reconstrução de posições e de sujeitos (PINTO, 1989). Em outros termos, a instauração de um novo discurso se produz desde significados criados na pluralidade discursiva, visto que “os novos sujeitos, os novos enunciados constroem-se a partir de velhos sujeitos, de velhos enunciados que criam as condições de emergência do novo” (PINTO, 1989, p.38).

Ainda que os referenciais de construção de um sistema único, com acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e mediante controle social (CECCIM; FERLA, 2007) tenham permanecido inquestionavelmente presentes para alguns setores integrantes do processo de Reforma Sanitária, os anos seguintes à promulgação da Constituição Federal estiveram marcados por disputas políticas em face da implementação dessa racionalidade. Apontando um esvaziamento propositivo do Ministério da Saúde quanto

à temática de modelos de atenção em saúde, entre o final dos anos 1980 e meados da década de 1990, os esforços governamentais do período estiveram concentrados em questões relacionadas ao financiamento e à descentralização do sistema (BORGES; BAPTISTA, 2010).

Contudo, confrontados pela intensa pressão social para incorporar contingentes populacionais anteriormente excluídos do acesso à atenção, alguns estados e municípios produziram experiências que, buscando responder a condições precárias de saúde de grupos mais pobres, estavam sustentadas nos referenciais discursivos de universalidade e equidade, princípios organizativos do sistema que haviam sido trazidos à cena e colocados em disputa pela própria reconfiguração setorial.

Sistematizadas na conferência de Alma-Ata em 1978, as discussões sobre cuidados primários em saúde influenciaram a formulação de ações setoriais anteriores à Reforma Sanitária e estiveram contempladas no modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS, mas, apenas nos anos 1990, começou a ser efetivamente gestada uma política de abrangência nacional, com ênfase em atenção primária e integração de serviços.

Na ocasião, algumas cidades do Ceará constituíram o primeiro projeto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)²⁶, com saberes produzidos nas experiências anteriores de cuidados primários, alcançando resultados expressivos na redução da morbimortalidade infantil. A repercussão desse projeto foi tão impactante que credenciou, durante os anos 1990, sua transformação em programa nacional: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Naquele momento, o programa estava prioritariamente voltado aos estados do Norte e Nordeste, e documentos ministeriais apresentam 1997 como o ano em que o PACS foi efetivamente instituído e regulamentado (BRASIL, 2001; BORGES; BAPTISTA, 2010).

Um dos efeitos da constituição do PACS no período parece ter sido o de tornar-se, no discurso governamental, estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF), dado que experiências locais ampliaram o escopo de atuação de ACS ao articularem

²⁶ Em documentação oficial produzida pelo MS, agente comunitário de saúde é apresentado como profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre equipe de saúde e população adscrita à Unidade de Saúde. O elo entre ACS e população é visto como positividade, pelo fato de o agente ser um profissional que mora na área, exercendo atividades de prevenção a doenças e agravos por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Ao utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural das famílias em sua base geográfica definida, a microárea, o ACS atualiza o cadastro de pessoas moradoras no local e o registro de seus nascimentos, óbitos, doenças e condições de vida e saúde; orienta as famílias quanto à utilização dos serviços disponíveis e refere, para equipes de trabalho das Unidades de Saúde, a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites (BRASIL, 2009a). Nesse sentido, é possível entender que o ACS tem sido posicionado em papel chave na Estratégia de Saúde da Família, tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, pela possibilidade de contato com famílias como sujeito facilitador à governamentalidade que constitui ações de vigilância e promoção da saúde.

profissionais de enfermagem e medicina ao processo de trabalho. Tal fato propiciou a conformação de práticas que passaram a ser realizadas em grupos compostos por diferentes formações profissionais, os quais foram, posteriormente, chamados Equipes de Saúde da Família.

Surgido em 1994 e, inicialmente, voltado à extensão de cobertura assistencial em áreas de maior risco social, aos poucos, o PSF adquiriu centralidade e foi expandido a todo o Brasil (ESCOREL, 2007). Seu processo de expansão foi impulsionado pelo financiamento e incentivos federais específicos, à medida que foram criados mecanismos de transferência de recursos com base no número de habitantes de cada município. A partir de 2003, e como efeito de profundas reorientações estabelecidas sobre o conjunto de políticas públicas – reorganização promovida pela gestão federal iniciada no governo de Luiz Inácio Lula da Silva –, o PSF foi reconfigurado e renomeado para Estratégia de Saúde da Família, tendo apresentado crescimento expressivo em todo o país nos últimos anos. A ESF passa a ser posicionada no discurso institucional como ferramenta para estruturar/(re)orientar os sistemas municipais de saúde (MENICUCCI, 2011), no pressuposto de expandir e favorecer uma remodelação do processo de trabalho. Constitui, nesse sentido, política pública que, ampliando resolutividade e, por conseguinte, promovendo mudança na situação de saúde de sujeitos, é assumida, discursivamente, em estreita ligação a aspectos envolvendo a economia da saúde, ponto que é referido na fala ministerial como estratégia para “propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2015).

Reporto-me, aqui, uma vez mais, ao pensamento sobre governamentalidade: intervenções realizadas diretamente sobre (e com) famílias permitem exercer linhas de força necessárias para que se conduzam populações e trazem, para além de aparelhos específicos de governo, o desenvolvimento de saberes (FOUCAULT, 2008).

Concordo com Santos (2002) em sua reflexão sobre números como um modo de governar. Números constituem uma das tecnologias de governo envolvidas na produção e regulação da população. Aproximo-me de suas palavras em meio à discursividade ministerial proferida sobre a ESF, na qual um dos pilares para operacionalização da estratégia é a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde (US), que se tornam responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2015).

Compostas por, no mínimo, médico/a de família, enfermeiro/a, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, as equipes podem contar com dentista, auxiliares e técnicos/as em saúde bucal nas localidades onde a ESF contempla ações

específicas de saúde bucal. Cada equipe deve se responsabilizar pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo recomendada uma média em torno de três mil moradores por área adscrita (BRASIL, 2015).

Enquadramentos e esquadrinhamentos numéricos que definem/excluem território(s), estabelecendo/circunscrevendo populações sob sua responsabilidade, aliados à utilização de sistemas de informação para monitoramento e tomada de decisões são constitutivos desse modo de atenção. Na lógica em que a APS/ESF está articulada, assistência integral e atividades de educação e promoção da saúde são suas atribuições para o manejo de fatores de risco aos quais as populações estão expostas, cabendo-lhe fomentar a atuação intersetorial em situações de vida que transcendam o campo da saúde. Situações de vida num “mundo em fuga”, um mundo marcado por novos riscos e incertezas (GIDDENS, 2012).

Sobre a temática do risco e seus fatores, a compreensão adotada nesse estudo se apóia em abordagens como as realizadas por Lupton (1995; 1999). Delineando risco como uma ideia amplamente difundida em falas cotidianas, a autora assinala que o termo tem sido frequentemente usado para relacionar apenas desfechos negativos ou indesejáveis, ainda que possa ter diferentes conotações, de acordo com quem utiliza o termo (LUPTON, 1995). Em seu uso original, ‘risco’ faria referência à probabilidade matemática de ocorrência de um evento, envolvendo cálculos, quantificações e medidas: coleta de dados e sua tabulação. Discursivamente, risco está fundamentado por modelos matemáticos produzidos sobre regularidades das populações e auxilia a tomada de decisões. Desde essa compreensão, a noção de risco pode ser pensada como uma estratégia de governamentalidade do poder regulatório, tecnologia moral com que indivíduos e populações são monitorados e administrados contemporaneamente (PETERSEN; LUPTON, 1996; LUPTON, 1999).

Em suas palavras:

[...] a categoria risco é socialmente construída, já que nada é um risco em si mesmo até que seja julgado um risco. A ‘filosofia do risco’ incorpora a compreensão secular da vida na qual as coisas não acontecem simplesmente, sem que haja aviso, mas podem ser previstas. É uma extensão da ideia de vida como empreendimento pessoal e da crença de que os indivíduos deveriam planejar o futuro e tomar medidas para assegurar proteção contra infortúnios, responsabilizando-se por suas situações. Proteger alguém contra riscos é ‘gerenciar tempo, disciplinar o futuro’ (LUPTON, 1995, p.79) [tradução minha].

Castiel (2009, p.87) refere que “o risco se constitui em forma presente de descrever o futuro sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável”. Seu posicionamento igualmente coloca que a concepção presente de risco se estende para além de enfoques

epidemiológicos estritamente quantitativistas, relacionando-se a dimensões econômicas, condutas pessoais e interpessoais.

Sem intenção de avaliar ou julgar a produtividade das práticas em estudo, as quais são plenas de enunciados sobre risco, modelos de atenção à saúde, reorientações governamentais – entre outros elementos problematizados –, permito-me retomar a ideia de articulações existentes entre (bio)pedagogias de gênero, modos cotidianos de um serviço de APS/ESF e promoção da saúde. Essas dinâmicas produzem deslocamentos e efeitos (sempre provisórios) sobre as subjetividades (das famílias, das mulheres e homens, da equipe profissional) em questão, reforçando a necessidade de interpelações constantes, dada a capacidade de seus sujeitos serem “sujeitos de múltiplos discursos” (PINTO, 1989, p.38).

Na medida em que o campo da Saúde Pública contemporânea tem configurado a ideia de promoção da saúde como um de seus elementos centrais, estendendo, de forma significativa, a abrangência das ações sanitárias (CZERESNIA; FREITAS, 2009), é importante distinguir que, embora semelhantes, *atenção à saúde* e *promoção da saúde* não são expressões equivalentes. Enquanto o ideário de *atenção à saúde* designa formas de organização dos sistemas e das práticas de saúde em resposta às necessidades das populações, constituindo políticas, programas e serviços, *promoção da saúde* destaca a importância de múltiplos elementos, tornando-se estratégia de articulação transversal com a qual se confere visibilidade a fatores relacionados às condições de vida dos diversos grupos sociais e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas. É possível dizer que, contemporaneamente, as noções veiculadas pela estratégia discursiva da *promoção da saúde* têm assumido papel destacado na organização da APS/ESF no Brasil, ou seja, têm conformado o modelo de atenção proposto para o sistema público de saúde no país.

Nesse sentido e no intuito de refletir sobre pluralidades discursivas produzidas, assumidas e significadas em práticas de APS/ESF que se propõem a constituir sujeitos saudáveis no território estudado²⁷, discuto, na próxima seção, alguns argumentos a respeito do ideário de promoção da saúde enquanto “tecnologia de governo a distância” (PETERSEN; LUPTON, 1996, p.XIII) [tradução minha].

Assinalada pela proliferação de discursos envolvendo nossas ‘responsabilidades’, ‘obrigações’ e ‘direitos’ como indivíduos ‘empreendedores de si mesmos’, a trajetória (interminável) para tornar-se ‘saudável’ requer diligência, autocontrole e trabalho árduo.

²⁷ Informações detalhadas sobre o território no qual o estudo tem sido realizado serão apresentadas na seção *Trilhas Metodológicas*.

2.6 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Torne-se inteiro, torne-se o que você quiser, torne-se você mesmo: o indivíduo deve tornar-se, por assim dizer, um empresário dele mesmo, procurando maximizar seus próprios poderes, sua própria qualidade de vida, embora aprimorando essa autonomia e, assim, instrumentalizando suas escolhas autônomas a serviço do seu estilo de vida. O self deve moldar sua vida através de atos de escolha, e quando não conseguir conduzir sua vida de acordo com essa norma de escolha, deve procurar ajuda especializada (ROSE, 2011, p.220).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, condições de saúde e vulnerabilidade do corpo têm sido temas centrais à existência, e todos/as nós temos sido chamados/as à conjugação de esforços para proteger não apenas nossa saúde mas também a coletividade e o ambiente (LUPTON, 1995). Articulado a conhecimentos e saberes especializados do campo da Saúde Pública, esse conjunto de preocupações, expectativas e projetos conforma o que Petersen e Lupton (1996) referem como *Nova Saúde Pública*. A grafia em itálico aponta o tom crítico e reflexivo assumido pelos autores, os quais, aproximando-se do pensamento de Foucault, problematizam imperativos e promessas da governamentalidade presente que institui processos de responsabilização de sujeitos quanto a seus modos de existência.

Desde perspectiva semelhante, Castiel (2007) afirma que discursos sobre saúde consistem em construções contingentes, normativas e, indiscutivelmente, vinculadas a interesses daqueles que os propõem. Em nossos tempos, segundo suas argumentações, um exemplo de construção discursiva contingente seria o predomínio visível do que tem sido produzido

[...] por um campo que se convencionou chamar ‘nova saúde pública’ (NSP). A NSP utiliza conceitos e estratégias como promoção e educação em saúde, *marketing* social, *screening* diagnóstico, imunização, participação comunitária, políticas públicas de saúde, colaboração intersetorial, ecologia, economia em saúde, entre outras (CASTIEL, 2007, p.25).

Nesse entendimento, o conjunto de discursos anteriores a tal reconfiguração do campo é nominado como *Antiga Saúde Pública* e parece ter perdido sua capacidade de interpelar. Numa reorganização do campo discursivo – invariavelmente necessária pela continuidade-

descontinuidade que nele operam (FOUCAULT, 2012) –, e ancorada na crença iluminista da racionalidade científica como a ‘adequada’ produtora de respostas a enfrentamentos de ameaças à integridade humana, a Saúde Pública contemporânea confere primazia ao individualismo em meio ao descrédito para com a autoridade política de governos. Por essa racionalidade, ao não aprofundar discussões sobre as relações de poder envolvidas no campo, suas proposições tornam-se compatíveis com os projetos de sociedades contemporâneas nas quais o mercado assume papel preponderante como instância reguladora da economia (LUPTON, 1995; PETERSEN; LUPTON, 1996; CASTIEL, 2007).

Em ensaio no qual, simultaneamente, debatem e reconhecem a preponderância do modelo teórico-conceitual da temática de Promoção da Saúde (PS)²⁸, Carvalho e Gastaldo (2008) discutem sua formulação, a partir dos anos 1970, em países como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia. Ao analisar seu crescente protagonismo junto a políticas de saúde de diferentes sociedades, os autores fazem referência à presença da PS em diversos projetos brasileiros, destacando seu papel na confluência de ações de Educação e Saúde e na reorganização da rede básica vinculada à APS/ESF.

Carvalho (2004a, p.671) detecta uma “miríade” de olhares sobre o que tem sido denominado PS, referindo dois posicionamentos principais em relação à temática. Segundo sua proposição, o primeiro grupo tende a afirmar que o projeto representa um esforço em atualizar compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da “tradição” da Saúde Pública. O segundo conjunto de opiniões – dentre as quais destaca a de Castiel (2003) – reconhece contribuições pontuais desse projeto, mas considera que seus discursos parecem, implicitamente, refletir a racionalidade político-instrumental atualmente preponderante nas sociedades ocidentais, marcadas por preocupações crescentes com o desempenho baseado em condições individuais. Carvalho (2004a) acrescenta, ainda, que entendimentos tão distintos expressam uma particularidade distintiva da *Nova Saúde Pública* e, nela, das práticas de promoção da saúde: o caráter ambíguo de suas premissas e estratégias.

Aspectos históricos e estudos clássicos²⁹ sobre esse conjunto de ideias sugerem-nos que a articulação entre condições de vida e saúde apresentada pela PS não constitui uma

²⁸ A maior parte das teorizações e documentos institucionais estudados para compor a tese utiliza o termo “Promoção da Saúde” em vez de “Promoção à Saúde”. A segunda opção foi trazida por Carvalho e Gastaldo em ensaios como *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social* (2004) e *Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista* (2008). No âmbito dos artigos, contudo, os autores não assinalam se há uma marcação específica para essa diferenciação. Tomo-as como expressões equivalentes no contexto da pesquisa.

²⁹ Cabe referir estudos clássicos, realizados no século XIX, como aqueles de Edwin Chadwick – *Inquérito Sanitário das Condições da População Trabalhadora da Inglaterra* –, John Snow – sobre o cólera – e Virchow, entre outros, afirmando que a saúde era afetada – para melhor ou para pior – pelo estado dos

temática nova ou, necessariamente, de tempos atuais. Apresentado e discutido por Buss (2000, p.165) como “campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras”, a PS parece ter emergido como uma resposta a diversas demandas, entre as quais o esgotamento e os limites de intervenções clínico-assistenciais, pressões para contenção de gastos pelos serviços, mudanças nos perfis epidemiológicos das populações e o fomento à responsabilidade individual pela saúde. Haveria, em certa medida, uma reorientação da *Antiga Saúde Pública* no discurso da promoção: a proposta do movimento passou a envolver não apenas diferentes disciplinas e profissionais mas também contemplou a reestruturação de teorias, conceitos, termos e práticas acerca da Saúde Pública (CZERESNIA, 1999; SANTOS, 2002; CARVALHO, 2004a).

É atribuído ao médico-historiador Henry Sigerist, além da conceituação do termo PS, em 1946, o estabelecimento das “quatro grandes tarefas da medicina: 1) a promoção da saúde; 2) a prevenção das doenças; 3) o restabelecimento dos doentes; 4) a reabilitação” (SANTOS, 2002, p.66). Conquanto estejam indiscutivelmente articuladas de forma importante no campo da Saúde Pública contemporânea, promoção da saúde e prevenção de enfermidades são práticas compreendidas como condições diferenciadas entre si.

Prevenção estaria relacionada a intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo seu aparecimento e intensidade nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno e seu objetivo principal abarca o controle na transmissão de doenças infecciosas, além da redução do risco de enfermidades degenerativas ou outros agravos específicos. Afirmar essa compreensão possibilita concordar com Czeresnia (1999), quando ela nos assinala que projetos de prevenção e educação em saúde estão estruturados pela circulação do conhecimento científico e recomendações normativas à mudança de comportamentos.

Promoção da Saúde, em perspectiva mais ampliada em relação à prevenção, abrangeria medidas para fomentar aumentos gerais em níveis de saúde e bem-estar, sem direcionalidade específica para determinadas doenças ou desordens, mas com ênfase na transformação das condições de vida e de trabalho subjacentes aos problemas de saúde, demandando, por isso, abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2009).

Nesse sentido, discussões propostas por Oliveira (2005) podem contribuir para a argumentação sobre diferenças entre prevenção e promoção. Segundo as considerações da

ambientes social e físico. Reconheciam que a pobreza estava, frequentemente, associada a doenças pelas quais os indivíduos não podiam ser responsabilizados e que adoecimento era fator importante no aumento do número de pobres. Sobre essas investigações, vide Rosen (1994), Merhy (2002) e Scliar (2007).

autora, ‘educação em saúde’ é entendida como importante estratégia de promoção da saúde e pode ser realizada através de duas principais abordagens: os modelos ‘preventivo’ e ‘radical’.

Embora não seja possível afirmar que distinções entre as duas principais vertentes estejam claramente definidas, suas reflexões consideram que o modelo ‘preventivo’, também chamado de ‘educação em saúde tradicional’, está baseado na *Antiga Saúde Pública* e tem o objetivo de prevenir doenças. Elaborado com pressupostos de que os profissionais de saúde sabem o que se constitui uma ‘vida saudável’ e que sua adoção é uma escolha pessoal, essa variante do discurso educativo e sua ênfase individualista são alvo de críticas.

A seu turno, o modelo ‘radical’ de educação em saúde traz como proposta atender as complexidades da *Nova Saúde Pública* com a intenção de promover o envolvimento dos indivíduos na tomada de decisões relacionadas à sua própria saúde e àquelas concernentes aos grupos sociais aos quais pertencem. Contudo, o enfoque individualista persiste e está mantido o pressuposto do conhecimento diretamente relacionado à mudança de comportamento. Além disso, há contradições nessa prática discursiva que intenta promover saúde, enunciando uma ‘autonomia’ regulada, como se fosse possível realizar ‘escolhas’ sem a invariável e permanente tutela de informações e conhecimentos prescritos pelas vozes de profissionais.

Historicamente, o uso da terminologia Promoção da Saúde é estabelecido pelo documento *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas sobre a Saúde dos Canadenses), elaborado pelo então Ministro da Saúde e Bem-Estar Nacional do Canadá, Marc Lalonde, em 1974 (BUSS, 2000, CARVALHO, 2004a; 2004b; OLIVEIRA, 2005). Nesse relatório, também conhecido como Informe Lalonde, condições ambientais, comportamentos individuais e modos de vida foram destacados em suas relações com a ocorrência de doenças e mortes (PAHO/WHO, 2007).

Em sua análise intitulada *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*, Carvalho (2004b) descreve a presença do conceito de campo de saúde – conjunto de práticas e saberes que influenciam a saúde e extrapolam os serviços de saúde – como um ponto importante do relatório Lalonde. O termo se torna concepção subsidiária à proposta de modelo explicativo – espécie de mapa territorial produzido pelo documento –, que aponta o papel de quatro grupos de aspectos na determinação do processo saúde-doença: biologia humana (genética e função humana); organização dos serviços de saúde; ambiente (natural e social) e estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde).

Embora referindo a necessidade de combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida) para reduzir morbidades e

mortes prematuras, o informe canadense sintetizou um ideário cujo eixo central de intervenção esteve num conjunto de ações sobre comportamentos individuais ‘não saudáveis’. Nesse primeiro momento do ideário da PS, a incorporação de fatores como classe, gênero e raça, realizada de forma residual, favoreceu o que tem sido chamado de culpabilização das vítimas: grupos populacionais são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas estão fora de suas instâncias de ação (CARVALHO, 2004a; 2004b; OLIVEIRA, 2005).

Para superar limites teóricos e práticas comportamentalistas notadamente característicos desse período, o movimento de promoção da saúde formulou, em linha de continuidade à Conferência de Alma-Ata, uma vertente socioambiental que passou a preconizar, entre outros pontos, o papel da PS na transformação das condições de vida das populações mais pobres pelo incentivo à participação de indivíduos e grupos populacionais em processos decisórios com respeito a ações de saúde (CARVALHO, 2004b). A Carta de Ottawa, texto símbolo dessa reconfiguração, foi produzida na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde³⁰ promovida pela OMS em 1986.

Carvalho e Gastaldo (2008) identificam a consolidação dessa abordagem socioambiental no contexto internacional das últimas duas décadas e referem que ela preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos. Nesse sentido, apoiada nesses autores e também em Oliveira (2005), penso ser importante destacar que, embora reformulados, os enunciados de promoção da saúde prosseguem ligados à racionalidade política de investimento em autonomia e escolha individual, ideário que se faz predominante nas sociedades ocidentais contemporâneas. Petersen e Lupton (1996) ponderam sobre a persistência de concepções idealizadas de sujeitos únicos e estáveis: o ideal de um ‘indivíduo saudável’, visto como alguém com capacidades ‘naturais’, nega a possibilidade de reconhecimento a outras posições de sujeito e pode contribuir à coerção, discriminação, estigmatização e discriminação de quem não se conforma ou não consegue se conformar ao ideal. Importa destacar, igualmente, que uma aparente sensação de controle do indivíduo sobre o processo saúde-doença pode contribuir para justificar argumentações de que é possível assegurar saúde sem que seja necessário realizar transformações no modo de produção da vida em sociedade (CARVALHO, 2004b).

Sandra Caponi (2009) afirma que promover a saúde pode se constituir em vigilância que cada um/a de nós deve dirigir a si próprio/a para criar hábitos saudáveis ou, ainda, em

³⁰ Desde então, a OMS (WHO, 2012) promoveu várias edições em diferentes cidades e continentes: Adelaide (1988), Sundswall (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009). Em continuidade, a oitava Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Helsinkí, entre os dias 10 e 14 de junho de 2013 (WHO, 2015).

modo de controle político das condições sanitárias de vida e trabalho das populações. São estratégias que, capazes de produzir efeitos inócuos ou efetivamente benéficos para nossa saúde, podem, simultaneamente, constituir modos de controle e exclusões. Nesse sentido, sua contribuição é instigante:

As cifras mostram que os maiores riscos são sofridos pelas populações marginais, estrangeiros, desocupados, homossexuais, e isto permitiu que a saúde pública construísse sua história por meio de uma série de intervenções dirigidas, fundamentalmente, para as chamadas populações de risco, herdeiras da clássica associação entre ‘classes pobres e classes perigosas’. 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. Nossos atuais programas de saúde da família podem acabar reproduzindo, mais uma vez, essas estratégias; podem converter-nos nos herdeiros dos programas higienistas, aos quais se refere Canguillem, mantendo intacta sua ‘ambição sociopolítica-médica de controle da vida dos indivíduos e das populações de risco [...]’ (CAPONI, 2009, p.79).

No cotidiano de trabalho da APS/ESF, visualizo, por exemplo, em práticas de (re)educação nutricional, falas reiterando quanto ‘somos livres’ para escolher alimentos ‘saudáveis’ que mantenham o peso ‘ideal’ e auxiliem no controle de condições crônicas como cardiopatias e diabetes. Se não diminuirmos nosso peso ou se nossas condições de saúde não estão compensadas, tudo se deve à falta de informações ou a uma escolha nossa que (ainda) não se fez adequada.

Práticas de promoção da saúde tendem a atuar como aparatos de regulação moral (LUPTON, 1995), dividindo-nos entre “bem comportado/a(s)” e “mal comportado/a(s)”, “disciplinado/a(s)” e “indisciplinado/a(s)”. Privilegiam noções de corpo humano como se pudéssemos apartá-lo de desejos; temos o imperativo de cuidá-lo e controlá-lo tão meticulosamente que todo/a(s) que não realizam ou não conseguem realizar esses cuidados e controles acabam por se constituir num ‘outro/a que ameaça’ (LUPTON, 1995; CANDIOTTO, 2007; 2012). No entanto, como argumentam os autores, nossos discursos e práticas, nossos imperativos cotidianos não devem ser vistos tão somente como espaço de opressão e doutrinação; configuram-se como possibilidades de lutas e constantes renegociações de sentido, subjetividades e práticas corporais.

Ainda que o discurso da PS postule, entre alguns de seus objetivos centrais, que é indispensável garantir condições dignas de vida como possibilidade a que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde, reconhecendo na assistência à saúde um papel significativo na determinação do processo saúde-doença, a

abordagem socioambiental segue com ênfase predominante na reorientação de serviços e sistemas de saúde. Em outros termos, os discursos da PS contemporânea preconizam que os serviços estejam orientados para os sujeitos como um todo, respeitando-se diferenças culturais existentes, e suas proposições convocam uma mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde – que seria alcançada através de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais –, para que o reordenamento se realize pelo compartilhamento de responsabilidades e da parceria entre usuários, profissionais, instituições assistenciais e comunidade (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Proposição semelhante é discutida por Czeresnia e Machado (2009), quando afirmam que, apesar de articularem perspectivas de repensar e redirecionar as práticas de saúde, as estratégias de promoção da saúde também utilizam conceitos que orientam o discurso tradicional da saúde pública. Dessa forma, os autores sublinham a importância de aprofundarmos reflexões conceituais como recurso para pensar sobre condições de operacionalização de práticas discursivas.

O reconhecimento de que a Saúde Pública construiu (e constrói) suas práticas por meio de intervenções dirigidas, fundamentalmente, a alguns grupos possibilita pôr em suspeição proposições normalizadoras e verdades profissionais acerca do que tem sido instituído como condutas e sujeitos saudáveis. Como nos ensina Canguilhem, de forma magistral,

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

[...] A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] como um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas. (CANGUILHEM, 2011, p.138 e 140).

Considerados o recorte sobre o tema investigado e as perguntas de pesquisa, os aportes teóricos aqui referidos buscaram apresentar algumas noções conceituais, pressupostos institucionais, ideias e reflexões com o propósito de discutir condições de emergência e existência dos cenários discursivos estudados. Longe de pretender esgotar possibilidades, a apresentação dos referenciais apontou a necessidade de prosseguir em debates acerca dessas

práticas biopolíticas. Em meio a articulações (bio)pedagógicas marcadas pelo gênero, discursos conformam, (res)significam, (re)atualizam diferentes enunciados ligados ao imperativo contemporâneo da saúde. Discursos que operam na constituição de famílias, homens e (sobretudo) mulheres saudáveis.

Para discutir as escolhas metodológicas com as quais produzi os materiais empíricos de campo e as análises posteriores, apresento o capítulo a seguir.

3 TRILHAS METODOLÓGICAS

O convite de Foucault é que, através da investigação dos discursos, nos defrontemos com nossa história ou nosso passado, aceitando pensar de outra forma o que agora nos é tão evidente. Assim, libertamo-nos do presente e nos instalamos quase num futuro, numa perspectiva de transformação de nós mesmos. Nós e nossa vida, essa real possibilidade de sermos, quem sabe um dia, obras de arte (FISCHER, 2001, p.222).

Projetos, proposições e estudos carregam a marca de nossa história; trazem elementos dos percursos que nos trouxeram até onde, provisoriamente, nos encontramos. Lanço mão de argumentações contemporâneas para as quais a era de grandes narrativas e teorias chegou ao fim; com “nossas verdades” postas em xeque, somos instados a encontrar caminhos para responder a nossos questionamentos.

Nesse sentido, perspectivas teóricas não podem ser dissociadas de referenciais metodológicos, porque discutir metodologias é debater ideias, opções e práticas. Ao voltar-se para uma situação, o que o/a pesquisador/a seleciona para enxergar depende muito de sua história pessoal e, principalmente, de sua bagagem cultural.

Concordo com Tura (2011) quando essa educadora nos aponta que, ao estabelecer uma relação de produção de conhecimento com seu tema de estudo, o qual é, por sua vez, um processo concreto da vida social, o/a pesquisador/a está imbricado/a em relações de exercício de poder com efeitos numa rede de significados socialmente compartilhados. Classe, raça, gênero, etnicidade influenciam o processo de investigação (DENZIN; LINCOLN, 2006) e fazem do ato de pesquisar um processo inter/intracultural.

3.1 O MÉTODO NÃO É ALGO QUE PAIRA NO MUNDO...

Na perspectiva dos Estudos Culturais, Santos (2002, p.101) pontua-nos que há “o entendimento de que o método não é algo que paira no mundo”, à espera da adequação do/a pesquisador/a para o encontro de resultados. Nesse sentido, explicitar as trilhas percorridas constitui um dos desafios presentes à minha investigação. Tomando emprestadas palavras de Escosteguy (2006, p.5), os Estudos Culturais se caracterizam “pelo reconhecimento da

existência da ação social e da importância dada ao contexto, ou seja, atenta-se para as especificidades e particularidades culturais articuladas a uma conjuntura histórica determinada”. A autora refere que não há enclausuramento numa definição essencialista, a qual apontaria para narrativas teórico-metodológicas únicas e homogêneas.

O momento contemporâneo da atividade de pesquisa em serviços de saúde, em que as políticas públicas atribuem grande importância à dimensão qualitativa da atenção por eles realizada (CAPRARA; LANDIM, 2008), foi igualmente considerado no desenvolvimento deste estudo, tendo sido utilizadas estratégias combinadas, tanto para a produção dos materiais empíricos quanto para as análises deles e dos demais documentos investigados.

Trabalhei, assim, com a possibilidade de mapear, no cotidiano de investigação que propus, elementos inesperados que surpreendessem a lógica dominante ou o senso comum (FONSECA, 2006); a um tema de estudo que, em absoluto, se pretendeu novo, procurei articular outras lentes analíticas que me permitissem apreender e aprender para além do que já sei.

Por outro lado, procurei estar atenta a tropeços e escorregões decorrentes de apropriações metodológicas inadequadas, cuidados invariavelmente necessários a todas e todos que enveredam por trilhas de produção de conhecimento, mas, sobretudo, a quem investiga desde a perspectiva dos Estudos Culturais. A inexistência de teoria unificada ou metodologia consolidada que sejam características desse campo de conhecimentos, marcadamente heterogêneo e não disciplinar, pode sugerir que, na ausência de métodos e protocolos de pesquisa rígidos, a regra seria a de um “vale-tudo metodológico” (RIPOLL, 2005).

Como não se perder, quando o “compromisso comum” que os praticantes dos Estudos Culturais têm é o de marcar, situar e analisar seus objetos de pesquisa dentro de uma intrincada rede de práticas culturais imbricadas, de forma a complexificar (e não simplificar) o olhar? (RIPOLL, 2005, p.24)

Então, valeria qualquer coisa? Como não incorrer no equívoco da falta ou perda de foco sobre o tema pesquisado? Desde as perspectivas teóricas nas quais este estudo se coloca, em que verdades e seus modos de produção são postos em suspensão (e suspeição), não há como passar ao largo desses questionamentos. Sem receitas a serem seguidas, é importante discutir sobre que escolhas fazer (e, de modo semelhante, sobre aquelas que se fizeram possíveis) durante o percurso investigativo.

Retomo, então, a afirmativa de que não carreguei, em momento algum, a pretensão de transitar sem deslizes em meio a esses espaços; afinal, como bem nos sinalizam as palavras da

antropóloga Claudia Fonseca (2004, p.11), “não existe método sem calcanhar-de-aquiles”. A partir da noção de cultura como processo, constituído em fronteiras e modificações constantemente negociadas, a proposta de um estudo com inspirações etnográficas foi tomando forma. Muito antes de propor um ‘mapeamento’, ‘diagnóstico’ ou ‘revisão’ de políticas públicas disciplinares através de um estudo ‘autointitulado etnográfico’, intentei contribuir com reflexões e análises frente a processos culturais que articulam discursos e agentes da sociedade contemporânea em estratégias de intervenção diária sobre a vida e saúde de determinadas famílias e sujeitos. Apoiei-me em argumentações como as apresentadas por Cardoso de Oliveira (2000), para quem a especificidade do trabalho antropológico não é incompatível com o exercício realizado por colegas de outros campos, quando esses últimos procuram articular a pesquisa empírica com a interpretação de seus resultados. Para analisar e discutir tais processos, utilizei recursos metodológicos característicos da etnografia, e esse é o motivo pelo qual denomino minha investigação de estudo com inspirações etnográficas. Volto a tecer considerações sobre metodologia etnográfica ainda no decorrer deste capítulo.

Observar e pensar sobre condutas, sobre nossas condutas para produzir e conduzir as condutas dos que conosco convivem, implicou lidar com pessoas, entre quem estão colegas e usuários/as do serviço. No clássico e memorável texto *Quando cada caso NÃO é um caso*, (FONSECA, 1999), a pesquisadora nos destaca que é na ambição de mergulhar em situações estranhas, reconhecendo a existência de outros espaços, que, paradoxalmente, podemos enxergar com maior nitidez os contornos e limites históricos de nossos próprios valores.

Práticas humanas são significadas socialmente, relacionando-se a concepções de mundo e vida, as quais são variáveis de grupo para grupo, no interior de uma mesma sociedade. Ida e volta entre universos simbólicos promovem contatos entre modos de vida distintos e proporcionam reflexões sobre possibilidades de outras lógicas, de outras dinâmicas culturais (FONSECA, 1999). Num estudo com inspiração etnográfica, a subjetividade de quem estuda é assumida enquanto elemento analítico indissociável, e, nas descrições e reflexões que compõem a tese, há atravessamentos de meu modo de ver enquanto pesquisadora/sujeito posicionada nesses cenários de práticas. É um texto, por assim dizer, produzido desde um cotidiano que arrisco nominar de “turbulência-vivência-pesquisa-escrita”.

No momento de qualificação do projeto deste estudo, ocorrido em janeiro de 2013, a banca examinadora aportou importantes considerações e sugestões sobre implicações e desdobramentos que minha inserção direta na equipe profissional da USJL poderia trazer não

apenas ao escopo das atividades de campo e produção dos dados mas também aos processos de análise e discussão dos materiais.

Observações pressupõem o envolvimento do/a pesquisador/a em múltiplas ações: narrar, registrar, situar acontecimentos cotidianos de modo intencional e realizar formas de interlocução com os sujeitos da realidade estudada, entre outras. A posicionalidade de quem investiga possibilita, à condição de ferramenta primordial, interpretar o campo e produzir uma narrativa que, longe de ser neutra, estranhe, questione, desconfie, descreva e analise de forma rigorosa as problematizações de pesquisa, propondo maneiras diferentes de ver e pensar práticas (GASTALDO, 2012).

Assumi, desse modo, que estar em campo na posição de pesquisadora/sujeito observadora permitiria reunir um conjunto de experiências e analisar um recorte de realidade, o qual, em minha condição, simultaneamente, me produz e é por mim produzido. Diante de questionamentos, sugestões e descobertas, mas sustentada no pensamento de Foucault sobre levar o mais longe possível a pesquisa das diferenças entre acontecimentos que parecem formar uma mesma espécie (VEYNE, 2008), durante várias semanas estive atravessada pela tomada de decisão que se fez necessária após a qualificação do projeto: permanecer na USJL ou buscar, dentro do próprio SSC, uma de suas outras onze Unidades de Saúde como espaço de produção dos dados para o estudo.

Referenciada na ideia de que “a construção de um trabalho de campo é sempre uma experiência singular e esta escapa frequentemente à racionalidade descrita nos manuais de metodologia” (ZAGO, 2011, p.292), revi meu ponto de partida e fiz minha escolha: ainda que tensionada pelo desafio de como estranhar meu ambiente de trabalho tão familiar, mantive a opção de pesquisar junto à USJL.

3.2 COMPONDO MODOS PARA ESTUDAR O FAMILIAR

Para alicerçar minha decisão de permanecer nesse espaço, e considerando colocações apresentadas pela banca no momento da qualificação do projeto (e em ocasiões posteriores), foi imprescindível aprofundar o estudo de referenciais teórico-metodológicos, com reflexões e discussões que possibilitassem sustentação à escolha realizada.

Assim, segui em aproximação a argumentações como as trazidas por Gilberto Velho: “[...] o que sempre *vemos e encontramos* pode ser familiar, mas não é necessariamente *conhecido* [...]” (1978, p.39) [grifos do autor]. Segundo o antropólogo, grau de familiaridade não é igual a conhecimento e pode se constituir em impedimento, caso não seja relativizado e

não se torne objeto de reflexão sistemática. Estarmos acostumados/as a uma paisagem social que nos é familiar não significa que compreendamos a lógica de suas relações, os princípios e mecanismos que a produzem, organizam e sustentam. Por outro lado, o teórico também nos assinala que o processo de estranhamento pode se estabelecer à medida que realizamos o confronto intelectual/emocional entre diferentes versões e interpretações de fatos e situações vivenciados. Acrescenta, igualmente, que uma vantagem de estudar o familiar é a possibilidade de rever e enriquecer a produção de nossos dados, porque há mais oportunidades de nos confrontarmos com as opiniões daqueles que integram a investigação. Nesse sentido, operando com a possibilidade de que, pela reflexão sistemática, pesquisadores/as consigam ver algo que lhes é frequente e usual como uma realidade plural e mais complexa do que aquela em que foram (e são) socializados/as, autorizei-me a realizar essa experimentação. Cautelosa e pacientemente, para produzir a conformação metodológica com que articulei minha pesquisa, fundamentei-me na proposição da indispensável “multiplicidade de fontes de dados, de planos de abordagem e de perspectivas teóricas” (ZALUAR, 2009, p.584).

No decorrer desse momento ‘alquímico’ do estudo – numa alusão clara à proposta referida por Cardoso (2013) como metodologia alquimista – “Junção híbrida de procedimentos lidos de diferentes modos de pesquisar” (CARDOSO, 2013, p.221) – orientei-me pela ideia de que não há verdades inquestionáveis na ciência, mas construções interessadas, e debrucei-me sobre referenciais metodológicos diversos: pesquisa-intervenção, pesquisa-experimentação, estudos etnográficos pós-modernos, metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e em saúde. São proposições que apresentam singularidades e têm origem em campos variados da produção de conhecimento, mas que, em seu conjunto, problematizam as relações entre investigador/a e quem (ou o que) é investigado/a, entre sujeito e objeto, teoria e prática. A seguir, passo a destacar algumas de suas fundamentações.

A **pesquisa-intervenção**³¹ está caracterizada por ações em nível institucional e é composta pela captação/elaboração das informações do cotidiano das culturas, grupos e organizações, ou seja, das práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido (ROCHA, 2003; 2006). É produzida entre o saber já elaborado e incorporado nos

³¹ Proveniente do campo da psicologia social e institucional, a pesquisa-intervenção está articulada às discussões do Movimento Institucionalista, surgido durante a década de 1960 na França e, em período subsequente, na América Latina. Esse movimento é composto por uma série de teorias, práticas e experiências que têm como premissa a autogestão e a autoanálise. Propõe impulsionar experiências coletivas criadoras de novos saberes, buscando a lógica da diferença e procurando desencadear rupturas objetivas e subjetivas. Gregório Baremlitt e Felix Guattari, entre outros, são importantes expoentes desse movimento (ROCHA, 2006; PEREIRA, 2007).

pressupostos do/a pesquisador/a e os fazeres que organizam a ação investigativa. Mudanças que se processam ao longo da/na pesquisa implicam transformações nos sujeitos envolvidos e nas práticas estabelecidas, quer para a população participante no estudo, quer para pesquisadores/as. A investigação não tem como ser concebida de modo indiferente às relações entre pesquisadores/as e pesquisados/as e sua formulação se estabelece desde a perspectiva de interrogação aos múltiplos sentidos cristalizados nas instituições (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Enquanto prática desnaturalizadora, e que desnaturaliza o próprio espaço de investigação, estratégias de pesquisa-intervenção questionam as redes de poder e interesses que se fazem presentes no campo de estudo. Frente a realidades complexas e diferenciadas, a metodologia de pesquisa-intervenção amplia as condições de um trabalho compartilhado, porque não é só uma questão de procedimento, mas uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida:

Entre os aspectos centrais que vêm norteando o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, destacamos os seguintes: mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microssocial [...], ênfase na análise da implicação, acentuando-se que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação [...] (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.71).

Na proposta teórica sustentada pela pesquisa-intervenção, grupo é entendido como conjunto de processos que se constituem entre pessoas em certas estabilizações de tempo e espaço (e a partir delas), no exercício permanente de produzir sentidos para o desdobramento das ações e para o significado de sua própria existência. Assim, um grupo se faz na multiplicidade de tensões geradoras de transformações das circunstâncias e no curso de seu movimento.

Da mesma maneira, as instituições, nessa perspectiva, não são compreendidas como estabelecimentos ou estruturas organizacionais, mas se constituem em práticas históricas e socialmente produzidas. Trazem a dimensão de valores, de tradições, de referência de ações que, no cotidiano, são naturalizados e referidos como verdades absolutas, universalizadas. Ao tomar como pressuposto que o sentido de cotidiano implica a dimensão de mudanças, a vida cotidiana – na qual as práticas são tecidas – não pode ser considerada como uma totalidade fechada em si mesma nem desenvolvida apenas através de linearidades com discursos sem fraturas. Antes, para que o cotidiano ganhe consistência, é fundamental que, pela análise

coletiva, ele seja intensificado, aglutinando as ações fragmentárias e descontínuas, imprimindo novos sentidos à realidade (ROCHA; AGUIAR, 2003).

É oportuno trazer que o conceito de implicação assumido nessa modalidade de pesquisa não remete a uma questão de vontade, a uma possível decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho. Há uma análise do sistema de posições ocupadas ou que se busca ocupar, procurando romper com as barreiras entre sujeitos que conhecem e os sujeitos a serem estudados: enquanto parte do mesmo processo, pesquisadores/as e pesquisadas/os produzem intervenções. Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/a – sujeitos/tema pesquisado é dinâmica e determina os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido:

Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise. É um modo de intervenção, na medida em que recorta o cotidiano em suas tarefas, em sua funcionalidade, em sua pragmática – variáveis imprescindíveis à manutenção do campo de trabalho que se configura como eficiente e produtivo no paradigma do mundo moderno [...] (ROCHA; AGUIAR, 2007, p.70).

É nesse sentido que a intervenção se articula à pesquisa para produzir outra relação entre instituição de formação/aplicação de conhecimentos, práticas e seus sujeitos. Desde esse referencial, há o entendimento de que conflitos e tensões são possibilidades de mudança, porque instigam indagações sobre ordens de formação que incluem/excluem e posicionam sujeitos.

Prosseguindo na constituição de argumentos que possibilitassem a ancoragem requerida a partir de minha escolha, encontrei referenciais sobre **pesquisa-experimentação** (PARAÍSO, 2012; CARDOSO, 2012; CARDOSO; PARAÍSO, 2013): caracteriza-se à condição de “forma de fazer pesquisa que considera a ciência como uma construção, o método como um ensaio e o objeto de estudo como um produto dos modos pós-críticos de olhá-lo, senti-lo e experimentá-lo” (CARDOSO, 2012, p.238). É delineada como experimentação porque o/a pesquisador/a arrisca, sabendo, de antemão, que nada está garantido e que não existe um livro de metodologia a ser seguido. Há movimentos para juntar e afastar o que se estuda, mas refletindo sobre como juntar e porque se afastar. Nessa experimentação, há de se realizar exercícios para, ‘desaprendendo’ o anteriormente aprendido, operar com noções e conceitos que, por sua potência, abram e reverberem outros sentidos possíveis para o que está sendo estudado. A pesquisa-experimentação é constituída como rota metodológica para responder a inquietudes e insatisfações diante do que já consideramos

conhecido (CARDOSO, 2012, p.237). Procedimentos e conceitos são articulados com rigor e cautela, fornecendo tantas explicações quantas se façam necessárias, porque cada trilha investigativa é aberta durante seu percurso. Caminhos percorridos podem servir como fontes inspiradoras, mas não como roteiros cujo propósito seja o de fixar modelos. Em outras palavras, muito embora seja possível aprender com experiências já realizadas, caminhos trilhados anteriormente configuram pontos de partida, descartando-se presunções de rigidez e obrigatoriedade em segui-los, conquanto o rigor tenha de ser bússola permanente no processo de produção e rearticulação de conhecimentos.

Mediada pelo entendimento de que estratégias de pesquisa da **metodologia etnográfica** podem aportar importantes e valiosas contribuições ao estudo de políticas públicas contemporâneas (KLEIN; DAMICO, 2012; MEYER, 2012), porque possibilitam descrever, detalhadamente, elementos de racionalidades que produzem e articulam ações nas interfaces entre os campos da educação e saúde – caso da ESF e da Promoção da Saúde –, aproximei-me também dessas teorizações. Utilizo intencionalmente o vocábulo em sua forma plural – teorizações – para explicitar a diversidade de discussões que se estabelecem sobre essa modalidade.

Referenciais etnográficos são registros qualitativos, classicamente apresentados por Clifford Geertz (2008, p.4) como “descrição densa”, e que, constituídos no campo da Antropologia, buscam “atingir as redes de significados e as interconexões entre as instituições” (FISCHER, 2011, p.201). A metodologia etnográfica foi fundada na procura por outras maneiras de ver, ser e estar no mundo (FONSECA, 2004, p.12), para captar algo da experiência das pessoas, e requer o registro detalhado de observações das práticas sociais.

Ao colocarem estudiosos/as em interação direta com quem é investigada/o (BRITES; FONSECA, 2006), tal forma de pesquisa pressupõe uma “tentativa de entender outros modos de vida usando a subjetividade do pesquisador e sua confrontação com o ‘diferente’, como instrumento principal de conhecimento” (FONSECA, 2006, p.13).

Desenvolvido originariamente a partir do estudo de sociedades tribais, com relatos trazidos por exploradores europeus que, retornando de suas viagens, contavam o que haviam vivido (RIPOLL, 2005), a partir do século XX, o olhar etnográfico foi reconfigurado, especialmente desde a influência de Bronislaw Malinowski e sua obra *Argonautas do Pacífico Ocidental*³², publicada em 1922. Ao descrever e explicar como efetuou seu trabalho de campo, o antropólogo sistematizou referenciais de pesquisa que têm sido estudados até hoje.

³² No primeiro capítulo da obra, Malinowski descreve métodos utilizados na coleta do material etnográfico referente ao período de sua convivência entre os nativos das Ilhas Trobriand, uma população de 1200

Nesse período, a tradição etnográfica clássica se constituiu como o estudo de culturas distantes em seu caráter de não familiaridade; os grupos investigados eram, de modo geral, não europeus, os chamados povos coloniais, e as narrativas produzidas à ocasião não questionavam as relações de poder estabelecidas entre colônias e metrópoles (CALDEIRA, 1988).

Desde então, o desmantelamento dos impérios coloniais, a rearticulação de relações entre países e a noção de vivermos em sociedades complexas imprimiram mudanças a essa estratégia investigativa. Marcada por uma participação extensiva do/a investigador/a no campo e pelo emprego de vários recursos para mostrar determinados aspectos daquilo que parece familiar a todas/os nós (FLICK, 2009), a etnografia contemporânea tem discutido relações culturais e políticas complexas de sociedades integradas pelos/as próprios/as pesquisadores/as. Como metodologia investigativa, é possível afirmar que a abordagem etnográfica tem sido cada vez mais debatida, analisada e apropriada por diversos campos de conhecimento (MONTEIRO, 2012), incluindo os Estudos Culturais e os Estudos Sociais da Ciência. De modo similar ao referido anteriormente por outros autores quanto à importância da contribuição etnográfica para reflexões sobre políticas públicas em educação e saúde, Monteiro (2012) aponta o alcance da metodologia para a discussão e análise de questões científicas contemporâneas, marcadas pela constante renovação tecnológica e credibilidade na ciência como forma privilegiada de narrar a verdade sobre o mundo natural.

Ao tornar-se extremamente refinada e diversificada, as razões para a prática etnográfica multiplicaram-se. Não está mais ligada às orientações e valores que conduziram os trabalhos dos primeiros etnógrafos, podendo abranger vastos temas, e os olhares que podem dar origem a observações etnográficas são numerosos (VIDICH; LYMAN, 2006). Não constituem um registro inalterado e destituído de filtros da experiência de quem as produz; em outras palavras, a prática etnográfica não se propõe a 'retratar de forma exata' a cultura que é observada.

Nas palavras de Geertz (2008, p.13), produzir uma etnografia é:

[...] como tentar ler (no sentido de "construir uma leitura de") um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado [...].

melanésios da costa nordeste da Nova Guiné, durante a década de 1910. Sua apresentação configura um marco nos referenciais teóricos e nos objetivos gerais da disciplina antropológica, tomada também como padrão original e exemplar em termos metodológicos (GIUMBELLI, 2002).

A pedra angular dos estudos etnográficos está na metodologia descritivo-narrativa e o diário de campo constitui seu instrumento de registro de dados por excelência. Por intermédio desse processo de comunicação, em um campo de forças que define o que pode/não pode ser aceito como verdadeiro, produz-se, como nos ensina Teresa Caldeira (1988), um conhecimento marcado por relações de poder e de desigualdade. Os fazeres etnográficos têm sido considerados, sobretudo, um trabalho escrito, com a própria apresentação das informações resultando num texto em que a presença autoral é problematizada.

A voz unívoca ou excessivamente presente de quem produz a narrativa, característica da vertente etnográfica clássica, passa a se constituir como uma presença entre outras, torna-se diálogo que considera a pluralidade vocal existente, assumindo que “o estilo do texto se define em função do objeto e do tipo de análise que se pretende” (CALDEIRA, 1988, p.157). Nesse sentido, e concordando com a argumentação da autora, mais do que receitas de como fazer textos, precisamos compreender e conformar, no processo de escrita, essa noção de flexibilidade textual para que a pluralidade de vozes estudadas se apresente.

Refletindo sobre questionamentos que se estabelecem a respeito da metodologia etnográfica – alguns, em sua compreensão, bem fundamentados –, Fonseca (2004) aponta que a aplicação, às sociedades complexas em que vivemos, de uma metodologia originariamente descritiva de grupos “isolados” seria um deles:

Será que, diante da globalização da cultura, num mundo que fala cada dia mais de “cultura planetária”, a pesquisa de campo – lenta, particularista – não é o anacrônico resquício de uma tradição superada, brandida por alguns poucos românticos incorrigíveis? (FONSECA, 2004, p 10).

A pesquisadora nos responde essa inquietação destacando, no contexto da organização social brasileira, a inegável importância do lugar onde se reside e, desse modo, a vitalidade de estudá-lo. À semelhança da antropóloga, considero que, apesar da mobilidade geográfica com que convivemos nos dias de hoje, redes de vizinhança e parentesco não somente se mantêm relevantes, mas, de forma sistemática e apenas aparentemente paradoxal, são demandadas pelas políticas públicas brasileiras de educação e saúde como instâncias para multiplicação e rearticulação de seus discursos.

Mantendo-me na perspectiva do exercício permanente de reflexão e discussão para, se necessário, reorganizar as articulações metodológicas escolhidas, procuro, nas seções a seguir, descrever os recursos utilizados em campo para percorrer as trilhas e as opções analíticas adotadas.

3.3 PERCORRENDO TRILHAS

As trilhas percorridas foram delineadas por práticas de educação/promoção da saúde, instâncias que, além de perfazerem processos de formação profissional no SSC/GHC, são parte indissociável das rotinas assistenciais em APS/ESF. Possibilitaram-me observar e prestar atenção aos modos e formas como seus integrantes se relacionam e, desde a perspectiva de que essas relações são configuradas em possibilidades de encontros, estranhamentos e aproximações, minha própria relação, como pesquisadora nesse campo e em seus desdobramentos com os demais sujeitos que o compõem, não esteve dada.

Caldeira (1981) nos assinala que relações entre pesquisadores/as e pesquisados/as não são neutras, mas configuram exercícios de poder. São relações entre sujeitos, as quais podem sofrer variadas interferências. Não são encontros fortuitos, mas promovidos no fluxo do tempo e na pluralidade dos espaços, condição que pressupõe o trânsito entre dois mundos – o acadêmico e o do grupo estudado. Há o exercício permanente de arbítrio sobre uma justa medida para que, adequada, a inserção no campo não esteja excessivamente impregnada pelo ponto de vista de quem o integra (VÍCTORA *et al.*, 2000).

Posicionei-me como pesquisadora no interior de um grupo que observava e era observado, considerando-me parte dele, integrada, partilhando do seu cotidiano; elegi realizar observações nos espaços de assistência e educação da ESF em que circulo, registrando-as através de notas de campo, na maior parte das vezes, munida apenas de caderno e lápis. Com esses recursos, anotei, do modo mais detalhado possível, todas as informações dos momentos de observação, para transformá-las, posteriormente, no silêncio e recolhimento de meu espaço pessoal de estudo, nos textos que conformaram meu diário de campo.

Embora muito antigo como relato pessoal em primeira pessoa e apresentado por Barros e Passos (2009, p.173) enquanto “exercício de escrita íntima”, o texto diarístico aparece no século XIX como recurso para o trabalho de cientistas que se lançam a campo, abrindo mão da segurança dos laboratórios de pesquisa. Os autores referem diário de campo como um modo de dizer e registrar a experiência, expresso em um tipo de textualidade. Há intimidade – não propriamente pessoal – nesse tipo de escrita, que, ao criar o relato, revela as implicações do/a pesquisador/a, fala sobre a vivência cotidiana no campo e mostra como é feita a pesquisa. O texto diarístico “enuncia sua própria produção” (BARROS; PASSOS, 2009, p.175).

Utilizando a ideia trazida por Víctora *et al.* (2000), busquei manter relatos sistemáticos, à semelhança daqueles que são produzidos num diário de viagem, escrevendo

após cada observação realizada. A argumentação dessas autoras constituiu um fundamento importante para que eu buscasse a produção de detalhamentos minuciosos: as pesquisadoras assinalam que, muito frequentemente, as informações de um diário de campo fornecem subsídios à análise de materiais produzidos de outra forma.

Ao refletir sobre o olhar etnográfico, Fonseca (2004, p.7) nos ensina que, em diários de campo, atrás das narrativas, há “longas horas, aparentemente ‘jogando tempo fora’, na observação de cidadãos comuns em suas rotinas mais banais”. Tendo referido, em momento anterior de meu texto, a importância de mantermos cuidado intensivo em relação à força e integridade de conceitos, e, por não ser antropóloga, acho oportuno lembrar que esse estudo não se pressupõe como uma pesquisa etnográfica, mas com inspirações etnográficas. Caberia – antes, talvez –, a partir da inscrição na perspectiva dos Estudos Culturais, situar-me na condição de *bricoleuse*³³, em referência à figura de *bricoleur*, nas palavras de Denzin e Lincoln (2006, p.18), “um indivíduo que confecciona colchas [...] que utiliza as ferramentas estéticas e materiais do seu ofício, empregando efetivamente quaisquer estratégias, métodos ou materiais empíricos que estejam ao seu alcance”.

Florence Weber (2009) nos fala sobre o diário enquanto técnica que permite distanciamento na pesquisa de campo e, mais tarde, a análise de seu desenvolvimento. Para essa pesquisadora, diários também mostram, a cada etapa de reflexão, laços entre pensamentos formulados pelo/a pesquisador/a e os momentos do estudo em que são reformulados. O diário de campo não é um texto secreto, é um estoque de materiais para utilizarmos sem preconceito, mas cientes dos seus propósitos (WEBER, 2009).

Partindo, igualmente, de colocações como as trazidas por Tura (2011), entendo que o/a pesquisador/a é elemento essencial da observação e que o diário de campo configura o seu principal auxiliar. Valendo-se de escrita o mais completa e precisa possível, é no diário de campo que se registram os diferentes momentos da investigação, incluindo as dúvidas, indagações e perplexidades. Recurso imprescindível, o diário possibilitou-me ler, reler, lembrar, relembrar, discutir, refletir e analisar cenas e cenários com os quais as observações foram compostas:

[...] é um mergulho profundo na vida de um grupo com o intuito de desvendar as redes de significados, produzidos e comunicados nas relações interpessoais. Há

³³ Uso a flexão feminina de *Bricoleur*, termo francês introduzido pelo antropólogo belga Lévi-Strauss, descrevendo um tipo de pensamento e simbolismo; seria o oposto do engenheiro que cria instrumentos específicos para atividades específicas; o *bricoleur*, para produzir seu trabalho, utiliza poucas e inespecíficas ferramentas.

segredos do grupo, fórmulas, padrões de conduta, silêncios e códigos que podem ser desvelados [...] (TURA, 2011, p.189).

Observei, em diferentes espaços e momentos de meu cotidiano de assistência/educação em ESF, de que forma são produzidos, circulam e estão articulados discursos sobre ‘mulher saudável’. O acolhimento a usuários, atividades em grupos, consultas coletivas, reuniões de equipe/comunidade e seminários teóricos, entre outros, foram constituídos como possibilidades de encontros e desencontros em que discursos de promoção da saúde e pedagogias de gênero se mostraram estar (res)significados e (entre)cruzados.

Lembrando, no entanto, que o campo da pesquisa qualitativa está constituído por tensões, contradições e hesitações, a materialidade do tempo teve de ser considerada, não apenas para produzir o diário de campo mas também para as demais fases da investigação.

As observações e registros tiveram início em março de 2012, a partir da aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa do GHC, através de sua submissão à Plataforma Brasil³⁴. No entanto, o material produzido até o momento da qualificação era composto por anotações incipientes e esporádicas, uma vez que, no decorrer desse período, dentre meu conjunto de ações de estudo, havia optado por priorizar a participação em seminários presenciais ofertados pelo programa de doutoramento. Assim, embora a aprovação da CEP/GHC houvesse sido obtida em março de 2012, o tempo disponível para a produção de observações e registros sistemáticos foi exíguo ao longo dos dois semestres daquele ano.

Para que eu pudesse problematizar e sistematizar meus estranhamentos frente ao familiar e cotidiano, e partindo da concepção de observação participante como processo (FLICK, 2009), articulei, durante todo o segundo semestre de 2013, um período de imersão regular no campo, em contato com as pessoas e com o recorte da ESF em estudo. Nesse sentido, procurei conduzir-me pelos ensinamentos de Geertz (2008), de modo que a observação fosse acompanhada por uma descrição densa e de invariável esforço para, registrando as situações vivenciadas, buscar lógica em sua organização.

Por constituir um processo que exigiria tempo, delineei, inicialmente, um prazo de quatro a cinco meses, entre julho e dezembro de 2013, realizando entre duas e três

³⁴ Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas que envolvem seres humanos, gerenciada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), instância regulamentada do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A plataforma permite que pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios – desde submissão até aprovação final pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local e pela CONEP, quando necessário – possibilitando, inclusive, auditoria da fase de campo, além do envio de relatórios parciais e finais dos estudos (após sua conclusão). O sistema permite, ainda, a apresentação de documentos em meio digital, propiciando à sociedade o acesso aos dados públicos de todas as investigações aprovadas (BRASIL, 2014).

observações participantes sistemáticas semanais, tanto no turno da manhã quanto à tarde. Durante os encontros, procedia a anotações e apontamentos manuscritos, os quais compunham, ao término de cada atividade, o registro eletrônico do diário de campo. Efetuei, de modo regular, observações nos grupos *Fazendo Arte*, *Curso de Gestantes e Saúde no Prato*³⁵, atividades organizadas em diferentes dias da semana e turnos. Na segunda quinzena de novembro, participei de uma ação distinta dos encontros dos grupos especificamente acompanhados, mas que consistiu numa oportunidade de observação em campo muito singular: o chamado ‘mutirão’ para atingir a meta de cobertura anual do exame citopatológico³⁶ em mulheres do território. Na manhã de 23 de novembro de 2013, sábado, durante um período de quatro horas e meia, acompanhei as atividades da parcela de profissionais que acolheu, efetuou orientações e procedimentos para prevenção de câncer ginecológico junto ao território da USJL.

Nos referenciais que sustentam o estudo, técnicas de observação e registro sistemático incorporam interação clara e explícita com o campo de investigação e, desde esse entendimento, sujeitos de pesquisa e eu, sujeito-pesquisadora, estivemos/estamos em contínua e mútua transformação. Não me posicionei – nem me posiciono – como alguém que simplesmente recolheu materiais, mas estive e estou, a todo instante, incluída nas ações transcorridas (CALDEIRA, 1981; SANTOS, 2005). Não cruzei um caminho pelo qual pude apenas passar e, a partir daí, proteger-me. Refletindo sobre práticas etnográficas como transformação, retive comigo as palavras de Vasconcelos (1996, p.31), as quais sinalizam a importância de observar e escutar com todos os sentidos. Procurei exercitar, a partir de seu convite, o esquecimento de preconceitos: “[...] esquece que és ‘especialista’, esquece tuas ideias sobre ‘como devia ser’, assume tua ambiguidade [...]”.

Parece-me importante, por isso, reconhecer que observadora e observados/as estivemos e estamos todos/as num “processo relacional de incertezas e novas imprevisibilidades” (OLIVEIRA, 2008, p.230). Em outras palavras, considero importante demarcar que, na condição de pesquisadora e pesquisados/as, estivemos e estamos encarnados/as em corpos concretos com distintas posições de sujeito, ocupando dados momentos no tempo e no espaço, possuidores que somos de biografias sociais específicas.

³⁵ Os grupos acompanhados serão descritos de forma detalhada durante a apresentação e discussão dos materiais empíricos.

³⁶ Exame realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. O câncer de colo uterino representa a quinta causa de morte por neoplasia entre mulheres no RS (GONÇALVES *et al.*, 2011), sendo priorizadas ações de prevenção e detecção precoce, especialmente no espaço dos serviços públicos assistenciais.

Admitindo que práticas produzem sentido e só podem ser compreendidas em seus contextos, isto é, nas especificidades históricas e culturais em que são construídas, renovo a importância da visibilidade do contexto em que essa pesquisa está articulada, para o que apontamentos e notas do diário de campo constituíram instrumentos indispensáveis. Como nos diz Flick:

[...] esse enriquecimento pode ser obtido por meio da documentação do processo em protocolos de contexto, em diários de pesquisa ou em notas de campo. Com estes procedimentos transformam-se as relações estudadas em textos, que constituem a base para as análises efetivas [...] (FLICK, 2009, p.265).

Se um dos desafios trazidos pelo estudo foi percorrer trilhas metodológicas que proporcionassem, ao longo de seu percurso, condições para problematizar e refletir sobre o tema, a realização de conversas em profundidade com usuárias integrantes da comunidade ocorreu durante as observações realizadas entre julho e dezembro de 2013. Ao entender que sujeitos e conhecimentos são efeitos coemergentes do processo de pesquisa, conforme aponta Passos (2009), meu ponto de apoio à produção desses diálogos esteve na própria experiência de fazer as observações. As conversas foram produzidas durante momentos de observação, apontando a potência e a produtividade que esses momentos podem proporcionar. Oliveira (2008) nos diz que dialogar tem sido caminho para construção/desconstrução de conhecimentos, apresentando-o como um movimento de circularidade do pensamento através da experiência do ser humano e da atividade concreta.

Os momentos de diálogos foram registrados em meu diário de campo e essas conversas, incluídas no processo da pesquisa, dispararam novos desdobramentos. Foram interlocuções sem roteiros, ou seja, não constituíram entrevistas. Importa destacar, contudo, que observações e conversas, incluindo momentos de gravação, contaram, invariavelmente, com consentimento prévio de meus interlocutores. Os materiais empíricos, resultantes de relatos do diário de campo e dos diálogos, foram conjugados à análise documental para produzir minhas reflexões sobre a temática estudada.

Reafirmo, então, nesse momento que, para colocar em foco a discussão de práticas de promoção da saúde vividas no cotidiano de um bairro de uma metrópole brasileira, debrucei-me sobre e utilizei distintas estratégias investigativas como forma de produzir materiais empíricos. Tendo costurado, tal qual uma *bricoleuse*, diversos recursos de aproximação ao campo, articulei, de modo semelhante, escolhas que possibilitassem análises do que havia sido produzido, problematizando formas e meios com os quais essas práticas constituem e

medeiam relações que ensinam e regulam diferenciações/demarcações entre homens e mulheres. Faça sua apresentação em sequência.

3.4 MODOS PARA PENSAR AS TRILHAS JÁ PERCORRIDAS

Corpus de análise deste estudo, o diário de campo – integrado por textos e imagens – foi elaborado como efeito de minhas observações e de minhas posições de pesquisadora/profissional. Desde as teorizações que o sustentam, é preciso reconhecer-lhe sua própria condição discursiva enquanto versão construída, a partir de meu olhar, a respeito de experiências vivenciadas em conjunto com pesquisados e pesquisadas. Assim, diário e demais materiais³⁷ acessados durante a imersão no campo foram articulados pelos referenciais da análise de discurso na perspectiva foucaultiana, em que, como nos assinalam Meyer (2012) e Fischer (2001), há enunciados e relações que o próprio discurso põe em funcionamento, permitindo que certos sujeitos se tornem aptos a pensar, falar e agir de determinados modos, em circunstâncias específicas. Constituem procedimentos analíticos que possibilitam “descrever e problematizar discursos” (MEYER, 2012, p.55).

No âmbito de minha investigação, esses referenciais permitem descrever como promoção da saúde, seus significados e saberes específicos são produzidos, no contexto da ESF numa comunidade urbana de Porto Alegre, com certos efeitos para as mulheres que a integram. Com sua utilização, intencionei proceder à análise de relações e práticas muito concretas e vivas nos discursos que constituem cotidianos possíveis de mulheres saudáveis na USJL. Por intermédio dessas escolhas analíticas, posso pensar conexões entre os materiais produzidos e os exercícios de poder envolvidos com nossa produção de sujeitos contemporâneos.

Desde os referenciais teóricos escolhidos, admitir a instabilidade e complexidade dos discursos, afirmando-os como elementos em campos nos quais há correlações de forças (FOUCAULT, 1993), foi um pressuposto que orientou a tarefa analítica. A procura por regularidades discursivas significou interrogar os materiais não para buscar veracidades ou chancelas exatas frente ao que é dito, mas para questionar sobre efeitos recíprocos de modos, práticas e significados que, no contexto da ESF, têm sido definidos e prescritos como

³⁷ Álbuns seriados, cartilhas, documentários e cartazes que foram utilizados durante os encontros, como artefatos educativos de apoio às ações dos grupos *Saúde No Prato* e *Curso de Gestantes*. A modalidade *Fazendo Arte* não apresenta, explicitamente, a condição formal de atividade de Educação em Saúde como os outros dois e, desse modo, suas práticas congregam conhecimentos populares de artes manuais e artesanato, consolidados como saberes orais (voltarei a falar com detalhes sobre as características de cada grupo acompanhado nos capítulos de apresentação e discussão dos materiais empíricos).

adequados para uma vida saudável. Dito de outra forma, os procedimentos analíticos buscaram descrever e problematizar discursos (e sujeitos, enquanto efeitos desses discursos) que têm sido acionados pelo recorte dessa política pública, definindo ‘pessoas saudáveis’ e ‘pessoas não saudáveis’; as análises trataram de indagar em que condições de possibilidades, e por intermédio de quais pedagogias, os discursos da PS têm sido postos em circulação pela ESF, sobretudo para as mulheres, colocando-os sob rasura.

Nesse sentido, reflexões organizadas por Klein e Damico (2012), ao falarem sobre modos de pesquisar políticas de inclusão social e os grupos e indivíduos que elas se propõem a atingir, igualmente contribuíram com as análises:

[...] tratar dos modos como os indivíduos podem ou não se submeter às intervenções estratégicas de governo que tais políticas pretendem colocar em operação é uma tarefa que se articula a um texto com muitas vozes, enfatizando o caráter provisório e parcial de toda análise cultural (...). É nessa medida que compartilhamos ainda o entendimento de que a incorporação do método etnográfico vincula-se à escolha do referencial teórico, à formulação do problema e das questões de estudo, das escolhas dos procedimentos e da produção dos dados empíricos, mas, principalmente, da inserção e da realização das análises – cujo foco está nas relações e interações cotidianas que ocorrem nesses espaços –, da preocupação constante que envolve os sentidos e os significados presentes nos ensinamentos, julgamentos e comportamentos, tanto dos/das profissionais quanto dos/das usuários das políticas [...] (KLEIN; DAMICO, 2012, p.65).

Empenhei-me em mapear e refletir sobre (des)encontros, aproximações/estranhamentos e limitações observados em campo, tomando-os não como verdades imutáveis, mas como processos de contínua (re)configuração. O movimento permanente para reflexão e possíveis reconfigurações vincula esse trabalho à ideia da produção de conhecimento enquanto um processo impossível de ser enquadrado numa fase final.

Diria, ainda, que minhas apostas analíticas foram especialmente movimentadas por uma contribuição instigante de Denzin e Lincoln:

[...] não existe nenhuma janela transparente de acesso à vida íntima... Qualquer olhar sempre será filtrado pelas lentes da linguagem, do gênero, da classe social, da raça e da etnicidade... Os sujeitos, os indivíduos, dificilmente conseguem fornecer explicações completas de suas ações ou intenções; tudo o que podem oferecer são relatos ou histórias, sobre o que fizeram e porque o fizeram. Nenhum método é capaz de compreender todas as variações sutis na experiência humana contínua... Sempre em busca de melhores formas de tornar mais compreensíveis os mundos das experiências que estudam (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.33).

Decisão tomada quanto a permanecer no campo da USJL (mesmo que com os efeitos dela decorrentes), tendo realizado reflexões sobre articulações metodológicas, bem como

sobre estratégias de produção e análise das informações, caracterizo, agora, o espaço da USJL, local de produção dos materiais empíricos.

3.5 VÍNCULOS E INSERÇÕES...

Desde os referenciais metodológicos discutidos anteriormente, considerada a inscrição dessa pesquisa no campo dos Estudos Culturais, e sua intencionalidade de examinar relações de poder em articulação a políticas sociais específicas, cabe situar seu recorte espacial (e, sobretudo, político-institucional) de APS, com o qual pude produzir minhas observações de campo.

A escolha desse recorte não ocorreu ao acaso, mas motivada por minha inserção na equipe de trabalho da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL), integrante do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre/RS.

Constituindo-se o maior complexo público estatal de saúde na região sul do país, o GHC oferta atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada, internação hospitalar de todos os âmbitos assistenciais, centros de atenção psicossocial, programa de internação domiciliar, pontos de cultura, ações na esfera do que se denomina *Consultório na Rua*³⁸ e pronto-atendimento, além de ensino, pesquisa e formação profissional (CECCIM, 2010; BRASIL, 2012c).

Apontado em sua página institucional (BRASIL, 2014a) como referência nacional no atendimento realizado pelo SUS, a estrutura do GHC está diretamente vinculada ao Ministério da Saúde (MS) – acionista majoritário e responsável por seu financiamento³⁹. Conta, além das

³⁸ Segundo a portaria do MS nº 122, datada de 25 de janeiro de 2012, ações de Consultório na Rua consubstanciam o componente atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. Suas equipes são multiprofissionais e lidam com diferentes problemas e necessidades de saúde de populações em situação de rua. Embora a portaria registre, inicialmente, a integração intersetorial de políticas públicas como forma de melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes às populações em situação de rua, chamou minha atenção o detalhamento específico e único para a atividade de *busca ativa e o cuidado* (grifos meus) a usuários/as de álcool, *crack* e outras drogas. As atividades de equipes de Consultório na Rua são realizadas *in loco*, de forma itinerante, pressupondo compartilhamento e integração às Unidades Básicas de Saúde (UBS); articulam-se, igualmente, às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, conforme as necessidades de usuárias/os (BRASIL, 2014a).

³⁹ A figura jurídica do GHC é a de uma sociedade de economia mista, sob a forma de sociedade anônima de capital fechado; essa condição é decorrente de medida tomada em 1975 pelo governo federal. Por meio do Decreto nº 75.403, de 20/02/1975, alterado pelo Decreto nº 75.457, de 07/03/1975, as ações constitutivas do capital privado das sociedades anônimas HNSC, HF e HCR foram declaradas de utilidade pública para desapropriação pela União, sendo o controle acionário exercido pelo gestor federal. O Decreto nº 99.244, de 10/05/1990, art. 146, vinculou os hospitais ao Ministério da Saúde, o qual se responsabiliza por repasses para despesas de pessoal e encargos sociais dessas entidades – o que as enquadra na definição de empresas estatais.

doze unidades de APS (US) do SSC, com quatro unidades hospitalares (Hospital Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina), uma unidade de pronto atendimento (UPA Moacyr Seliar), três centros de atenção psicossocial (CAPS) e o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC.

Entre as características distintivas do GHC, são apontadas: a atuação em todos os níveis de atenção à saúde; a experiência singular do SSC na modelagem da APS no Brasil – a qual se tornou, inclusive, marco referencial utilizado pelo MS para configurar nacionalmente a ESF –; e sua condição de conjunto de hospitais de ensino, responsável por processos de formação profissional para o SUS.

Coordenado pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) é uma das modalidades de formação profissional em serviço com as quais estou diretamente relacionada. Constituída em 2004 e composta por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão de ações assistenciais à saúde, essa modalidade de formação é um programa de pós-graduação *lato sensu* que agrega outras bases de produção de conhecimentos, com referenciais do campo das ciências humanas e sociais. Seu projeto político-pedagógico busca articulação entre práticas de assistência e ensino em serviço e, com seus diversos núcleos profissionais (artes, Graduados em ciências sociais aplicadas, ciências humanas e ciências da saúde – enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) (FUNDATEC, 2013), distribuídos em sete ênfases distintas – Atenção ao Paciente Crítico, Oncologia e Hematologia, Atenção Materno Infantil e Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Gestão em Saúde, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental –, a RIS⁴⁰/GHC é referida como prática educativa em ato (CECCIM, 2004; 2010), em que afloram questionamentos sobre o próprio pensar/fazer saúde.

Em novembro de 2012, a Junta Comercial do Estado do Rio Grande do Sul homologou e publicou a incorporação definitiva dos hospitais Cristo Redentor (HCR) e Fêmeina (HF) pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), conformando uma única S.A., a do HNSC. Como efeito dessa incorporação, os hospitais Cristo Redentor, Fêmeina e Criança Conceição, US do SSC, UPA Moacyr Seliar, Escola GHC e CAPS tornaram-se filiais do HNSC (BRASIL, 2014a).

⁴⁰ A noção de Residência “Integrada” aparece quando setores, envolvidos com experiências em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde sob a forma de Residência, identificam que a formulação e a criação do SUS supõem uma nova lógica para os processos de produção e cuidado da vida. As lógicas tradicionais utilizadas para formação acadêmica e ações de saúde fragmentam saberes em núcleos de conhecimento, promovendo divisão social do trabalho e dificuldade de seus profissionais em compreender, desde outras perspectivas, a relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população (CECCIM, 2010).

3.5.1 Uma Imagem Constituída pela Atenção Primária à Saúde

O Serviço de Saúde Comunitária, campo que coordena os processos de formação das modalidades Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde – ênfases Saúde da Família e Comunidade (SFC) e Saúde Mental (SM) –, foi criado em 1982 com a Unidade de Medicina de Família do HNSC. Sua equipe, à época formada por quatro residentes médicos de terceiro ano, defendia o atendimento integral e a continuidade do cuidado, aliados à participação comunitária.

Desde então, foram implantadas mais onze US, localizadas na zona norte de Porto Alegre/RS, referências não apenas em assistência para a rede municipal de APS mas também no ensino em serviços de saúde para todo o país, tornando-se o SSC um reconhecido polo formador de profissionais para a ESF. No ano de 2013, os três CAPS-GHC, unidades de cuidado especializado em saúde mental, passaram a integrar, administrativamente, a Gerência de Saúde Comunitária (GSC) (BRASIL, 2014a). Assim, constituído por equipes multiprofissionais e desde a perspectiva discursiva trazida pela APS sobre sua modelagem de atenção, o SSC integra a rede de serviços administrada pelo HNSC.

A partir do processo de contratualização⁴¹ com o gestor municipal de saúde em Porto Alegre, conforme peculiaridades e dimensão populacional de cada território, número expressivo de Agentes Comunitários de Saúde foi agregado a cada uma das doze US do SSC nos últimos dois anos. Além desses integrantes, fundamentais à nossa configuração nos moldes preconizados pela ESF, as equipes são formadas por assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos/as em enfermagem, cirurgiões/cirurgiãs-dentistas, enfermeiros/as, farmacêuticas, médicos/as, nutricionistas, psicólogos/as, técnicos/as em saúde bucal, profissionais residentes, bem como estagiários/as de diversos cursos técnicos e de graduação.

A contratualização mencionada no parágrafo anterior assinala uma condição importante no âmbito do SSC: sua estrutura compõe a rede de serviços de APS em Porto Alegre e constitui marco referencial para organização da ESF, porque, há mais de trinta anos, seu processo de trabalho e formação profissional está ancorado nessa racionalidade. No

⁴¹ No âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no SUS – ação conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Educação –, acordos têm sido estabelecidos entre hospitais/unidades de atenção primária e secretarias de saúde estaduais ou municipais, desde o final de 1990, para melhoria do desempenho, incremento da prestação de contas, aprimoramento da gestão e da assistência (LIMA; RIVERA, 2012). O processo que envolve os arranjos recebe o nome de contratualização.

entanto, a condução administrativa de suas unidades de saúde não é realizada de modo direto pelo gestor municipal⁴².

Discursivamente, o SSC e seus integrantes são posicionados como responsáveis por atenção à saúde no modelo constitutivo da ESF (especialmente, pelo seu caráter precursor, desde os anos 1980, na atenção à saúde de famílias e pelos processos de formação profissional que têm realizado para a Estratégia). No entanto, os desdobramentos do que denomino a condição híbrida⁴³ de conformação do SSC podem ser observados em variados aspectos: realização de processos formativos em serviço com certificação profissional pelo GHC, modalidades para documentação e registro de informações diferentes daquelas utilizadas pelas ESF convencionais de Porto Alegre, além de sistemas de monitoramento e avaliação próprios. Composição multiprofissional ampliada nas suas equipes, vínculo trabalhista diferenciado, cargas horárias e valores de remuneração diversos – quando estabelecido o comparativo entre contratados do SSC e cargos idênticos na ESF – são outras peculiaridades desse hibridismo.

Como já referido anteriormente, as unidades de saúde do SSC estão localizadas nas zonas norte e leste-nordeste de Porto Alegre e a territorialização, desde tempos anteriores à constituição da ESF, é assumida como um dos pilares de seu processo de atenção. A noção de trabalho com território, veiculada pelo ideário da APS, contempla sua exploração para além de limites geográficos, numa condição de sensibilidade às suas questões, de capacidade para movimentar-se por ele, detectando alterações de paisagem e, como nos fala Ceccim (2005b, p.983), “colocando em relação fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais –, mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade”.

⁴² Em termos estabelecidos pelas normativas e diretrizes legais que compõem a Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao gestor municipal a responsabilidade de implantar e executar ações da ESF, o que inclui a contratação de profissionais (BRASIL, 2012b).

⁴³ Inspirada na categorização aportada por Menicucci (2007) ao discutir modelos assistenciais em saúde, utilizo sua noção de hibridismo desde a perspectiva de que o SSC tem se constituído pelo cruzamento institucional de racionalidades diversas e sobrepostas: ensino/assistência em saúde, modelagem hospitalar/modelagem APS, gestão em níveis federal/municipal.

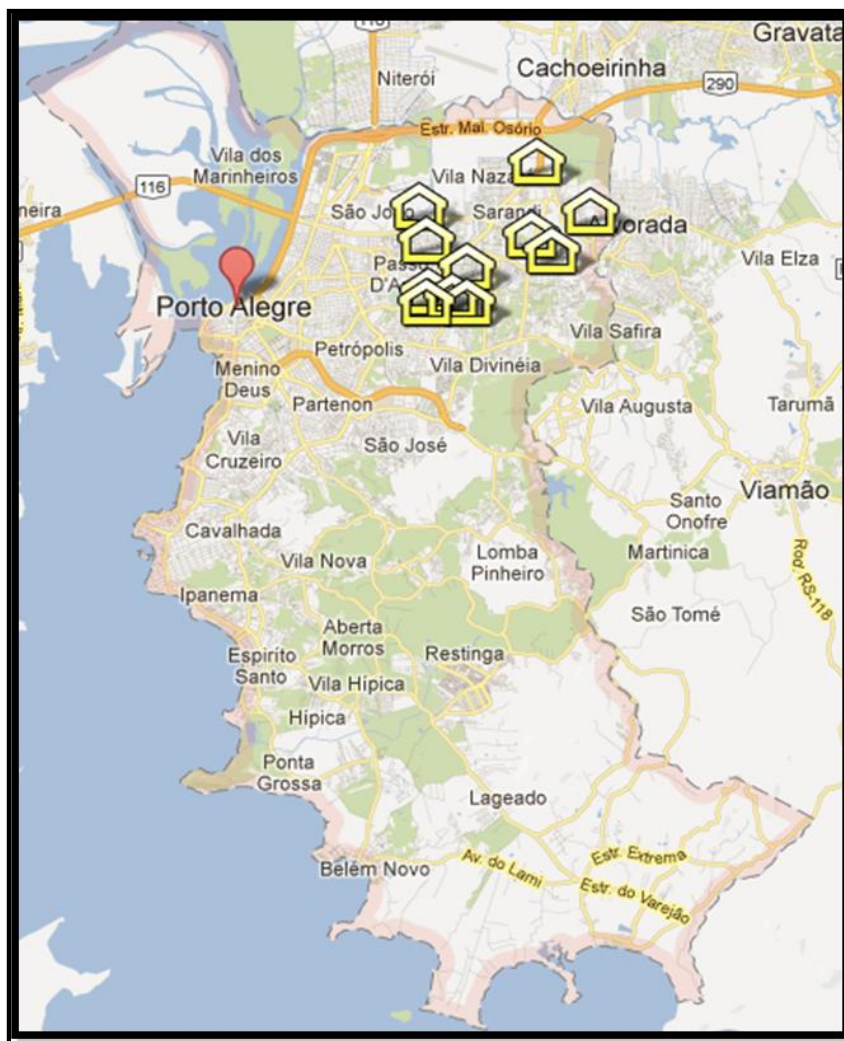


Ilustração 1 – Distribuição das US do SSC/GHC nas zonas norte e leste-nordeste de Porto Alegre, RS. Fonte: Serviço de Saúde Comunitária/Grupo Hospitalar Conceição, consultado em maio de 2014.

Complexo tempo-espaço social, em que há múltiplas relações de poder, a concepção de território assumida pelo SSC pode ser entendida como um fio que, simultaneamente, pressupõe a articulação entre conteúdos discursivos tanto da APS e ESF quanto da Promoção da saúde. Processos de territorialização mapeiam áreas de atuação de equipes – identificando quem ou quais famílias estão expostas a riscos – e atualizam, periodicamente, informações sobre a população assistida com a finalidade de produzir indicadores de saúde. Em termos documentais, o mapeamento de territórios é considerado prioridade no planejamento local: é ação primordial à organização dos serviços e forma de garantir resolubilidade ao sistema (PESSOA, 2013).

Cotidianamente, essa articulação se vê marcada pelas disputas entre um ideário teórico de reconhecimento do território em suas intrincadas dimensões e a persistente focalização de ações de saúde para grupos específicos: hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, crianças,

adultos, entre outras categorizações possíveis. Em minha observação, territorializar, em boa medida, parece se resumir à elaboração de mapeamento de áreas de risco entendidas como responsabilidade dos/as profissionais da APS, configurando uma estratégia organizativa e gerencial do serviço. Penso que os demais fluxos integrantes da noção de território, para além de cognição, técnicas e racionalidades, permanecem silenciados.

Há mais de duas décadas, um traço marcante do SSC tem sido o trabalho com prontuários de família, os quais constituem acervo documental da atenção realizada pelas equipes com os grupos familiares nos territórios sob responsabilidade das US. Hoje incorporados à normatização ministerial da ESF para todo o país, os prontuários de família compõem o processo de produção de cuidados em APS realizado pelas equipes do SSC desde a sua criação. O prontuário de família configura uma produção escrita coletiva (e efetivada, através do tempo), demandando ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre saberes profissionais que integram as equipes de saúde.

Para que se obtenha um prontuário de família no SSC e seja realizada a atenção à saúde no formato preconizado em suas US (ou seja, para além de alguma condição de urgência), moradores/as dos territórios adscritos têm de realizar comprovação de endereço e identificação dos/as integrantes do domicílio; posteriormente à entrega desses documentos, é efetuada, por ACS, a visita domiciliar confirmatória à abertura do prontuário e/ou inclusão de integrantes. Compondo a pasta de cada família, há uma folha inicial (à qual são anexadas cópias dos documentos de identificação individual e comprovante de endereço), em que são preenchidas informações detalhadas sobre o domicílio e seus/suas moradores/as. À medida que cada integrante passa a utilizar a US, os registros de atendimento são efetivados em folhas individuais.

3.6 ADENTRANDO O CAMPO DE INVESTIGAÇÃO...

Ainda oficialmente localizada no bairro Rubem Berta, a USJL tem suas origens, em meio aos anos 1980, ligadas às reivindicações de segmentos de movimentos sociais urbanos em busca de alternativas para as demandas habitacionais daquele período. Na sentença anterior, a ressalva *ainda oficialmente localizada* é explicada pela tramitação de um projeto de lei, nesse momento, na Câmara Municipal de Porto Alegre, com vistas à redefinição dos limites de bairros da cidade. A documentação consultada (PMPA, 2014) descreve a intenção do gestor municipal em potencializar o reconhecimento do bairro como território à condição

de base de informações e gestão. Com a aprovação da proposta, a cidade contará com 92 bairros, ao invés dos 81 atualmente existentes, oficializando o Jardim Leopoldina como tal. Esclareço que, no contexto dessa pesquisa, mesmo que de modo antecipado, tratarei a área na condição de bairro, tendo em vista que não há indicativos de rejeição ao projeto.

A ocupação irregular da área trouxe, a partir de 1987, o acréscimo de aproximadamente 1.500 famílias que, por intermédio da associação comunitária local, pressionaram por ações governamentais para melhorias nas condições de saúde, saneamento e transporte, tendo como resultado a criação dessas estruturas e serviços.

Inicialmente, a USJL esteve vinculada à Secretaria Estadual da Saúde e, a partir de 1991, foi incorporada pelo SSC. O espaço físico atual foi inaugurado em 1995, recebeu modificações em 2006 e aguarda a construção – cuja data de início ainda permanece em negociação institucional – de um novo prédio com instalações ampliadas.

Em suas cercanias, encontramos a Praça México, a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Baltazar de Oliveira Garcia, a Escola Comunitária de Educação Infantil Planeta do Saber e, numa distância um pouco mais afastada, em torno de trezentos metros, há a Escola Municipal de Ensino Fundamental David Canabarro. Conformam espaços de educação formal em que são desenvolvidas ações específicas do Programa Saúde na Escola (PSE)⁴⁴.

Prédios de quatro pavimentos, sem elevadores, compõem o maior número de edificações do território, ainda que outros tipos de habitação, como casas de alvenaria, madeira e materiais reaproveitados, também conformem sua paisagem. Após redistribuição de áreas de abrangência, decorrente da contratualização já mencionada, outros conjuntos habitacionais, compostos por edifícios construídos nos últimos quatro anos, passaram a integrar a população adscrita à USJL. Diferentemente das edificações do período de delimitação inicial do território, os novos prédios são mais altos, mas, ainda assim, não disponibilizam elevadores para seus moradores.

⁴⁴ Conforme definição ministerial, “o Programa Saúde na Escola (PSE), lançado em setembro de 2008, é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação que tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros e construir uma cultura de paz nas escolas” (BRASIL, 2015c, s. p.). Na USJL, embora, nominalmente, atribuição de toda a equipe, as ações do PSE têm sido efetivadas tão somente como prática de campo desenvolvida por profissionais residentes e preceptoria.



Ilustração 2 – Vista aérea (por satélite) do território adscrito à USJL.
Fonte: Google Earth, consultado em maio de 2014.

Ausência de elevadores nos edifícios do Jardim Leopoldina é algo que produz efeitos concretos à materialidade da vida no bairro, pois, diariamente, é possível acompanhar as dificuldades de acessibilidade/mobilidade de sua população idosa ou acamada, em especial daquela parcela que apresenta limitações graves ou mesmo impossibilidade de subir e descer escadarias de prédios com até cinco pavimentos.

Vislumbro esses fatos como consoantes, talvez, a uma verticalização⁴⁵ de paisagens urbanas no Brasil contemporâneo e a uma expectativa de vida mais longa para nossas populações, essa última sustentada não apenas por melhora objetiva de condições materiais de vida mas também, possivelmente, por uma oferta de ações/serviços públicos de saúde. Um exemplo dessa possível relação entre oferta de ações/serviços de saúde e aumento na expectativa de vida de parcelas da população do bairro está na realização do Programa de Atenção Domiciliar (PAD)⁴⁶ pelas US do SSC.

⁴⁵ Verticalização tem sido discutida, juntamente com a noção de adensamento, em campos como os da arquitetura, geografia e urbanismo, enquanto processo que altera a configuração de cidades. Tem sido apresentada como a criação de solos sobrepostos (CASARIL; TÖWS; MENDES, 2011), sob a forma de edifícios dispostos em andares, situação que possibilita abrigar contingentes populacionais muito mais numerosos do que em habitações horizontais. Um de seus efeitos seria a valorização das áreas urbanas pelo aumento de seu potencial de aproveitamento. Em Porto Alegre/RS, um interessante estudo de caso foi realizado por Scussel e Sattler (2010), discutindo esses processos no bairro Menino Deus.

⁴⁶ Programas de internação domiciliar representam uma estratégia na busca por reverter a assistência centrada em hospitais e, desse modo, parecem ser discursivamente consoantes às lógicas de humanização na atenção e promoção da saúde. É preciso considerar que o envelhecimento populacional tem sido apontado como um dos

Há redes de água, esgoto e energia elétrica e, embora seja realizada coleta de lixo diária, ela não é seletiva. Os estabelecimentos comerciais são diversificados e incluem supermercado, farmácias, ferragens, agências lotéricas, lojas de vestuário, calçados e artigos religiosos, armazéns, óptica, salões de beleza, floricultura, agropecuárias, lanchonetes, sorveteria, restaurantes, padarias, pizzaria, bancas de revista, imobiliária, bazares, clínicas médicas, odontológicas e veterinárias privadas. O sistema de transportes coletivos congrega várias linhas de ônibus operadas pela Companhia Carris e por empresas privadas integrantes do Consórcio Conorte, além de lotação (EPTC, 2014).

Segundo relatórios gerenciais do SSC, os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 apontaram uma população de 13.836 habitantes no Jardim Leopoldina, com 7.864 mulheres e 5.972 homens; a distribuição etária também sinaliza maior presença feminina para a faixa acima de 60 anos no comparativo de gênero: 1.339 mulheres e 573 homens⁴⁷. Seus moradores têm ocupações diversas: são pequenos/as comerciantes, comerciários/as, trabalhadores da construção civil, autônomos/as, aposentados/as, pensionistas, diaristas, motoristas, estudantes e desempregados/as.

Igualmente com base no censo de 2010, informações apresentadas pelo Observatório da Cidade de Porto Alegre apontam que o rendimento médio de responsáveis por domicílio é de 3,04 salários mínimos no bairro Rubem Berta (OBSERVAPOA, 2014) e, na medida em que o Jardim Leopoldina permanece como integrante dessa área, tal valor numérico foi considerado como indicador econômico em minhas reflexões. Em muitas unidades familiares, a aposentadoria ou pensão de um dos membros com mais idade é referida como única fonte regular de renda, sendo complementada por trabalhos informais e ocasionais dos demais componentes. Meu olhar sobre o território percebe discrepâncias no poder aquisitivo das famílias, disparidades que parecem estar diluídas pela moradia em edifícios, cujas fachadas

mais importantes fenômenos demográficos contemporâneos em nível mundial e, frequentemente, associado a aumentos nos custos e gastos com saúde. Nesse sentido, tais aumentos, observáveis também no Brasil, podem ser entendidos como efeitos tanto da dimensão coletiva do processo de envelhecimento (social) quanto da condição individual, convergindo para a estruturação de serviços e programas de saúde que possam responder às demandas emergentes desse novo perfil epidemiológico. Idosos utilizam serviços hospitalares mais intensivamente que outros grupos etários e seus cuidados tendem a envolver tratamentos com duração mais prolongada e recuperação mais lenta, resultando em maiores gastos (BAJOTTO *et al.*, 2012). No contexto do GHC/SSC, o programa de internação domiciliar recebe o nome de Programa de Atenção Domiciliar (PAD); após internação em um dos hospitais do GHC, adultos, adolescentes e crianças, moradores das zonas norte e leste-nordeste de Porto Alegre, recebem acompanhamento pelo PAD para que eles e suas famílias prossigam com os cuidados necessários em casa. Na descrição do programa, é referida a intencionalidade de promoção de autonomia do cuidado, bem como de treinamento a usuários e seus cuidadores com essa finalidade (BRASIL, 2014c).

⁴⁷ O Observatório da Cidade de Porto Alegre (OBSERVAPOA, 2014) apresenta que, no período entre 2000 e 2010, na região Rubem Berta, houve um aumento de 54,77% no número de moradores idosos. A tendência mais provável é que esse aumento expressivo também tenha se verificado no Jardim Leopoldina.

homogêneas e padronizadas poderiam favorecer, em certo sentido, o apagamento de diferenças econômicas entre moradores/as.

A figura de um mosaico, possivelmente, descreveria bem nosso cotidiano de trabalho no território da USJL: marcadas pelo pressuposto de ensino em serviço, as atividades assistenciais e de formação compreendem consultas individuais, coletivas, visitas domiciliares e grupos com a comunidade. Cabe destacar que as atividades em grupos constituíram minha modalidade preferencial de acompanhamento sistemático durante o período de observação participante, na medida em que privilegiam ações educativas desde perspectivas de Promoção da Saúde.

Enquanto modalidades de assistência/educação em saúde coletiva, os grupos existentes conjugam trajetórias próprias de criação e consolidação no processo de atenção à saúde que realizamos na USJL. Em linha articulada a propostas ministeriais para cuidados com gestantes e crianças ou condições crônicas não transmissíveis (prioritariamente hipertensão e diabetes), *Hiperdia*⁴⁸, *Curso de Gestantes* e *Tabagismo* são representantes desse direcionamento tradicional. *Saúde Mental*, *Grupo de Pais*, *Grupo de Crianças*, *Saúde no Prato*, *Fazendo Arte* e *Convivência* são outras possibilidades de encontro entre população, equipe e território.

Entrelaçados à assistência realizada com a população, há momentos de rotinas técnicas e administrativas, reuniões de equipe, seminários teóricos de campo e orientação/supervisão de núcleo para profissionais e estudantes em formação.

Desde o início da investigação, tenho me deparado com a necessidade diária de refletir sobre aspectos relativos a meu vínculo profissional direto, e, especialmente, a como delimitar meu trabalho de campo à dimensão da pesquisa. No decorrer das observações, por diversos momentos, estive apreensiva. Interroguei-me: de que forma manter-me na posição de pesquisadora em alguns turnos e, em outros, na de trabalhadora? Andando sobre um fio suspenso, tênue e invisível, às vezes cortei situações, aproximações e demandas por assistência diante das quais fui colocada em momentos de atividade de campo. Precisei, em algumas circunstâncias, reafirmar que estava presente, sim, mas que, naquele momento específico, minha atividade era a de pesquisa. Em outras ocasiões, esse fio me produziu cortes porque me senti atravessada por sentimentos como o de estar no local de trabalho (que era

⁴⁸ Os nomes grafados em itálico correspondem aos diferentes grupos realizados na USJL no momento das atividades de campo desse estudo. Conforme mencionado na seção 3.4, farei a apresentação detalhada de *Curso de Gestantes*, *Fazendo Arte* e *Saúde no Prato*, espaços em que as observações foram efetivadas sistematicamente, durante a discussão dos materiais empíricos.

meu espaço de estudo e observação) sem realizar tarefas costumeiramente executadas por mim.

À semelhança de Fernanda Eugênio (2003), quando essa investigadora realizou sua pesquisa de campo numa escola de alfabetização com crianças cegas, não pude permanecer como uma observadora invisível: ao contrário, constituí-me uma participante observadora. Ocupando um lugar profissional já reconhecido na equipe e frente àqueles e àquelas que pretendi estudar, fui convocada, em vários momentos, a encarnar minha posição de cirurgiã-dentista na USJL: solicitavam e aguardavam que eu me manifestasse desde essa condição. Assim, transitei entre lugares. Ao mesmo tempo que me questioneei se não deveria já estar preparada para esse ‘trânsito entre lugares’, não havia como fazê-lo sem percorrer o caminho. É inegável que, tensionada pela necessidade de revisar, critica e permanentemente, o trabalho de campo no propósito de não impregná-lo das verdades do grupo (o qual também me constitui), sofri com a dualidade de minha posição.

Durante a fase intensiva de campo, entre julho e dezembro de 2013, estabeleci jornadas que possibilitavam minha saída física do espaço do Jardim Leopoldina para o intervalo entre turnos. Havendo predomínio de atividades de PS no período da tarde, o maior número de observações ocorreu no horário entre 14h e 17h, efeito decorrente do padrão desigual de distribuição dos momentos de atenção coletiva, concentrados, usualmente, nesse turno.

Organizando meus momentos de trabalho com os de pesquisa – de modo a não ocorrerem superposições –, almoçava em locais que não a USJL. Isso equivale a dizer que, nas observações à tarde, por exemplo, se eu houvesse trabalhado pela manhã no Jardim Leopoldina, usufruía meu intervalo para descanso e refeição em outro ambiente, retornando somente no horário da atividade a ser acompanhada. Se, por outro lado, havia observação no período matutino, ela era compatibilizada pelos turnos de liberação para estudo. As saídas não apenas me possibilitavam uma pausa imprescindível para que eu retornasse após algum descanso físico mas também para que eu produzisse observações, contemplando, inclusive, informações sobre as condições climáticas de cada turno: luminosidade, temperatura, presença de sol e/ou nuvens. Percorrer as ruas do território durante meus intervalos propiciou-me atentar para outras características que não teria percebido se permanecesse apenas no interior do espaço físico da USJL; minhas reflexões também foram produzidas por outras visibilidades do campo, e que só se fizeram possíveis na medida em que saí para conhecê-las.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Lugar de onde talvez seja possível não exatamente pensar nossos limites e as forças que nos constroem, mas as condições e possibilidades infindas, imprevisíveis e indefinidas de nos transformarmos e de sermos diferentes do que somos [...] (FISCHER, 2009, p.94).

Como já mencionado anteriormente, se tomarmos o campo de inscrição desse estudo e sua intencionalidade em problematizar pedagogias de gênero realizadas em uma comunidade urbana no contexto da ESF, em suas articulações com discursos de promoção da saúde, a discussão de aspectos éticos do estudo tende a refletir inquietações. Que dilemas éticos poderiam surgir durante a realização desse processo investigativo, uma vez que pesquisei em meu próprio campo profissional – do qual não me retirei e no qual desejo permanecer após o processo –, e que “pode haver um conflito entre os papéis da profissão e os da pesquisa” (OLESEN, 2006, p.238)?

O surgimento internacional dos primeiros sistemas para regulamentação de estudos com seres humanos e as controvérsias sobre sua legitimidade em campos que não os do conhecimento biomédico datam da década de 1980. No Brasil, a ética em pesquisa nas ciências humanas, compreendida como campo em construção, tem sido discutida e intensivamente disputada durante os últimos anos. Questionamentos sobre a pertinência de revisão ética em pesquisas qualitativas e a quem caberia realizar tal tarefa – se no debate pelos pares ou por comunidades disciplinares – configuram pontos centrais nessas argumentações (DINIZ, 2008; DINIZ; GUERRIERO, 2008), e, para as referidas autoras, poucos investigadores refutariam uma discussão ética de seus projetos de estudos qualitativos antes da fase de coleta dos dados, desde que estivesse assegurado um sistema de revisão “capaz de dialogar com os pressupostos disciplinares e metodológicos das Ciências Humanas” (DINIZ, 2008, p.418).

No entanto, e apesar de alterações processadas nos marcos regulatórios vigentes⁴⁹, comitês de ética em pesquisa prosseguem majoritariamente realizando seus acompanhamentos

⁴⁹ Em dezembro de 2012, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) homologou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – atual marco regulamentador de pesquisas envolvendo seres humanos –, revogando as medidas anteriores, de números 196/1996, 303/2000 e 404/2008. Tendo ocorrido, no mês de novembro de 2014, em Atibaia/SP, um encontro extraordinário entre os Comitês de Ética em Pesquisa para debater a proposta de Resolução Específica para Ciências Sociais e Humanas, o texto elaborado ainda não se

e apreciações tão somente a partir de normas e práticas estabelecidas por modelos biomédicos. Para além do momento de produção da tese, meu posicionamento é o de que discutir, apontando as singularidades das técnicas qualitativas, não significa invalidar a necessidade de princípios éticos na pesquisa social⁵⁰, mas compreender que investigações *com* pessoas são distintas de estudos *em* seres humanos. Cabe, nesse sentido, fazer o indispensável “exercício de tradução de princípios universais em regras éticas sensíveis à diversidade disciplinar” (DINIZ; GUERRIERO, 2008, p.79).

Meus questionamentos não foram resolvidos, simples e magicamente, pela submissão e apreciação de meu projeto ao Comitê de Ética da instituição em que produzi os materiais empíricos para o estudo. Orientei-me, sim, pela ideia de que a tarefa moral das pesquisas não pode ser reduzida à ética profissional, experienciando, sobremaneira, o desafio diário – desafio dos que intencionam escrever sobre culturas – de entender ética e valores em termos do cotidiano da comunidade estudada, sem limitar-me às minhas próprias perspectivas morais (CHRISTIANS, 2006).

Na problematização de aspectos éticos em investigações qualitativas, poderia também indagar o quanto as diretrizes que demandam a obtenção de consentimento informado em pesquisas com seres humanos têm por finalidade primordial proteger instituições e pesquisadores/as, e não os/as pesquisados/as (GASTALDO; MCKEEVER, 2002; CHRISTIANS, 2006; DENZIN; LINCOLN, 2006; OLESEN, 2006; FONSECA, 2010). Nesse sentido, assumo um posicionamento no qual o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança foi o princípio condutor de minhas atitudes. Em outras palavras, busquei, invariavelmente, constituir, entre minha condição de pesquisadora/integrante da equipe de trabalho e aqueles/aquelas que integraram o estudo, relações não opressivas e que possibilitassem espaços para diálogos.

Sem desconsiderar problematizações e questionamentos como formas de debater contradições em perspectivas investigativas tradicionais para que sejam produzidas reconfigurações futuras, houve materialidades cotidianas que não puderam ser ignoradas. Há,

encontra disponível para consulta pública, etapa prévia à homologação. A ferramenta Consulta Pública foi verificada em 16 de fevereiro de 2015, através da página http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/INDEX.PHP?MODULO=DISPLAY&SUB=DSP_CONSULTA.

⁵⁰ No contexto desta tese, e a partir de Diniz e Guerriero (2008), considero que, independentemente do campo disciplinar de origem de seus investigadores ou da inserção acadêmica do projeto de estudos, pesquisa social é aquela composta por técnicas qualitativas de levantamento de dados, seja através de observação participante, observação ordinária, entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, questionários abertos ou fechados, etnografia, autoetnografia e grupo focal. Seus procedimentos analíticos são adotados em perspectivas qualitativas, tais como as análises de conteúdo e discursivas, em que dados são recolocados no contexto de coleta/produção ao qual se referem (KNAUTH, 2010).

por assim dizer, imperativos que envolveram (e envolvem) minhas relações de pesquisadora e o contexto socioinstitucional que me constitui, dado que operei a investigação em um grupo hospitalar, num constante movimento à procura de apreender e interpretar, em profundidade, processos complexos que implicam comportamentos e relações sociais.

Não teria sido possível realizar o estudo com o recorte que o caracteriza sem enfrentar efeitos decorrentes da opção de desejar pesquisar e produzir conhecimento acerca de articulações discursivas instituídas e constituídas por pessoas, uma instituição pública de atenção/formação profissional em saúde e suas racionalidades. Tensões foram, antes, tomadas como parte do processo investigativo, sem que isso significasse assumir uma (inexistente) neutralidade, eximir-me dos conflitos ou, placidamente, consagrar uma posição ‘pragmático-utilitarista’ de que meus fins justificariam aceitações e conciliações sem problematizá-las.

A dimensão concreta da complexidade da escolha realizada esteve manifesta, especialmente, quando, para que se iniciassem os momentos de observação, o presente estudo teve de ser submetido – por intermédio da Plataforma Brasil –, à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC – CEP/GHC. Sua aprovação ocorreu em março de 2012, sob o registro CONEP-01108212.5.0000.5530. Durante os encontros observados em grupos na USJL e espaços públicos, não houve assinatura individual de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e sim aceite verbal de seus integrantes após a apresentação do tema e seus objetivos.

4 CENÁRIOS COM ARTE, CUIDADOS E PRATOS...

Eu me perguntava como eles viviam não com o distanciamento do antropólogo que recolhe um ‘corpus’ de representações e práticas, mas com o engajamento do antropólogo que tenta compreender, o mais perto de suas experiências cotidianas, os sujeitos por quem se interessa [...] (Didier Fassin in JAIME; LIMA, 2011, p.260).

Inequivocamente, ao produzir um estudo com inspirações etnográficas, seria necessário orientar-me por teorizações e autores que me possibilitassem observar e refletir desde essa perspectiva. Tomando educação e saúde como processos, nos quais práticas sociais relacionadas a intervenções e controles atuam sobre sujeitos, foi preciso aproximar-me dos cotidianos de alguns grupos (e de seus/suas integrantes), para tentar compreender e refletir sobre verdades estabelecidas pelos discursos da Promoção da Saúde, em articulações à Estratégia de Saúde da Família, através de pedagogias de gênero.

Com o intuito de melhor compreender relações entre poder, educação e saúde no contexto das biopolíticas PS/APS/ESF, vale ressaltar discussões como as de Santos (2013), para quem os conhecimentos tecnobiomédicos são centrais à constituição, narração e condução de nossas vidas enquanto seres que se definem através de uma dada racionalidade (e de suas tecnologias): a do corpo saudável. Tal racionalidade indica os caminhos, supostamente corretos e verdadeiros – segundo os cânones da ciência contemporânea – para que se estabeleça uma vida com saúde.

Nesse sentido, articulando referenciais propostos por Foucault sobre ‘biopoder’ e o entendimento de ‘pedagogias’ como práticas culturais com que conhecimentos são elaborados, organizados e veiculados, a noção de *biopedagogias*, apresentada por Harwood (2009), contribui para as reflexões sobre o material empírico produzido em minha investigação. Ao constituírem essa racionalidade pautada na otimização de cada recanto da vida e do corpo (SUSIN; SANTOS, 2014), instruções sobre o que comer, como comer, quanto comer, quanto se movimentar ou como realizar movimentos, como tornar-se mãe ou como cuidar dos filhos, entre outros exemplos, acionam e operam por meio de biopedagogias. Isso equivale a dizer que biopedagogias podem ser compreendidas como estratégias disciplinares e

regulatórias que possibilitam o governo dos corpos de indivíduos e populações em nome da vida e da saúde.

Na medida em que atuam no sentido de ensinar e promover tais cuidados, atividades de educação e promoção da saúde investem, pedagogicamente, em regimes de verdades, em formas de marcar e inscrever nos corpos não apenas normas e condutas mas também posições de sujeitos femininos e masculinos a serem seguidas. Dito de outro modo, operando práticas biopedagógicas (endereçadas, sobremaneira, às mulheres), os serviços de saúde promovem intervenções, interações e conhecimentos para obter corpos saudáveis, mantê-los com vitalidade sempre crescente ou, eventualmente, recuperá-los. Regendo o que deve e pode ser dito e feito, autorizam-se alguns de seus sujeitos para que digam a outros/as o que fazer e em quais circunstâncias.

Conforme já descrito, trilhei tempos e espaços no interior de uma unidade pública de saúde e em seu território, situados na periferia de uma metrópole urbana brasileira, configurando uma narrativa a partir de minhas observações. Acompanhei, especialmente ao longo do segundo semestre de 2013, ações coletivas desenvolvidas pela equipe da USJL no âmbito da educação e promoção da saúde, buscando problematizá-las. Contextualizo, em seguida, os tempos, espaços e grupos que percorri e acompanhei em campo, destacando algumas de suas características e singularidades, bem como meus exercícios de estranhamento ao familiar, elementos que possibilitaram as descrições e análises produzidas pela investigação.

4.1 SAÚDE, TERRITÓRIO, POPULAÇÃO



Ilustração 3 – Entrada da USJL. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

O título do curso ministrado por Michel Foucault no Collège de France em 1977-1978 – *Segurança, Território, População* (FOUCAULT, 2008) – inspirou-me, certamente, ao nominar esta seção. Para além da inegável marca de suas teorizações sobre meu estudo, lançar mão dessa paráfrase sinaliza minha intenção de refletir sobre o contexto e as ações realizadas na USJL, problematizando práticas pedagógicas com que se veiculam e (re)produzem ensinamentos para que a população (notadamente, suas mulheres) se torne – e se mantenha – saudável.

Localizada em área contígua à da Praça México, praticamente “incrustada” na porção esquerda mais posterior dessa última (se observada desde a Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira), a atual edificação da USJL foi construída no início da década de 1990, como efeito de mobilização popular desencadeada desde 1987.



Ilustração 4 – Vista aérea (por satélite) da USJL em sua relação com a Praça México⁵¹.
 Fonte: Google Earth, consultado em maio de 2014.

Nesse período, em meio às reivindicações de segmentos urbanos por acesso a moradia em Porto Alegre, foram promovidas ocupações irregulares de conjuntos habitacionais cuja edificação se encontrava inacabada desde a falência da Construtora Guerino, ocorrida nos anos 1980. Em torno de 1.500 famílias se organizaram através de uma associação comunitária constituída com essa finalidade (Associação Organizadora do Posto de Saúde Jardim Leopoldina – APSJL) e pressionaram por ações governamentais que garantissem acesso a serviços públicos de saúde após as ocupações. Tal organização resultou na criação de um posto avançado da Unidade de Saúde São Cristóvão, que, na época, integrava a gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; lutas e articulações posteriores de moradores/as do território levaram o SSC/GHC – naquele momento, em processo de expansão – a incorporar à sua rede própria, a partir de 1991, a estrutura do então posto avançado. Inaugurado em 1995, o espaço recebeu ampliações em 2006 e aguarda a construção – cujo início prossegue incerto – de novo prédio com distribuição e instalações físicas em melhores condições.

Penso que seja oportuno apresentar minha descrição detalhada da atual área física construída da USJL – na medida em que esse é um espaço discursivamente privilegiado como

⁵¹ As sinalizações em vermelho na Ilustração 4 apontam os novos edifícios referidos no capítulo 3 (seta inferior) e a área onde está sendo construído outro conjunto habitacional (seta superior).

lócus para promoção e educação em saúde –, acrescentando reflexões produzidas a partir da observação ampliada do território.

Dentre as três escolas públicas existentes na região, duas são vizinhas limítrofes à unidade: a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Baltazar de Oliveira Garcia e a Escola Comunitária de Educação Infantil Planeta do Saber. Por vezes, interlocuções entre essas duas escolas e a USJL implicam atritos, seja pelo alarido frequente no pátio da Educação Infantil durante a primavera e o verão – algo que gera intenso desconforto durante o atendimento na unidade –, seja pelas demandas por assistência ou por dificuldades na formatação de ações conjuntas para promoção da saúde, um dos pressupostos do PSE.

A primeira imagem que se tem na chegada ao prédio da USJL é seu *hall* externo, onde há bancos de madeira para que as pessoas possam sentar-se enquanto aguardam seu atendimento.



Ilustração 5 – *Hall* externo da USJL. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Quadros e cartazes, orientando sobre horários de funcionamento e possibilidades de atendimento, estão fixados à parede externa, bem à frente de quem atravessa o portão com tela metálica. Um toldo lateral provê algum abrigo à população durante a espera pelo atendimento (a qual pode ser longa), não apenas nos dias de frio e/ou chuva mas também, muito especialmente, nas tardes ensolaradas (e, por vezes, tórridas) de primavera e verão. A porta de entrada, em metal e vidro, está regularmente guardada por profissionais terceirizadas. Até

então uma atividade masculina na USJL, desde 2012 a segurança privada das instalações passou a ser desempenhada por mulheres. Por sua vez, a partir do segundo semestre de 2013, o serviço de higienização, terceirizado, apresentou mudança semelhante: a dupla de profissionais, costumeiramente composta por mulheres, inclui, no momento dessa escrita, um homem.



Ilustração 6 – *Hall* externo da USJL. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.



Ilustração 7 – Escadaria lateral para acesso de pedestres à Praça México. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Os arredores do acesso à unidade têm sido modificados, a cada dia, desde o segundo semestre de 2013. A expansão e verticalização dos espaços urbanos também podem ser observadas no território: o terreno baldio, vizinho à USJL e do qual a unidade estava separada apenas pela escadaria de pedestres em acesso à Praça México, foi cercado e limpo para dar lugar a mais um conjunto habitacional. A construção de muros de contenção e fundações para as novas edificações têm transformado a paisagem e o espaço diariamente, sinalizando, para breve, provável aumento na procura por assistência no serviço de saúde. Há uma espécie de angústia e preocupação, difusas e generalizadas, captadas em vários momentos, não só da parte dos/das profissionais, mas manifestas em falas cotidianas de usuários/as de mais longa data, quando chegam para atendimento. Questionam como será possível atender a uma população vez maior, se a atual, composta por 13.836 habitantes, coloca demandas crescentes para a atenção em saúde. Os questionamentos se mostram pertinentes ao pensarmos que um número em torno de 14% do grupo atual – 1.912 pessoas, entre mulheres e homens –, está em idade acima de 60 anos.



Ilustração 8 – Construção de novos conjuntos habitacionais ao lado do prédio da USJL. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.



Ilustração 9 – Recepção USJL: balcão de atendimento e espaço para arquivamento de prontuários. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.



Ilustração 10 – Recepção USJL: espaço para arquivamento de prontuários. Detalhe. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Atravessando a porta principal, à esquerda de quem entra, a sala de recepção da unidade apresenta um balcão de informações sobre fluxos para assistência e procedimentos administrativos. Com duas janelas laterais também à esquerda, o espaço físico para circulação de pessoas é pequeno e a presença do balcão institui (e constitui) uma linha divisória da área de acesso exclusivo pela equipe: na parte interna – em prateleiras que vão do chão ao teto – estão guardados documentos e prontuários ativos⁵² daquelas famílias que, moradoras do território, utilizam os serviços realizados pela USJL.

Local de trânsito intenso, mas pouco arejado, é na recepção que se encontram (e, outras tantas vezes, se desencontram) todos e todas: são diversos os sujeitos que ali confluem. Em vários momentos, talvez, o sol quente e a concentração de um número expressivo de pessoas numa área física diminuta auxiliem a elevar a temperatura do ambiente e fomentar ainda mais tensões. Vale destacar a colocação de Meyer, Félix e Vasconcelos (2013, p.863), quando as autoras referem que “espaço físico e comportamentos se inscrevem numa

⁵² São categorizados como prontuários ativos aqueles cujas famílias habitam o território. Em caso de mudança de endereço, mas permanência na área adscrita pela USJL, a alteração é efetuada (com posterior comprovação de residência através de visita domiciliar) e o prontuário prossegue cadastrado no sistema. Torna-se um prontuário inativo se a família deixar de morar no local.

pedagogia das condutas e dos corpos que é fundamental em uma economia biopolítica de disciplinamento do corpo individual e de administração do corpo de múltiplas cabeças – a população [...]”.



Ilustração 11 – Recepção USJL. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Observei, por vezes, ocasiões de enfrentamento (notadamente, entre usuários/as e quem estava no lado interno do balcão), na medida em que a universalização da atenção à saúde como direito de ser atendido/a por serviços do sistema público pode ser compreendida de variadas formas. Rupturas se estabelecem quando as expectativas por atendimento imediato a necessidades de assistência não são contempladas pelo serviço, comportando disputas e conflitos interpessoais, cujo gatilho disparador seria acionado pelos limites dos/as profissionais em sua capacidade de trabalho face às exigências institucionais e de usuários/as. Na análise das relações cambiantes e dinâmicas que atuam nesse espaço central do processo de atenção à saúde na USJL, identifiquei, conforme situações e momentos, diferentes exercícios de poder sendo protagonizados.

De parte a parte, ora em tom de ‘pedidos’, ora sob a forma de ‘ordens’, população e equipe parecem conjugar suas relações em tempos e modos (verbais e não verbais) dissonantes no que se refere à capacidade de oferta de atendimento imediato pela USJL. Os discursos da APS/ESF definem uma ordem hierárquica sobre quem está autorizado a dizer quais e quantas pessoas podem ser atendidas, em que momento e sob que condições; ao posicionarem múltiplos sujeitos – usuários/as, homens, mulheres, lideranças locais, gestores,

população, equipe, profissionais, entre tantos outros –, esses mesmos discursos também postulam regras para arbitrar que ações são possíveis no cenário institucional. Aqui, minha intenção não é apontar polaridades ou assumir, simplesmente, que, de um lado, o serviço detém poder em definir e realizar a atenção à saúde e que, de outro, quem recebe assistência não tem possibilidades de problematizá-la; tampouco há a ideia de configurar posições de sujeito que instituem profissionais como trabalhadores/as vítimas oprimidas e sem capacidade para reagir, enquanto usuários/as são apresentados/as na condição de insaciáveis consumidores/as.

Valendo-me da perspectiva analítica de Foucault (2012) sobre discurso, assumo *universalização da atenção à saúde* como elemento que põe em jogo um conjunto de posições subjetivas possíveis, colocando-as num domínio de coordenação e coexistência, para que sejam consideradas, utilizadas e repetidas.

Dito de outro modo, nos conflitos que presenciei algumas vezes na recepção em busca de atendimento, tal enunciado foi produzido, combinado, decomposto, recomposto (ou eventualmente destruído) por diferentes posições de sujeito. A partir do que nos assinala Foucault ao discorrer sobre o exercício da função enunciativa (2012), entendo que o direito da população a ser atendida pelos serviços, noção central ao campo das políticas públicas de saúde, entrou (e entra) na ordem das contestações e das lutas no território da USJL, permitindo ou impedindo a realização de desejos, com doçura ou rebeldia a interesses, e tornando-se tema de apropriação ou rivalidade. Diariamente reiterada nas tensões junto ao balcão como forma para garantir assistência imediata, a *universalização da atenção à saúde* proporciona jogos de diferentes posições entre os sujeitos que proferem sua fala.

Ainda no espaço da recepção, à direita, há a entrada para uma pequena sala de atendimentos individuais, compartilhada pelos núcleos de Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A entrada seguinte, novamente à direita, conduz à área de Enfermagem, composta por salas para procedimentos, vacinas, dispensação de medicamentos e expurgo⁵³.

⁵³ Expurgo é a denominação usual que recebe a área física de uma unidade de atendimento à saúde onde são realizadas ações de descontaminação, desinfecção e/ou lavagem de equipamentos e instrumentais utilizados em procedimentos clínicos.



Ilustração 12 – Acesso à área de Enfermagem. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Atravessando a porta hospitalar “vai e vem” – linha demarcatória das diferentes formas de acesso aos demais serviços da USJL –, há consultórios e salas distribuídos, paralelamente, ao longo do que configuro como o “corredor-sala de espera” da unidade (ilustração 13).



Ilustração 13 – Porta hospitalar “vai e vem”: acesso ao “corredor-sala de espera”.
Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber.



Ilustração 14 – “Corredor-sala de espera”. Porto Alegre/RS. 2014.
Imagem cedida por J. Kettenhuber.

Bancos estofados, antigas poltronas de cinema e cadeiras longarinas⁵⁴, todos eles dispostos frente a frente, formam uma coleção que acomoda quem aguarda atendimento clínico individual, consultas coletivas ou mesmo o início das atividades em grupo; há revistas e livros numa estante, bem como um conjunto de mesa e cadeiras infantis, em que se encontram papel, canetas e lápis coloridos para que crianças possam desenhar. Trata-se de um espaço para espera, congregando diversas pessoas, em que, de forma paradoxal, não se observa iluminação natural ou arejamento direto, uma vez que não há janelas. Em dias muito quentes ou excessivamente frios, a temperatura é tornada suportável pela ação de dois condicionadores de ar, modelo *split*; há alguns anos, os aparelhos foram adquiridos pela Associação Organizadora do Posto, com valores angariados em ações e eventos como rifas e chás comunitários. Quando ocorre interrupção no fornecimento de energia elétrica, faz-se

⁵⁴ Nome dado à peça montada com cadeiras fixas em sequência.

necessário abrir as portas das salas e consultórios para que se obtenha iluminação e as pessoas não fiquem confinadas no escuro e sem ventilação.



Ilustração 15 – Cartazes com informações sobre cuidados em saúde. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettnerhuber.



Ilustração 16 – Cartazes com informações sobre cuidados em saúde. Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettnerhuber.

A televisão exibe programações de canais abertos e parece atrair (ou distrair) a atenção de quem aguarda atendimento; colocados sobre as paredes que circundam o “corredor-sala de espera”, alguns painéis convidam à participação em grupos realizados na USJL, enquanto outro identifica os/as agentes comunitários/as de saúde do território em fotos com seus nomes. *Folders* e cartazes com informações sobre cuidados relacionados à saúde, centrados na perspectiva usual de transmissão dos saberes profissionais à população leiga, complementam a miscelânea colorida fixada em paredes e divisórias.

No lado direito, localizam-se o banheiro para usuários, a sala de estudos e uma pequena área de trabalho⁵⁵ utilizada por ACS. No ‘coração’ desse “corredor-sala de espera” – sempre à direita de quem atravessa a porta hospitalar –, está a sala de grupos, seguida por dois consultórios: odontológico e médico.

A ala esquerda contempla mais cinco consultórios (médicos e de enfermagem), além da área de esterilização e outra sala utilizada pelos núcleos de Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Quinzenalmente, esse último espaço também é compartilhado com o profissional psiquiatra que realiza assistência às situações mais graves de saúde mental, envolvendo especificidades não contempladas na APS.

O final do “corredor-sala de espera” anuncia a área de uso privativo da equipe, integrada por sessenta e duas pessoas (cinquenta mulheres e doze homens – entre profissionais contratados, em formação ou terceirizados): são as instalações de apoio, compostas por um único banheiro, cozinha, circulação e almoxarifado.

⁵⁵ Área que acomoda um pequeno *rack* com computador, acesso à internet e cadeira, além de extensão telefônica de uso específico para agendamentos do sistema de referência e contrarreferência na Secretaria Municipal de Saúde.



Ilustração 17 – Circulação – área de uso privativo da equipe.
Porto Alegre/RS. 2014. Imagem cedida por J. Kettenhuber

Na USJL, entre as áreas demarcadas física e simbolicamente pelo uso e pelas ações nelas realizadas, a sala de grupos constitui um local privilegiado na produção de encontros coletivos e é percebida como um espaço de grande importância porque propicia sociabilidade. Com capacidade para acomodar em torno de 20 pessoas sentadas, suas cadeiras são antigas poltronas de cinema, doadas e incorporadas ao mobiliário da unidade, estando dispostas em forma de ‘U’. Desgastadas pela utilização intensa e diária, já há um longo período de tempo, algumas estão desativadas e, naquelas atividades em que o número de participantes excede o de assentos disponíveis, são providenciadas cadeiras extras. Há cerca de dois anos, também com recursos provenientes da Associação, foram comprados (e permanecem em uso) um aparelho de ar condicionado e um projetor multimídia, equipamentos que agregam, em certa medida, conforto ao espaço. Outro televisor está disposto em suporte específico na mesma parede em que encontramos um quadro branco; este último serve como tela de projeção, painel de avisos ou mesmo para escrita durante atividades de formação profissional e de educação em saúde nos formatos mais tradicionais.

Um dado que não se mostra novo – menor presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde no comparativo com mulheres (FIGUEIREDO, 2005; GOMES;

NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007) – está presente ao longo de todos os horários de atendimento da USJL e foi observado de forma singular durante as atividades coletivas realizadas na sala de grupos. A participação tende a ser eminentemente feminina, a exemplo do que nos sinaliza a imagem seguinte:



Ilustração 18 – Vista parcial da sala de grupos da USJL em atividade coletiva durante encontro *Saúde no Prato*. Porto Alegre/RS. 2011.

Transcrevo, a seguir, um trecho de meu diário de campo, no qual apontei alguns aspectos desse compartimento da US, na medida em que se estabeleceu como espaço importante em minhas observações:

A sala de grupos é pequena e não apresenta muito conforto. Há um armário em MDF⁵⁶ que abriga os pertences do grupo *Fazendo Arte*; recentemente, foram feitas modificações no arranjo do mobiliário da sala que, sem dúvida, trouxeram um pouco mais de comodidade, mas parece que, em encontros como os do *Fazendo Arte*, a disposição das poltronas em longarinas, no formato de um U, dificulta a reunião das participantes em torno da mesa redonda, na qual os trabalhos artesanais são produzidos. No entanto, as instalações não parecem ser um obstáculo para que essas mulheres, todas em faixa etária acima dos cinquenta anos, reúnam-se, semanalmente, e trabalhem em conjunto. Percebi um clima de cordialidade entre as que estavam presentes na tarde de hoje, com relatos de suas reuniões também fora desse espaço. Soube que realizam, ao final de cada ano, seus encontros de encerramento, algumas vezes, até mesmo na casa de praia de uma das integrantes pioneiras. Recebi, inclusive, convite para participar do passeio que farão, já na próxima semana, ao festival de malhas de Nova Petrópolis, em parceria com outros/as usuários/as [...] (DC, 09/07/2013).

⁵⁶ Sigla em língua inglesa que significa *Medium Density Fiberboard*, designando chapa de fibra de madeira de média densidade.

Considerando a coordenação do cuidado no território enquanto objeto discursivo da APS, realizar a descrição do atual prédio da USJL proporcionou-me pensar sobre possíveis relações existentes entre instalações físicas como locais para promoção à saúde das famílias usuárias e algumas formulações apresentadas pelas biopolíticas em estudo.

*Saúde mais perto de você*⁵⁷, como exemplo de proposição ministerial para atenção primária, é referida à condição de um conjunto de iniciativas propostas pelo DAB/MS que inclui, desde 2011, entre outros, a ação *Requalifica UBS*, cujo objetivo é prover às unidades básicas estrutura física acolhedora e conforme aos melhores padrões de qualidade, para facilitar a mudança das práticas das equipes (BRASIL, 2014b). No entanto, até o momento, a materialidade dessa iniciativa ministerial parece não ter alcançado a USJL, diferentemente do que ocorre quanto ao PSE, cujas ações, realizadas por profissionais da equipe no espaço físico das três escolas públicas do território, também integram tal conjunto de programas e têm sido desenvolvidas (com monitoramento pela gestão municipal), de modo sistemático, desde 2011.

Cabe indagar sobre significados e contradições que se produzem ao educar e promover saúde em ambientes inadequados ou cujas condições possam ser consideradas precárias. Essas observações sugerem-me uma espécie de paradoxo entre proposições ministeriais avançadas e as formas para sua operacionalização.

Desde a perspectiva desse estudo, apoiando-me na noção de território como processo de relações sociais mediadas e localizadas numa porção circunscrita de espaço geográfico, e muito embora eu tenha arbitrado uma dada separação para efetivar a descrição detalhada da USJL, importa retomar que busquei explorá-lo para além das instalações físicas da unidade, e é sobre essas observações que passo a refletir agora.

4.2 EM TORNO DA US

Em diferentes dias e horas, durante um período de tempo marcado pelo inverno, primavera e início do verão de 2013, percorri as ruas do Jardim Leopoldina, em sua maioria pavimentada com paralelepípedos, algumas com calçadas arborizadas, e com grande adensamento populacional. Indaguei-me sobre heterogeneidades nesse espaço: se

⁵⁷ *Saúde mais perto de você* é apresentado pelo MS como conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica para cuidar da população no ambiente em que vive. *Estratégia Saúde da Família, Melhor em Casa* (Serviço de Atenção Domiciliar), *Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Consultórios na Rua e Programa Saúde na Escola* (PSE) estão entre os programas, ações e estratégias incluídos. Desde a perspectiva ministerial, parte importante de *Saúde Mais Perto de Você* estrutura a Atenção Básica Brasileira (BRASIL, 2014d).

considerados os limites físicos do território, não se observam templos, igrejas, ou outros espaços próximos que congreguem pessoas em agrupamentos de cunho religioso. A exceção estaria numa espécie de casa-abrigo, cuja proprietária, vinculada a um movimento espiritualista, realiza assistência material para moradores de rua através de recursos obtidos com doações particulares.



Ilustração 19 – Vista parcial do território adscrito à USJL. Porto Alegre/RS. 2014.

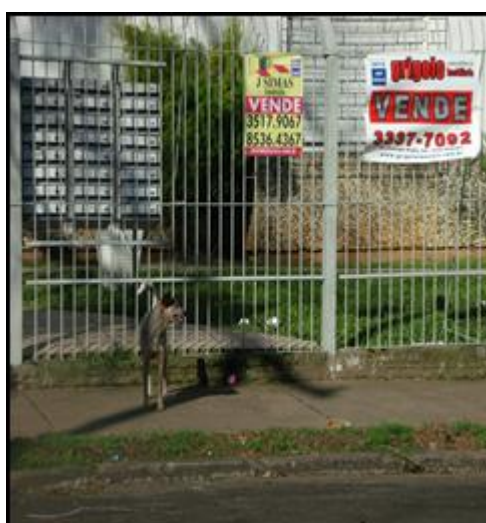


Ilustração 20 – Vista parcial do território adscrito à USJL. Porto Alegre/RS. 2014.

Por vezes, a relativa homogeneização dos prédios – vários visivelmente mal conservados, outros tantos em processo de recuperação ou mesmo com fachadas já

restauradas –, o acúmulo de lixo sobre as ruas, os animais sem donos (a maioria cães), as estruturas inacabadas da *Carçaça*⁵⁸ (ainda presentes à ocasião da fase intensiva em campo), a chamada *Vilinha*⁵⁹ e as paradas de ônibus repletas de passageiros/as insistiram em capturar meu olhar e minhas reflexões desde as miradas mais tangíveis: aquelas que apontam insuficiência e ausência (ilustrações 21, 22, 23 e 24).



Ilustração 21 – Imagem do território. Porto Alegre/RS. 2014.



Ilustração 22 – Imagem do território. Porto Alegre/RS. 2014.

⁵⁸ *Carçaça* foi a denominação atribuída a um conjunto de três prédios no Jardim Leopoldina, entre as ruas Jandir Maia Faillace e Carlos Maria Bins, que permaneceu inacabado por mais de 25 anos. Após a insolvência da Construtora Guerino, na década de 1980, a empresa que havia se tornado responsável pelo patrimônio também entrou em processo falimentar; face ao abandono decorrente, as estruturas foram ocupadas e utilizadas como abrigo por populações de rua. Registros da gestão municipal (SCOMAZZON, 2010) e relatos informais de moradores/as referiam comércio de drogas ilícitas, atuação de profissionais do sexo e assaltos na área. Em abril de 2014, houve a demolição completa das estruturas e a posterior construção de muros, sugerindo, para um futuro próximo, a edificação de novos prédios.

⁵⁹ Espécie de alcinha com que se designa, localmente, a Vila Davi Canabarro. Trata-se de um assentamento irregular em área de praça, sobre galerias de esgoto pluvial, com ruas não asfaltadas e nas quais jamais foram realizadas obras de pavimentação. Em dias de chuva, os moradores de suas 35 casas enfrentam dificuldades com as enchentes que decorrem dessa condição (BARCELLOS; PANZENHAGEN, 2013). Em suas circunvizinhanças, localiza-se a terceira escola pública do Jardim Leopoldina: a Escola Municipal de Ensino Fundamental Davi Canabarro.

Foi impossível deixar de perceber que, face ao número de moradores/as, parecem ser insuficientes tanto os equipamentos para esporte/lazer, quanto os recursos assistenciais em saúde e educação disponibilizados pelas políticas sociais urbanas. De modo semelhante, precariedades na segurança e transporte públicos, justapostos a negligências nos cuidados com lixo e conservação de calçadas, são condições presentes e que produzem efeitos na vida da população local.



Ilustração 23 – Vila Davi Canabarro e escombros da *Carcaça* após implosão.
Porto Alegre/RS. 2014.



Ilustração 24 – Vila Davi Canabarro e escombros da *Carcaça* após implosão.
Porto Alegre/RS. 2014.

No entanto, se há relatos e observações com sabor (talvez) ácido quanto a essas questões coletivas e outros aspectos individuais (dificuldades em subir escadas de prédios escassamente arejados, mal iluminados e sem elevadores, carregando sacolas ou carrinhos de feira, por exemplo), num exercício de estranhamento ao que me parecia, com frequência, familiar e usual, ouvi (e surpreendi-me com) falas de vários de seus moradores/as que consideram o território um bom local para moradia. Essas manifestações mostraram-me, de modo similar ao descrito por Klein (2010), que a significação de algo como dificuldade ou problema pode ser não somente dinâmica mas também relacional:

[...] **A.**⁶⁰ mora há 20 anos no bairro e apenas quer trocar seu apartamento por um no andar térreo, mas na mesma quadra. Ainda que, durante esse período, o bairro tenha experienciado várias modificações – *Parece que a violência tomou conta de tudo... Hoje, tenho medo de ficar sozinha* [palavras de **A.**] –, ela refere não querer sair desse espaço urbano, ao mesmo tempo que as demais reafirmam desejo semelhante [...] (DC, 13/08/2013).

⁶⁰ Conforme descrito na página de convenções, para preservar a identificação de participantes desse estudo, utilizo-me de letras maiúsculas seguidas por pontos.



Ilustração 25 – Feira livre semanal no Jardim Leopoldina. Porto Alegre/RS. 2014.
Imagem cedida por L. Hanatzky.

A mesma feira semanal que implica o fechamento de uma de suas vias ao tráfego de veículos durante algumas horas – e que, para alguns, aporta mais sujeira sobre calçadas e ruas no período de sua realização e logo após seu término –, constitui um espaço de encontros e convivência para o qual as mulheres, particularmente, convergem (e não por acaso, a ida à feira, com as possibilidades de aquisição de hortifrutigranjeiros, aparece como um elemento onipresente nos diálogos que se estabelecem no grupo *Saúde no Prato*). Oportunidades de conversar com a vizinhança, trocar informações e fazer compras (com melhor qualidade nos produtos adquiridos a custos menores que o do supermercado) foram destacadas como características positivas associadas a esse momento. A população costuma salientar a diversidade do comércio local – formal e informal – como uma facilidade importante para seus/suas moradores/as:

[...] – *A gente nem precisa ir ao centro, tem tudo por aqui: a feira na quarta, ferragem, farmácia, o Nacional, a Colonial [respectivamente, supermercado e padaria], cabeleireiro... O que falta aqui perto é banco! [...]* (Fala de A., integrante de *Fazendo Arte*, DC, 04-11-2013).



Ilustração 26 – Imagem da Feira. Porto Alegre/RS. 2014. Imagens cedidas por L. Hanatzky.



Ilustração 27 – Imagem da Feira. Porto Alegre/RS. 2014. Imagens cedidas por L. Hanatzky.



Ilustração 28 – Imagem da Feira. Porto Alegre/RS. 2014. Imagens cedidas por L. Hanatzky.

O custo relativamente baixo na compra ou locação dos imóveis tem sido apontado como atrativo inquestionável do Jardim Leopoldina, além da duplicação da Avenida Baltazar de Oliveira Garcia – concluída em 2009 –, que auxilia no deslocamento ao centro da cidade e a outros municípios da região metropolitana de Porto Alegre. Frequentemente, familiares de moradores/as residem em Alvorada, Cachoeirinha, Viamão ou Gravataí, por exemplo, e esse acesso facilitado às cidades vizinhas confere mais um significado favorável à moradia e à vida no bairro.



Ilustração 29 – Praça México: lazer no território. Porto Alegre/RS. 2014.



Ilustração 30 – Praça México: lazer no território. Porto Alegre/RS. 2014.



Ilustração 31 – Praça México: lazer no território. Porto Alegre/RS. 2014.

Se, por um lado, a Praça México – único equipamento público para lazer no território (ilustrações 29, 30 e 31) – é vista como um ambiente relacionado a perigos, medos e insegurança, porque há presença de moradores/as de rua, profissionais do sexo, comércio/consumo de drogas ilícitas e assaltos, por outro – com alguns cuidados quanto aos horários para sua utilização –, ela igualmente propicia uma área verde em que é viável caminhar, fazer atividades físicas, brincar com as crianças, namorar, encontrar vizinhos para um chimarrão e levar os cães para passear. A pizzaria localizada na Avenida Baltazar de Oliveira Garcia, sentido bairro-centro, é mais um ponto de confraternização habitual entre as famílias e amigos/as.



Ilustração 32 – Salão de bailes populares. Porto Alegre/RS. 2014.

Exibindo seus anúncios sobre festas, realizadas às quartas-feiras e finais de semana, entre 15h e 21h, o *Galpão Gaúcho*⁶¹ – mais conhecido por “Baile do Gugu” – é encontrado no cruzamento das principais vias que compreendem o território: avenidas Baltazar de Oliveira Garcia e Manoel Elias (ilustração 32). No entanto, não recebeu qualquer registro como espaço de diversão (ou promoção da saúde, numa perspectiva mais ampliada) por parte de integrantes dos grupos acompanhados.

Talvez esse fato esteja relacionado menos à sua localização, exterior aos limites da área de abrangência da USJL, do que a uma possível ‘reprovação moral’ para com participantes de bailes populares. Em conversas no *Fazendo Arte* e com agentes comunitários, ouvi, em mais de uma oportunidade, que o local seria visto como um ‘*pulgueiro*’⁶² e que, na hipótese de comparecerem às suas festas, os/as moradores/as do território costumam esconder essa informação pelo medo de serem estigmatizados/as. Trata-se de uma representação aportada pelas participantes do grupo e por ACS, a qual parece instituir uma diferença entre quem mora no bairro e pessoas (não moradoras) que vêm ao *Galpão Gaúcho*: quem não

⁶¹ *Galpão Gaúcho* é um salão de bailes populares, anunciado pelo comunicador Gugu Streit, integrante da equipe da Rádio Farrroupilha/Grupo RBS. O apresentador é responsável por um programa vespertino bastante conhecido no Rio Grande do Sul, possuindo um *blog* em que consta o seguinte texto, datado de 30 de março de 2012: *Para quem gosta de dançar e se divertir o Galpão Gaúcho realiza neste sábado um super baile. É o baile da Mulherada e elas não pagam ingresso. Com início às 16h até as 23h o encontro será animado pelo Musical Vivian Banda Show. O Galpão Gaúcho fica na Av. Baltazar de Oliveira Garcia, 2604 – Inf. 33406564* Disponível em <<http://wp.clicrbs.com.br/blogdogugu/2012/03/30/baile-dos-amigos/?topo=52,1,1,,119,e119>>.

⁶² Na região sul do Brasil, *pulgueiro* pode ser compreendido como qualquer lugar de moradia, estada ou pernoite em más condições, ou, ainda, popularmente, como uma forma depreciativa para fazer referência a pessoas ou animais.

frequenta o *'pulgueiro'* se autodescreve de maneira positiva em relação aos que o fazem. Conforme suas narrativas, os/as frequentadores/as do baile apresentariam menor poder aquisitivo se comparados aos/às habitantes do Jardim Leopoldina, cujas mulheres, sobretudo, desejariam encontrar um par que possuísse condições econômicas capazes de custear suas despesas e oferecer-lhes conforto, algo que poderia estar sinalizado, por exemplo, pela propriedade de um carro em boas condições. Assim, quando a experiência da dança como diversão é referida, ela costuma ser mencionada como algo que acontece, invariavelmente, em salões fora do território.

Outros aspectos relacionados à (in)visibilidade da dança como prática cultural entre integrantes de *Fazendo Arte* poderiam estar em algumas das problematizações apontadas por Guita Debert (2012) no seu texto *Velhice e tecnologias do rejuvenescimento*. Segundo a autora, constrangimentos de gênero ou de idade não podem ser considerados de pouca monta, facilmente neutralizados, e a negação de aspectos decorrentes do avanço da idade cronológica dificulta a criação social de uma estética para a velhice. Nesse sentido, entendo que portar um corpo com sinais de envelhecimento em situações que envolvam diversão e prazer (a dança, por exemplo) seria posicionar-se numa condição de sujeito não apenas incapaz de operar a esperada/desejada reparação de marcas relativas à passagem do tempo, mas também cuja moralidade pode ser percebida como socialmente reprovável. Numa tarde de observação, em meio a conversas sobre diversão, dança, namoro e sexualidade na velhice, uma das participantes assinalou:

[...] *não sou uma dessas velhas assanhadas, que não sossegam o facho. [...] tem gente que não se enxerga, fica usando essas roupas colantes: isso é ridículo [...]* (N., integrante de *Fazendo Arte*, DC, 20/08/2013).



Ilustração 33 – Painel sinalizador no *hall* externo do *Centro Vida*.
Porto Alegre/RS. 2014.

Cabe salientar que silêncio semelhante não foi observado em referência ao *Centro Vida*⁶³ (ilustração 33), mais afastado do Jardim Leopoldina no comparativo com o salão de bailes. Localizado a 4,3km do território, a destacada presença desse espaço público comunitário entre moradores e moradoras guarda, possivelmente, relação com o ditame contemporâneo para sermos ativos/as e saudáveis, em que as formas discursivas das políticas públicas de educação e saúde em questão parecem estar alinhadas, de modo singular, a noções totalizantes de corpo, família e processo de envelhecimento.

⁶³ *Vida Centro Humanístico* integra o conjunto de programas e projetos da Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social (FGTAS) e situa-se num terreno com área total de 72 mil metros quadrados (11,5 mil m² de área construída) na Avenida Baltazar de Oliveira Garcia, 2132. Conforme apresentação institucional, o *Vida* presta atendimento a crianças, adolescentes, jovens, famílias e idosos, residentes na Zona Norte de Porto Alegre, com o objetivo de promover inclusão social e desenvolvimento pessoal, através de ações de saúde, educação, esporte, lazer, cultura. Há o *Projeto Vida Ativa*, que oferece ginástica e formação de grupos de convivência a pessoas com mais de 50 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2014).



Ilustração 34 – Território de Paz Rubem Berta – Programa de Segurança Pública RS na Paz – localizado no Centro Vida. Porto Alegre/RS. 2014.

Com custos financeiros bastante acessíveis aos orçamentos dos/as habitantes da região, o *Centro Vida* foi mencionado por integrantes dos grupos acompanhados como o local em que participam de ginástica, além de outras atividades de convivência, as quais podem incluir danças de salão. Mesmo frente a um deslocamento razoavelmente considerável, penso que dirigir-se ao *Centro Vida* materializaria, por assim dizer, o cumprimento de algumas das repetidas prescrições (entre outras tantas) do dever moral para manter saúde e boa forma, conjugando, num espaço socialmente aprovado (ilustrações 34 e 35), a realização de exercícios físicos e o envolvimento em situações prazerosas:

[...] *ih, eu faço academia no Vida duas vezes na semana: terças e quintas... Por isso é que saio mais cedo do grupo... Têm dois tipos de academia no Vida: a dos ricos e a dos pobres; a diferença é só o valor da mensalidade, a dos pobres custa R\$ 15,00 [...] (I., integrante de Fazendo Arte, DC, 16/07/2013).*



Ilustração 35 – Vista parcial do *Centro Vida* desde a Avenida Baltazar de Oliveira Garcia. Porto Alegre/RS. 2014.

Reiteradamente interpelados/as, os sujeitos são chamados à responsabilidade pelo cuidado corporal para prevenir potenciais danos a si (e aos demais), ou para aprender a manejá-los, quando já existentes. Estabelecem-se chamamentos como se vontade e capacidade individuais não se produzissem também atravessadas por possibilidades sociais e econômicas, configuradas nos espaços em que vivemos.

Em sequência às descrições realizadas sobre o território e a área física da USJL, prossigo apresentando reflexões a respeito dos grupos acompanhados na fase intensiva de campo, às quais agrego informações, aspectos e características que considereei significativos em cada um deles.

5 ARTICULAÇÕES BIOPEDAGÓGICAS

Tal como os sonhos, não existem fatos, como vulgarmente os chamamos. Existem vivências, que criam uma ideia de realidade como se fossem impressões digitais que inventam o resto do dedo (COUTO, 2014).

Constituído como estudo sobre práticas biopedagógicas articuladoras das biopolíticas públicas de PS e ESF, acredito ser importante esclarecer que as discussões ora apresentadas a respeito de sexualidade, envelhecimento, alimentação saudável e maternidade foram estabelecidas desde essa perspectiva, visto que configuraram temáticas que se fizeram presentes nos materiais empíricos produzidos pelo trabalho de campo. Assim, frente às questões de pesquisa propostas e às possibilidades e caminhos para discutir cada um desses temas complexos, procurei recortá-los em suas conexões com as biopedagogias que estiveram em análise. Para além de sinalizar essa intenção, e levando em conta a premissa de que uma tese não se esgota em sua defesa – permanecendo, antes, como ação de estudo a ser desdobrada em momentos posteriores –, argumento que a produtividade dos recortes efetuados reside, justamente, na abertura desses mesmos temas a diversas outras indagações e, nesse sentido, a possíveis veredas investigativas futuras.

Integrar a equipe da USJL como profissional contratada constituiu uma porta de acesso facilitada à minha participação nas ações coletivas, ainda que, certamente, tenha introduzido limitações ao que pude observar. Permito-me, nesse momento, trazer um excerto do diário de campo que registra uma cena (em certa medida, entre desconcertante e engraçada) da condição de sujeito-pesquisadora que experienciei, entremeada à minha posição de cirurgiã-dentista:

[...] Interrompem-se as conversas cruzadas para finalizarem os arranjos e sua contagem. **L.** aproveita o final da atividade para me reportar sobre a fratura de sua prótese dentária, perguntando-me o que poderia fazer e como fazê-lo. Oriento-a de forma simples, tentando ser o mais discreta possível, falando em voz baixa, quase num sussurro... Foi essa a minha opção para lidar, naquele instante, com o embaraço diante da solicitação por ajuda... Constrangimento e embaraço meus (diga-se de passagem) diante da interpelação de **L.**, algo que me fez lembrar a “desenvoltura tagarela”⁶⁴

⁶⁴ Expressão utilizada por Fonseca (1999), durante estudo que realizou sobre organização familiar em grupos populares na cidade de Porto Alegre, ao descrever a forma como observava as conversas e o comportamento de algumas crianças.

mencionada pela antropóloga Claudia Fonseca... Pergunto-me: como dissociar minha figura de pesquisadora da condição profissional? Impossível [...] (DC, 10/09/2013).

Conquanto marcados pelo meu pertencimento, a receptividade e o interesse com que fui acolhida pelos grupos contribuíram para a emergência de momentos em que narrativas pessoais estiveram presentes e foram compartilhadas. Vale lembrar que utilizei, intencionalmente, a familiaridade proporcionada por minha relação de integrante da equipe para estabelecer um contato menos formal com os grupos que acompanhei, buscando vê-los em suas discontinuidades e permanências para romper ou fixar, ainda que, provisoriamente, modos de ser e existir (FISCHER, 2007). Em um serviço habituado a realizar formação profissional e receber pesquisadores/as, procurei constituir-me como ‘nativa-investigadora’ – posição com a qual me coloquei no campo para reduzir tanto eventuais inquietações em meus/minhas colegas – frente à possibilidade de o estudo se constituir em alguma forma de avaliação de seu desempenho – quanto algum desconforto dos/as demais participantes diante de minha rotineira concentração na tomada de notas para o diário. Por outro lado, incursionar desde essa posição de pesquisadora implicou exercícios permanentes para reconhecer que não há obviedades nas práticas estudadas, visto que, nas tentativas de responder aos desafios cotidianos, elas são heterogêneas e múltiplas. Simultaneamente, e à semelhança de uma via de mão dupla, sua multiplicidade e heterogeneidade foram condições que me possibilitaram identificar linhas de força atuantes em nossas condutas.

Percebi diferenças no tocante ao movimento e à circulação dos diversos sujeitos em seus trânsitos pela USJL, não apenas relativas aos horários da manhã e tarde, mas, de modo adicional, entre dias da semana: a tendência é que as tardes sejam mais ‘*fervilhantes-pulsantes*’, notadamente, as de terças, quartas e quintas-feiras. Parece-me que o fervilhar e o pulsar (mais concentrados em alguns turnos) estariam relacionados, sim, a características locais (como distribuição de atividades em grupo concentradas nessas tardes), mas que também poderiam corresponder a um desejo de seus sujeitos de estarem presentes num espaço social nesses turnos específicos. Em face à escassez de áreas públicas para convívio no território, é possível pensar que, em algumas circunstâncias, idas frequentes e presenças constantes na USJL, aparentemente desnecessárias para profissionais da equipe, estejam relacionadas a esse aspecto. Entre os grupos que integram o mosaico de atividades coletivas realizadas na unidade e que não foram acompanhados durante as observações em campo, há

um deles que se chama (e não por acaso) *Convivência*⁶⁵, o qual congrega participantes de longa data.

Durante as ações acompanhadas na USJL, e configurando parte inseparável do projeto que cada indivíduo ou família deve estabelecer e gerenciar para si, a responsabilização sobre a própria saúde esteve presente na forma de estímulo ao autocuidado, guardando coerência com o predomínio da lógica assistencial que normatiza e entrecruza as práticas de APS/ESF e PS.

É possível, assim, pensar sobre os serviços enquanto instâncias articuladoras de discursos, em que ações e espaços coletivos são apresentados, tanto pela PS quanto pela APS/ESF, como recursos metodológicos preferenciais para que homens e, sobretudo, mulheres sejam acompanhados/as e ensinados/as a gerenciarem sua saúde e a de suas famílias.

5.1 ACERCA DOS GRUPOS

Como referido anteriormente, as observações, mescladas aos relatos e diálogos em campo, foram sistematizadas em diferentes modalidades de encontros: *Fazendo Arte*, *Curso de Gestantes e Saúde no Prato*. Nas atividades de que participei, a presença exclusiva (ou majoritária) de mulheres foi uma característica não apenas comum mas também notável nos três grupos, e pode ser problematizada como um elemento constitutivo da perspectiva de gênero que atravessa as práticas analisadas.

É plausível associar a invariável coordenação feminina dos momentos coletivos estudados na USJL com o maior número de profissionais mulheres na equipe (contratadas ou em formação) – se comparado ao quantitativo de homens –, mas ausência e reduzida visibilidade⁶⁶ de participação masculina nessa tarefa também podem ser pensadas de outra forma. Compreendo que aprendemos e ensinamos em silêncio, com ou sem intencionalidade, e que processos educativos são (re)produzidos e multiplicados, a partir de relações estabelecidas entre todas as pessoas que convivem e circulam nos espaços de cuidado em saúde (MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013). Nesse sentido, face às atividades

⁶⁵ Sob coordenação de uma ACS, o principal mote dos encontros do grupo *Convivência* é uma programação regular de passeios a pontos turísticos da capital e viagens curtas à serra gaúcha ou à região sul do estado, com visitas a eventos tradicionais, como, por exemplo, o Festival de Inverno de Nova Petrópolis/RS ou Festa Nacional do Doce em Pelotas/RS – FENADOCE. Não houve oportunidade de participar desses momentos devido à incompatibilidade entre os horários de realização do grupo e os turnos de que eu dispunha para atividades de campo.

⁶⁶ De forma semelhante a Lilian Chazan (2005), utilizo a noção de visibilidade para me referir à condição pela qual sujeitos e situações são percebidos e tornam-se visíveis.

coletivas, o distanciamento de profissionais homens, fato observado em campo, poderia estar associado a concepções que naturalizam o ato de educar como vocação (e que, em algumas situações e momentos, praticamente o situam como atribuição) ‘essencialmente’ feminina.

De modo similar, o horário de realização dos grupos parece contribuir, de forma não menos pedagógica, para articular práticas que reificam diferenças entre gêneros. Notadamente, as atividades *Curso de Gestantes* e *Fazendo Arte* – que têm mulheres-mães e aquelas com idade acima de 60 anos como sujeitos preferenciais de seus investimentos em educação e saúde – são realizadas no turno da tarde: segundo as coordenadoras, esse é o período que torna possível congregar maior número de participantes (provavelmente, por estarem liberadas de algumas das rotinas diárias da esfera doméstica e de cuidados com familiares, os quais costumam ser executados durante as primeiras horas da manhã).

Enquanto *Fazendo Arte* reúne mulheres no sentido de constituí-las como sujeitos saudáveis em processo de envelhecimento a partir de um determinado conjunto de normas, valores sociais, estéticos e existenciais consentâneos ao campo da saúde pública, *Curso de Gestantes* atua, diretamente, para ensinar mães ou futuras mães a seguirem um padrão de família, maternidade, paternidade, cuidados, comportamentos e feminilidades. Ambos os grupos buscam a inserção das participantes (e, no caso do *Curso de Gestantes*, também de homens-pais que, eventualmente, venham a comparecer) num processo educativo não formal, o qual, de certo modo, ‘guarda’ marcas escolares, na medida em que estabelece a quem cabe ensinar, a quem cabe aprender e o que se aprende, valendo-se da noção de que ‘conhecimentos são transmitidos’.

A seu turno, assumindo a condição de modalidade coletiva de acompanhamento nutricional, *Saúde no Prato* estabelece formas de intervenção e regulação sobre sujeitos um tanto quanto distintas daquelas observadas nos dois outros espaços mencionados. Modelado não só para quem deseja perder peso, mas para diabéticos/as, hipertensos/as, dislipidêmicos/as e àqueles/as com problemas de saúde bucal, o grupo é realizado às segundas-feiras pela manhã – das 8h30min às 10h, horário que, tradicionalmente, parece favorecer o acesso de trabalhadores/as. Faço tal reflexão ao pensar que, talvez, seja menos difícil postergar o início de suas jornadas laborais do que interrompê-las enquanto recebem o atendimento na USJL para, depois dele, retomá-las.

Durante o período das observações participantes, foi o único espaço a contar com presença masculina (ainda que sempre em menor número quando comparada à feminina) e, em alguma medida, parece-me que o turno e o horário de realização de *Saúde no Prato* auxiliam na demarcação de algo que culturalmente nos conforma: terminado o final de

semana, excessos (em especial, os alimentares) precisam ser contidos, eliminados e transformados. Às segundas-feiras, cedo pela manhã, participar de uma proposta de (re)educação alimentar indicaria, então, o esforço e o compromisso individual para com boas práticas em saúde a que todos e todas, homens e mulheres, são instados/as.

Destacaria, de forma semelhante, que a condição de consulta coletiva instituída para *Saúde no Prato* proporciona-lhe uma singular interface: durante os encontros, ocorre a articulação de intervenções clínicas individualizadas a momentos de grupo para educação e(m) saúde. Esses últimos mantêm a característica já descrita de estarem pautados na premissa da transmissão de conhecimentos como chave para mudança de condutas (nesse caso, alimentares) consideradas inadequadas.

Tendo produzido, até aqui, certo enquadramento do campo, a partir de um recorte descritivo de espaços do território e da caracterização dos grupos em que me inseri, cabe retornar, na clássica indicação de Fonseca (1999, p.69), à noção de que “dados não falam por si sós”. Isso implica movimentos para que as reflexões e narrativas, originadas em meio aos materiais empíricos, possam dialogar com os pressupostos teóricos assumidos na investigação, buscando que minhas análises não resvalam no senso comum⁶⁷. Como bem destaca Céli Pinto (1989, p.35): “Pensar o social como um conjunto articulado de discursos pressupõe analisar as formas como essa multiplicidade se instala, como no seu interior os discursos se completam, se diferenciam, se antagonizam”. Que eu seja capaz de emoldurar os materiais produzidos em meu recorte com a dimensão social que os constitui, situando seus sujeitos no contexto cultural que integram, atentando para diferenças em meio a semelhanças aparentes.

5.2 EM MEIO A ARTEIRAS...

A chegada ao *Fazendo Arte* assinalou o início do período definido para observações sistemáticas em campo, entre os meses de julho e início de dezembro de 2013. Caracteristicamente marcado pelo ideário da biopolítica contemporânea da PS, o grupo tem consagrado as tardes de terças-feiras, desde seu surgimento, em 2007, como ponto de

⁶⁷ Utilizo a noção de senso comum a partir de Pinto (1989): são fragmentos de discursos articulados ao longo da história de uma sociedade ou destacados de discursos em uma dada conjuntura política e social. Enunciados que, circulando nas formações sociais, muitas vezes, dão sentido ao cotidiano e moldam percepções políticas, crenças, posicionamentos morais e religiosos; por serem “o que se poderia chamar a bagagem discursiva de um povo, e exatamente por isso, têm uma importância central na construção social de significado de uma formação social” (PINTO, 1989, p.44).

encontro e convivência das chamadas *arteiras*, em sua maioria mulheres com idade a partir de 60 anos, conforme os dois registros a seguir:

[...] minha chegada ao grupo *Fazendo Arte* foi muito tranquila. Reunidas na sala de grupos da US, a partir das 14h, várias senhoras reiniciaram seus trabalhos manuais já em andamento. Nesse momento, elas estão mobilizadas para a confecção de flores, cujos arranjos vão enfeitar as mesas no evento *Chá com a comunidade*, que ocorre todos os anos, em setembro. Entre arames, fitas, folhas recortadas, massa para modelagem, cola quente e pistola, inicio minha apresentação [...] (DC, 09/07/2013).

[...] conversei rapidamente com ela e as demais participantes sobre como se organizam, qual a forma de ingresso no grupo e há quanto tempo ele existe. Mostraram-me um livro de registro dos encontros, iniciados em 2007, com a denominação mantida até hoje e formato de uma reunião semanal, entre os meses de março e dezembro, sem interrupção em julho, durante as tardes de terças-feiras, no horário das 14h às 17h. Ao contrário do que ocorre no inverno, as *arteiras* interrompem seus encontros no verão por causa do calor da sala [...] (DC, 09/07/2013).

Através do convite proposto por uma ACS que integrava a equipe profissional na ocasião, trabalhadoras aposentadas, pensionistas e donas de casa passaram a se reunir, semanalmente, na USJL e consolidaram, ao longo dos anos, a existência e a potencialidade de seus encontros e conversas informais para, entre outras possibilidades, amenizar dificuldades sentidas/percebidas como problemas.

5.2.1 Incorporação de Saberes: Reinventando Usos e Sentidos para Promoção da saúde

Num primeiro momento, o grupo surgiu com o formato de oficinas de artesanato, em que a ACS coordenadora ou outra participante, capacitada para diferentes técnicas de trabalhos manuais como tricô ou pintura em tecido, por exemplo, disponibilizava seus ensinamentos às demais mulheres. Cada integrante assumia o custo de seus materiais e, se a atividade executada envolvesse algum evento comunitário – por exemplo, a decoração para o chá anual da Associação Organizadora do Posto – o SSC forneceria os insumos necessários.

[...] em seus relatos, falaram-me, também, dentre as características do grupo, sobre a permanência de algumas delas desde o início – há mais de seis anos – e os diferentes vínculos que se estabelecem; há aquelas que participam desde a criação; algumas, como *T.*, integram por um período, ausentam-se e retornam; além dessas, há outras tantas que, movidas pelo interesse específico em aprender alguma técnica, após esse aprendizado, afastam-se. Perguntei-lhes se realizavam um lanche coletivo durante a tarde e responderam-me que sim. Às vezes, trazem bolo, biscoitos ou frutas e preparam chá ou suco. Festejam datas especiais e aniversários [...] (DC, 09/07/2013).

Algumas das integrantes com quem convivi durante minhas observações poderiam ser chamadas de ‘pioneiras’, uma vez que participavam já nos primeiros encontros dessa fase.

Desde o início de minha aproximação, considerei que *Fazendo Arte*, com sua frequência semanal, possibilitava, sobretudo, encontro e amizade entre mulheres, propiciando-lhes, em alguma medida, posicionarem-se de forma diferente, para além de sujeito-esposa, sujeito-mãe/tia, sujeito-provedora ou sujeito-dona de casa que vai receber assistência e medicações na USJL e, ainda, serem ensinadas a ter/manter sua saúde e a de sua família. Os apontamentos de campo sinalizam minhas considerações a esse respeito:

[...] Em meio a espirros e tosses, algumas das participantes começaram a trocar comentários sobre sua saúde e notícias de suas famílias. *L.* se denominou “informativo”, trazendo novidades de todo o grupo, já que caminha um trecho mais longo para chegar à US, desde a Av. Baltazar de Oliveira Garcia. A amizade entre elas se formou a partir das reuniões semanais. *I.* participa da academia no Centro Vida e, por isso, sai mais cedo [...] (DC, 16/07/2013).

[...] Ao tomarmos chá no decorrer da tarde, questionei-me quanto o espaço do grupo está conformado, primeiramente e sobremaneira, como um ponto de encontro em que se trocam afetos e são compartilhadas vivências. Enquanto aguardava a chamada para sua consulta médica, *E.*, senhora com idade superior a 70 anos, fez a oferta de doação de seus materiais de artesanato, pois a perda progressiva de visão tem lhe dificultado, e até mesmo impedido, de confeccionar os trabalhos manuais [...] (DC, 16/07/2013).

Diferentemente de versões para esse tipo de atividade em que, com frequência, o objetivo é fomentar estratégias de geração de renda ou ensino de ações de cuidado das famílias, a intencionalidade das integrantes de *Fazendo Arte* pareceu estar especialmente vinculada à ideia de convivência entre mulheres como fator de promoção da saúde. A busca por compartilhamento de técnicas artesanais (com as quais criariam objetos para colocar à venda) não seria, em absoluto, a principal intenção do grupo.

Nesse sentido, o desejo de promover encontros, cujo objetivo primordial está relacionado ao lazer, poderia ser tomado como um desdobramento do propósito institucional, reorganizando as relações entre participantes e profissionais da equipe (algo que não se produziu livre de tensões). No caso de *Fazendo Arte*, a reunião de mulheres para conversar e tomar chá poderia ser relacionada à tendência contemporânea de (res)significar atividades sociais e lúdicas, em que lazer se associa a práticas de saúde, mais especificamente, à promoção da saúde (ORTEGA, 2003). Estabelecendo fraturas nos discursos postos em circulação para classificá-las e destinar-lhes certa maneira de se conduzir, as participantes de *Fazendo Arte* mostraram-me que nenhuma ação disciplinadora, de controle, vigilância ou incorporação de saberes funciona sem a reinvenção dos usos e dos sentidos que lhe são conferidos pelos sujeitos envolvidos.

Ainda que suas participantes estejam envolvidas em ações de filantropia (tais como a confecção e posterior doação de sapatinhos e enxovais para bebês), ou mesmo na venda semanal de seus outros produtos num pequeno bazar junto ao Chalé da Cultura⁶⁸, *Fazendo Arte* também não parece seguir um formato de associação comunitária que se assemelhe, por exemplo, ao exercido pelos clubes de mães em suas lutas políticas. Entre as *arteiras*, não há objetivo de buscar respostas junto aos poderes públicos para problemas em sua área de moradia, característica historicamente distintiva naquela forma de movimento social marcado pelo gênero (RECHENBERG, 2009; SANTIAGO *et al.*, 2009).

A constatação de conflitos e sua expressão nas desavenças observadas no *Fazendo Arte* – em que alguns profissionais diretamente envolvidos acabaram por afastar-se do grupo – levaram-me a considerar que as relações na USJL são tensas não apenas em função de limites na capacidade do serviço de atender à demanda assistencial. À medida que os processos biopedagógicos acionados na PS/APS/ESF racionalizam, usualmente, determinadas formas de organização e produção/transmissão de conhecimentos sem questioná-las quanto à sua arbitrariedade, também se produzem resistências a esse exercício de poder.

[...] Hoje, iniciamos o encontro um pouco mais tarde do que o habitual. Uma tarde fria e chuvosa. Além de **R.**, profissional residente em seu segundo ano de formação, que acompanha o grupo, apenas **A.**, **N.** e eu estamos na sala. Parece-me que as tensões observadas na semana anterior entre **D.** e **A.** produziram o afastamento definitivo do primeiro desse espaço. Quando **R.** e eu vamos até a cozinha da US para pegarmos uma mesa auxiliar, diz-me baixinho que será importante estarmos a sós em outro momento (ela e eu), para conversarmos sobre tensionamentos existentes no grupo [...] (DC,13/08/2013).

Face à miríade de expectativas produzidas pelos campos discursivos articulados da APS/ESF/PS, e consideradas a impossibilidade e insuficiência de recursos para atender a todas as demandas individuais – diárias e crescentes – por uma vida mais saudável, a voz institucional reitera suas apostas na racionalidade e na objetividade de atividades coletivas como estratégia para contenção de questionamentos. A equipe pouco (ou muito pouco) problematiza arbitrariedades existentes nas práticas de promoção da saúde realizadas e que significados podem ser produzidos desde essa perspectiva.

No decorrer das atividades em campo, foi possível identificar resistência das integrantes de *Fazendo Arte* à tentativa de disciplinarização para que ocupassem uma determinada posição de sujeito aprendiz. Em mais de um momento, presenciei comentários

⁶⁸ Trata-se de um espaço multiuso para a realização de atividades culturais com vistas à educação e promoção da saúde, localizado no pátio interno do HNSC.

ácidos sobre autoritarismo nas relações, litígios na posse e guarda de objetos ou mesmo dificuldades nas combinações relativas a horários, utilização da sala e disponibilidade do grupo em receber participantes para além do círculo já consolidado.

Disputas referentes ao cumprimento de horários para início e término dos encontros, indagações quanto à produtividade de seus trabalhos manuais, discussões sobre o lugar mais apropriado à guarda da chave do armário e a quem caberia essa função (a compra do móvel foi efetuada com recursos das participantes para acomodarem seus pertences) são exemplos de situações que me sugeriram pensar quanto, para além de artesanato e fofocas⁶⁹ que se produziram nos encontros, essas mulheres têm questionado algumas das expectativas estabelecidas pela equipe profissional. Para ilustrar minhas observações a esse respeito, transcrevo trechos de meus escritos:

[...] **A.**, uma das participantes, comentou, brincando, que o grupo não era colégio e, portanto, não precisava parar em julho [...] (DC, 09/07/2013).

[...] - *Nós não estamos mais no colégio! Aqui ninguém mais tem que bater ponto. A gente se junta pra conversar, passar o tempo! Não tem que estar aqui exatamente às 14h, só porque alguém [integrante da equipe] quer ou disse que tem que estar!* [...] [Manifestação de **A.**, após confronto com profissional da equipe sobre atrasos e demora no início das atividades] (DC, 06/08/2013).

[...] Apenas **A.** tem a chave do armário do grupo. Sua chegada um pouco mais tarde, por volta de 14h30min, alimentou uma discussão acirrada sobre quem deveria ter acesso ao móvel, dado que sua compra foi efetuada com recursos das *arteiras*, sem financiamento do GHC. Momento tenso em que **A.** se colocou na condição de porta-voz das demais participantes, reclamando sobre o uso de determinados itens, além da troca de lugar dos objetos, e que têm sido feitos pela equipe sem que elas sejam consultadas [...] (DC, 06/08/2013).

Procurei entender resistências expressas pelas participantes frente a exigências apresentadas por frações da equipe para a realização dos encontros, analisando-as a partir de reflexões trazidas por Julia Varela (2011). Segundo a teórica, “ao lado de saberes ‘oficiais’, disciplinados, continuam se produzindo saberes que põem em questão os efeitos de poder ligados à organização institucional que os sustenta” (VARELA, 2011, p.93).

Em outros termos, busquei compreender que saberes e disciplinamentos acionados no espaço de *Fazendo Arte* não se produzem unilateralmente, mas são, continuamente, questionados e rearticulados por todos os sujeitos que o integram. Ao referir que o armário pertencia ao grupo por ter sido comprado pelas próprias *arteiras* e reclamar sobre o fato de profissionais não participantes utilizarem alguns dos objetos que ali se encontravam, em certa

⁶⁹ Conforme Fonseca (2004), a fofoca envolve o relato de fatos reais ou imaginários sobre o comportamento alheio.

medida, A. desafiou a noção instituída de que a posição hierárquica da equipe seria superior e, como tal, poderia utilizar pertences (não adquiridos pelo SSC) sem consultá-las. De modo similar, divergências quanto ao cumprimento de horários de início e períodos de interrupção das atividades durante o ano sinalizaram questionamentos na tentativa de subverter a racionalidade em que a organização institucional tem invariável primazia para dizer o que e como fazer. Nessas situações, considerei haver deslizamento e rearticulação nas relações de poder entre grupo e equipe, ideia que percebi corroborada posteriormente. Já no primeiro semestre de 2014, após novos e contundentes enfrentamentos a respeito da sua forma de organização e seus objetivos, as *arteiras* passaram a se reunir sem a participação de profissionais e prosseguem utilizando as instalações físicas da USJL, embora a duração dos encontros tenha sido reduzida à metade.

Nesse sentido, é possível pensar que as participantes do grupo reorganizaram-se de outro modo para gerirem suas programações e atividades de promoção da saúde, colocando sob rasura uma posição específica que lhes havia sido atribuída nesse processo interativo – algo que não se produziu sem disputas entre elas e frações da equipe nem tampouco sem conflitos entre os/as profissionais. No momento dessa escrita, os encontros ainda seguem mantidos às terças-feiras, mas passaram a ser de noventa minutos, entre 14h30min e 16h. A partir desse horário, desde março de 2014, a sala de grupos da USJL tem recebido residentes e preceptores para os encontros de formação teórica que compõem o *Currículo Integrado RIS/SFC*⁷⁰.

5.2.2 Deixar de Existir para os Outros e Passar a Ser ‘Eu Mesma’ pela Primeira Vez na Vida

Há uma formação discursiva (que eu denominaria gerencial-utilitarista) assumida pelo serviço, promovendo, organizando, estabelecendo o pertencimento das atividades de grupo no espaço social do território e destacando sua potencialidade como estratégia para otimização das ações de PS. Numa racionalidade matizada pelo imperativo de estabelecer uma vida ativa enquanto sinônimo para que a saúde se mantenha (independentemente do processo de envelhecimento biológico), a proposição institucional mediada pelo grupo opera como

⁷⁰ *Currículo Integrado* constitui um espaço de reflexão teórica em APS, realizado em conjunto pelos Programas de Residência Integrada em Saúde/GHC (ênfase Saúde da Família e Comunidade) e de Residência em Medicina de Família e Comunidade/GHC, cujo objetivo é a formação de atitudes profissionais interdisciplinares.

biopedagogia, interpelando seus sujeitos de modo a, como nos diz Meyer (2010, p.2), “pensar, sentir e agir de certos modos e não de outros”.

Mais do que promover escrutínio, monitoramento ou vigilância sobre as mulheres, o que os encontros de *Fazendo Arte* parecem colocar em curso é a produção de respostas não médicas, (res)significando, por exemplo, atividades de lazer como atenção e, simultaneamente, promoção à saúde, num cotidiano em que, não poucas vezes, desejo e consumo por procedimentos centrados na figura profissional mostram-se vorazes e impossíveis de serem contemplados pelas ações clínicas tradicionais. Analisando aspectos da excessiva demanda por atendimento clínico na USJL, com suas longas filas para agendamento de consultas individuais desde a madrugada, uma manifestação proferida por profissional da equipe sinaliza o caráter de articulação estratégica (e política) que as atividades coletivas assumem localmente, também como meio de minimizar tensões relativas aos desequilíbrios entre demanda e oferta por assistência:

[...] tal qual ouvi na cozinha: *Essas criaturas não têm o que fazer em casa. Estão sempre aqui no posto. Todos os dias. Nós temos que pensar um jeito de tirar da fila, de oferecer algo além de consultas!* [...] (DC, 16-07-2013).

À medida que acionam outras formas de pensar, sentir e agir em seu espaço de convivência, as mulheres integrantes de *Fazendo Arte* interrogam compreensões naturalizadas que apontam o saber institucional como gestor mais adequado para promover competências nos cuidados com a vida e a saúde e, desse modo, responsável por definir que tipo de práticas experimentar, como e quando realizá-las. Algumas delas se reúnem porque desejam o convívio entre si, não porque estejam, necessariamente, deprimidas ou sem outras tarefas com que se ocuparem. Sua produção artesanal pode lhes proporcionar ganhos econômicos extras, mas sua manutenção e a de suas famílias não dependem, exclusivamente, de *Fazendo Arte* para geração de renda.

Permitir-se o prazer da convivência semanal, sem querer atrelá-lo de maneira rígida à realização de atividade manual ou à condução da equipe, pode constituir uma forma diferente de serem mulheres saudáveis, em especial, porque a maioria das integrantes não parece ter traçado uma trajetória de vida onde houvesse domínios separados do ambiente doméstico e de seus envolvimento. Nesse entendimento, embora sem apresentar rupturas com discursos da PS e da ESF, a participação em *Fazendo Arte* proporciona-lhes algumas oportunidades e condições para se colocarem além da esfera familiar, para que pensem e busquem se posicionar diferentemente em outros espaços da vida. Possibilita-lhes, em certa medida,

tornarem-se sujeitos de discursos semelhantes aos observados por Mirian Goldenberg (2011, p.84), em seus estudos relativos à velhice feminina nas classes médias de centros urbanos, nos quais uma das informantes da teórica afirma: “a grande mudança com o envelhecimento parece ser essa mudança de foco, de deixar de existir para os outros e passar a ser ‘eu mesma’ pela primeira vez na vida”.

L., uma das pioneiras assíduas, trouxe relatos a esse respeito em mais de uma ocasião. Permanentemente envolvida com sua família nuclear, apesar dos filhos em idade adulta, o falecimento do marido foi o fato que a aproximou das demais integrantes na proposta de “superar a tristeza e a depressão”, como ela mesma referiu. Convidada a fazer parte do grupo, os encontros, as conversas entre si, as brincadeiras e o compartilhamento de histórias e tarefas coletivas – decoração para o chá anual da USJL ou produção de enfeites de Natal, por exemplo – trouxeram-lhe um pouco de ânimo para que começasse a se arrumar e sair de casa; em suas colocações, assinalou quanto o grupo, por intermédio das companheiras, havia lhe apresentado oportunidades de escolha, como a de realizar rotinas domésticas apenas quando (e se) tivesse vontade, ou a de permitir-se dizer ‘não’ aos comportamentos e exigências de filhos adultos, caso esse fosse seu desejo. Em vários momentos, diante de narrativas como as suas, identifiquei, nessas ações, tentativas de resistência a discursos que conformam e posicionam mulheres unicamente como aquelas que precisam e devem cuidar da casa e dos filhos e familiares (independentemente do fato de serem crianças, adolescentes ou já adultos). Em outras circunstâncias e condições históricas, essas seriam afirmativas impensáveis às mulheres – especialmente, às mulheres-mães e donas de casa da faixa etária de *L.* –, porquanto desnaturalizam relações familiares e questionam a noção usual (e reiterada em articulações discursivas da APS/ESF) de como se configura a maternidade adequada, responsável e zelosa.

Os temas das conversações que presenciei durante meu acompanhamento no *Fazendo Arte* foram bastante recorrentes e, na maior parte das vezes, envolveram aspectos do processo de envelhecimento, principalmente, pelos significados e desdobramentos dessa fase da vida no que se refere às famílias contemporâneas; não observei, necessariamente, um tom queixoso ou questionador, mas preocupação em encontrar maneiras de cuidar de si, mantendo-se com capacidades para o autocuidado na velhice, sobretudo diante de suas percepções frente a mudanças que têm se verificado nas configurações familiares.

Nosso país está envelhecendo rapidamente: em termos demográficos, ao mesmo tempo que o quantitativo de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido em todas as regiões, tanto o número de filhos por mulher como a parcela mais jovem da população têm

apresentado quedas (GOLDENBERG, 2012). As questões demográficas têm sido acompanhadas por diversas outras modificações, entre as quais poderia ser referida a permanência da faixa etária acima de 60 anos em atividades de trabalho – mesmo após aposentadoria –, uma vez que a entrada dos filhos na idade adulta não significa, necessariamente, deixar de responder pela provisão da família; outro exemplo dessas mudanças está no retorno de filhos à casa parental após separações conjugais. Construído a partir de diferentes influências de ordem sociocultural, e nas quais são relevantes relações de classe, gênero, geração, etnia e posição na família, o processo de envelhecimento implica, para além de singularidades das trajetórias de vida no plano individual, dimensões subjetivas e intersubjetivas (ALVES, 2003; ALVARENGA, 2012; BARROS, 2012) e, nessa perspectiva, coletivas e políticas. Dito de outro modo, certamente a produção do envelhecer não se constitui da mesma forma para distintos grupos, não é homogênea num mesmo território e faz-se marcada pelo gênero, algo que pude observar entre as integrantes de *Fazendo Arte*.

Nesse sentido, durante os encontros, preservação de suas capacidades e independência financeira foram aspectos muito valorizados pelas participantes; esforços para assegurá-las podem ser vistos não apenas como salvaguarda à dependência física (resguardando-as de possíveis perigos e sofrimentos decorrentes de dificuldades em receber assistência da família) mas também como necessários para prosseguir realizando cuidados aos seus familiares (atribuição que tem sido naturalizada às mulheres). O asilo surgiria como contraponto indesejável à perda de suas capacidades, mas, por vezes, inexorável, e foi apontado em posicionamentos sombrios ou pragmáticos a esse respeito:

[...] Histórias de família: dos animais abandonados e que vagam pelo território, chegamos aos vários casos de pessoas do bairro, abandonadas, sem cuidado e que, na maior parte das vezes, são mulheres. Como explicação para o fato, **R.** comenta: – *Se não morrem antes, os homens que ficam viúvos, casam de novo.* A conversa passa a girar em torno do envelhecimento e quando não há condições de serem cuidadas pelos filhos: – *Nem todo mundo pode pagar alguém pra cuidar!* – Se não os têm – como no caso de **A.** –, o caminho é ir para asilos: – *Hoje em dia, filho não cuida mais de mãe* – refere **S.**, que mora com sua mãe, mas que também quer ir embora, como o fizeram os seus irmãos: – *Ninguém quer ter que cuidar.* **E.** argumenta: – *Mas a gente fica diabético, velho. O que é que a gente vai fazer se Deus quer assim? Vai se matar?* [...] (DC, 13/08/2013).

[...] Pergunto a **A.** sobre a ideia de troca do seu apartamento em função das escadas (atualmente, ela mora no terceiro pavimento), ao que me responde que trocará por um menor, mas térreo. Completa: – *Eu sou sozinha. Eu sempre cuidei das minhas coisas. Deus me livre depender dos sobrinhos; são bons para mim, mas não dá pra viver com os meus sobrinhos; quando eu ficar sem condições, eles que vendam o apartamento e me levem para uma casa de repouso* [...] (DC, 13/08/13).

À luz de discursos contemporâneos que enfatizam noções de liberdade e autonomia individuais, produzem-se diferentes experiências para a velhice. Nesse entendimento, a partir dos anos 1970 e enquanto conjunto de ideias e práticas, a concepção discursiva de *terceira idade* (DEBERT, 2013) é constituída como etapa em que, cada vez mais, os ganhos decorrentes do avanço etário são realçados; as pessoas estariam mais disponíveis para experimentar novas identidades e repensar suas vidas, em especial, porque liberadas das obrigações com trabalho e cuidados da família. Há sobre esse período, marcadamente, um incentivo ao lazer – (res)significado como prática de promoção da saúde – e à aquisição de novos conhecimentos; o estabelecimento de cuidados corporais – sem que sejam levadas em conta as possibilidades individuais e os contextos que as produzem – torna-se uma obrigação moral, em que aqueles/as que não o fazem são vistos como negligentes e sem autoestima.

A noção de *terceira idade*, configurada como período em que os indivíduos podem e devem ser ativos para manter a saúde, igualmente tem sido articulada aos referenciais das políticas públicas, sobremaneira à PS/APS/ESF, e se opõe ao estigma de que a velhice significa o fim da vida, doenças ou solidão. Trata-se, de forma inegável, de articulação discursiva capaz de proporcionar efeitos positivos em coletividades, sobretudo desde a perspectiva da gestão de serviços de saúde (especialmente em termos de efetividade⁷¹ de gastos públicos) e que se mostrou presente entre as *arteiras* ao longo do período que acompanhei. Nessa compreensão, a perda de capacidades – ainda que inerente ao processo de envelhecimento – tende a ser reportada como descuido individual, e aquelas pessoas que não assumiram (ou não puderam assumir) comportamentos considerados saudáveis são responsabilizadas pelos seus próprios problemas. Contudo, também coexistindo como referências para ação, distintos padrões de envelhecimento foram observados nas falas das participantes em meio às atividades de campo.

Quando não se deseja a velhice na perspectiva de final da existência com adoecimento ou solidão, é preciso ser “*esperta*”, como mencionou *N.*, e estabelecer um comprometimento com seu próprio processo de envelhecer. A ‘esperteza’ significa planejar o futuro (em termos de moradia, renda ou rede de afetos), além de realizar investimentos em novas aprendizagens e, sobretudo, no autocuidado corporal:

[...] Nas conversas sobre cursos e necessidades de aprendizagem, as falas enveredaram por casamento, fidelidade e mulheres que trabalham. *N.* reforçou que as mulheres têm de ser “*espertas*” para garantir seu futuro. *A velhice tem de ter seu cantinho*, ela nos diz [...] (DC, 06/08/2013).

⁷¹ Em termos epidemiológicos, efetividade pode ser compreendida como efeito das ações e práticas de saúde quando implementadas em contextos da vida cotidiana de uma população (FACCHINI *et al.*, 2008).

[...] *N.* responde-me: – *É preciso ter sempre alguma coisa pra fazer, procurar o que fazer, ativar a cabeça; é o jeito de não ficar dependendo dos outros. Uma vez por ano tem que viajar [...]* (DC, 13/08/2013).

Em certa medida, *N.* protagonizou cenas emblemáticas que me instaram a pensar na potência dos discursos da PS quanto às noções de envelhecimento como forma de (res)significar essa etapa da vida. Aos 61 anos de idade, ela foi cozinheira industrial, estando, hoje, formalmente aposentada. Numa determinada tarde, na chegada ao *Fazendo Arte*, carregava uma pequena sacola, que me pediu para segurar e adivinhar o conteúdo. Contou-me, de modo tranquilo, que o peso carregado (e que estava lhe deixando *torta*, em suas palavras) era a prótese mamária, com a qual havia experimentado o maiô a ser usado em Natal/RN, em viagem que faria na semana seguinte. Explicou-me sobre a interrupção do processo terapêutico que realizara para o câncer de mama: na década anterior, seu filho mais velho – então com 15 anos – havia morrido ao ter sido confundido, por policiais, com um assaltante. Ao retomar o tratamento oncológico, três meses após a morte do jovem, embora tenha sido necessária a mastectomia radical, *N.* optou por não se submeter à cirurgia plástica reparadora para reconstrução da mama, problematizando inúmeras prescrições médicas que lhe haviam sido feitas.

Em outro momento, sua narrativa rememorou o antigo desejo de menina, quando queria estudar e tornar-se professora. Saiu do interior do estado e veio trabalhar em Porto Alegre, mas acabou “*deslumbrada com a vida na cidade*” (palavras suas), desistindo dos estudos. Na circularidade de movimentos que integram as histórias pessoais, *N.* evidenciou capacidade de reagir, transgredir e afirmar-se. Por intermédio de suas falas, demonstrou entusiasmo e satisfação com suas capacidades de aprendizagem, talvez atrelada a uma imagem de si mesma como alguém ágil, resistente, sem permanecer presa ao passado.

Independentemente de várias adversidades com que tenha se deparado ao longo dos anos, aparentou ser alegre e vivaz, tornando-se sujeito da *terceira idade*, em seus enunciados de envelhecimento ativo e saudável. Surpreendi-me com sua disponibilidade e agilidade em aprender, anotando em meus registros:

[...] Em meio às conversas cruzadas, vejo *N.* com lãs e uma agulha de crochê. Conta-me que cansou dos ‘fuxicos’⁷² e segue com o tapete que, depois de pronto, será enviado à Basílica de Nossa Senhora

⁷² Técnica artesanal em que vários pequenos fragmentos de tecidos coloridos são reunidos e constituem flores. Na sua elaboração, além do molde em formato redondo e retalhos, são normalmente utilizadas agulhas, linhas e tesoura.

Aparecida, em São Paulo. Fala, entusiasmada, que tem aprendido a fazer tudo sozinha, olhando na Internet e assistindo aos vídeos. Isso me faz pensar sobre o impacto da tecnologia em nossas vidas e como tem sido possível para mulheres, em sua faixa etária e escolaridade, apropriarem-se de ferramentas tecnológicas desde uma condição inimaginável até pouco tempo atrás [...] (DC, 08/10/2013).

Em diferente perspectiva de envelhecimento – quase como contraponto à vivência de *N.* –, também marcada pela tristeza decorrente da perda inesperada de uma filha e pelo relato de dificuldades conjugais com o marido ostomizado⁷³, *B.* foi uma participante que se apresentou muito reservada e desanimada. Embora, por diversas vezes, ela tenha salientado a importância de integrar *Fazendo Arte* e quanto o grupo a auxiliava, ao longo do período de observações, tornou-se progressivamente mais entristecida. Permanecendo silenciosa na maior parte das tardes, em uma ou duas ocasiões materializou seu sofrimento através do choro. Todas as intervenções que presenciei para confortá-la foram, unicamente, pontuadas por conselhos para que se esforçasse em ocupar seu tempo (e sua cabeça) com atividades prazerosas, correlacionando tristeza à falta de lazer. Sem fornecer detalhes, nesses momentos, afirmava sempre estar abalada, reduzindo-se à condição de sujeito mulher deprimida/doente; em dada medida, reproduzida no quadro abaixo, sua fala me sugeriu uma subjetivação mediada por discursos contemporâneos que transformam situações anteriormente não médicas em problemas médicos e com os quais construímos nossas identidades a partir de diagnósticos:

– [...] *Não consigo melhorar, estou deprimida. Preciso tanto falar com o Dr. X.* [psiquiatra de referência para a equipe da USJL]. *Ele está aí agora de tarde?* [...] (DC, 12/11/2013).

A fala de *B.* proporciona pensar sobre o deslocamento da experiência de sofrimento e aflição para o referencial da saúde nas culturas urbanas do Brasil contemporâneo, o qual tem sido estudado por campos como os das ciências sociais e saúde pública (MALUF, 2010). Considerando que a literatura antropológica mais recente tem tratado a patologização de sofrimentos como um dos sinais de expansão dos domínios da atuação biomédica, as palavras de *B.* enunciariam suas experiências subjetivas frente à morte e doença na família a partir de uma concepção predominantemente individualista de corpo e pessoa. Se há algumas décadas situações de tristeza profunda, desgaste físico/emocional e cansaço, por exemplo, estariam nos domínios da normalidade, a extensão progressiva de limites para o que hoje é percebido

⁷³ Relativo a quem foi submetido à cirurgia de ostomia, na qual é construído um novo trajeto para fezes e urina, com a consequente necessidade do uso de bolsa coletora desses materiais (BRASIL, 2003).

como patológico possibilita-lhe condições para, subjetivada pela racionalidade médica, descrever-se como deprimida.

Refletir, comparativamente, sobre as narrativas de *N.* e *B.* contribui para reconhecermos que há diferentes modos de viver não apenas a velhice mas também perdas e adoecimentos a que todos/as estamos expostos/as. Há positivities em discursos que promovem vida ativa e saudável para que a longevidade não se expresse apenas como perda, e não se trata de negar, aqui, sua potência e eficácia para administrar a vida das populações. Importa, antes, salientar o silêncio imposto a outras formas de experienciar situações que compõem a vida; esse silêncio auxilia a constituí-las como doenças e reforça a constante nomeação entre saudáveis (capazes de seguir a norma), e seus/suas desviantes (homens e mulheres não saudáveis).

5.2.3 “Por que Será que os Jovens Acham que os Velhos não se Apaixonam?”

Em seus encontros de convivência para promoção da saúde, observei que as *arteiras* trouxeram aspectos relacionados à sexualidade em algumas conversas, os quais não constituíram objeto de qualquer discussão ou intervenção por parte de profissionais atuantes no grupo. Modeladas, talvez, por conformações culturais (não tão distantes no tempo) em que a imagem da velhice respeitosa corresponderia ao término da vida sexual, ou que a realização sexual não era pensada para as mulheres, as participantes, em sua maioria, marcaram essas questões pelo apagamento ou por brincadeiras veladas, mas raramente explícitas.

Surpreendi-me ao observar que essas brincadeiras ou conversas abordando sexualidade eram trazidas apenas pelas *arteiras*. Ao pensar sobre a articulação discursiva entre PS/APS/ESF no que se refere à temática, problematizo o silêncio e a invisibilidade percebidos em campo, considerando a importância de alguns aspectos sobre infecções sexualmente transmissíveis e questões relacionadas à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV – *Human Immunodeficiency Virus*) e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*) pela via sexual. Tomando indicadores que apresentam o estado do Rio Grande do Sul como a Unidade da Federação com maiores taxas de detecção de HIV/AIDS e Porto Alegre na condição de capital brasileira que lidera essa classificação desde 2006 (BRASIL, 2013a), penso ser relevante refletir sobre efeitos de práticas discursivas que silenciam e tornam invisível, no cotidiano do serviço, a sexualidade de mulheres que estão em processo de envelhecimento.

Articulados por relações de gênero desiguais e diferenças no exercício da sexualidade, há distintos padrões de infecção e adoecimento, que se produzem mediados por condições de classe social, renda, escolaridade e faixa etária. Ainda que vários estudos tenham apontado as tendências de feminização e pauperização da infecção por HIV/AIDS no Brasil (MORAIS, 2006; LEAL, 2008; LAZZAROTTO *et al.*, 2008; SOUTO, 2010; SANTOS; ASSIS, 2011), relacionando o crescimento substancial do número de mulheres infectadas – uma das mais importantes características do atual quadro no Brasil – a desigualdades de ordens variadas, não observei nem foi proposta nenhuma conversa que abrisse espaço a essas discussões entre as *arteiras*. Parece-me possível afirmar que o silenciamento identificado no grupo a esse respeito constituiu um vazio frente a uma não questão.

Colocando em xeque a tendência – cada vez mais visível – de enunciar a manutenção da atividade sexual no envelhecimento como um fator de promoção e proteção à saúde (ALVARENGA, 2012; DEBERT, 2013), as formas silenciosas como a temática esteve expressa no grupo *Fazendo Arte* convocaram-me a pensar, desde a perspectiva de fluidez na multiplicidade discursiva da saúde pública, sobre enunciados que se fragmentam e assumem conformações singulares. É possível que minha presença em campo na condição de pesquisadora tenha contribuído para essas formas de expressão, mas cabe ponderar se o silêncio não estaria relacionado à tendência de visibilizar a sexualidade na velhice somente quando alavancada pelo discurso biomédico da gerontologia⁷⁴, o qual, por sua vez, é dirigido e articulado, sobremaneira, a classes com maior poder aquisitivo e capacidade de consumo. Frente a ideários contemporâneos que produzem e exaltam a sexualidade a partir da norma de corpos heterossexuais, esbeltos, fisicamente condicionados e jovens, silenciar sobre esse exercício pode servir para definir e delimitar noções de ‘normalidade’ e ‘patologia’ entre as *arteiras*, a maior parte delas muito afastada dessa estética corporal.

Dirigindo-se a populações com menor possibilidade de acesso a recursos farmacológicos e tecnológicos que multiplicam e favorecem a manutenção da atividade sexual no envelhecimento, é plausível pensar que, com seu silêncio, articulações discursivas produzidas entre PS e APS/ESF reforcem a suposição bastante preponderante, nesses contextos, de que uma velhice adequada à norma e, sobretudo, uma velhice feminina aceitável seria aquela assexuada. Os excertos abaixo sinalizam minhas percepções:

⁷⁴ Gerontologia pode ser compreendida como campo de produção de saberes sobre os processos de envelhecimento, o qual recebe contribuições conceituais e metodológicas provenientes de diversas disciplinas: antropologia, biologia, demografia, direito, enfermagem, medicina, psicologia, sociologia, entre outras. Seus estudos inter/multidisciplinares investigam experiências de velhice e envelhecimento em distintas formações históricas e culturais, caracterizando-as como bem ou mal sucedidas, estabelecendo normalidades e patologias. Geriatria, por sua vez, é configurada como especialidade médica (ALVARENGA, 2012).

[...] A sexualidade é o tema sobre o qual, mais frequentemente, se faz silêncio ou se fala aos murmúrios... **A.** conta sobre os namorados que teve, reforçando que não teve marido, mas que namorado, sim, ainda que nunca tenha morado junto com ninguém – ao contrário de sua irmã mais velha, que enviuvou três vezes e, mesmo agora, com mais de 70 anos, segue disposta a ter outro companheiro [...] (DC, 1º/10/2013).

[...] Risos à parte, os rumos da conversa seguem pelo comportamento dos homens: falam de suas cantadas e grosserias, e também da raiva e do nojo que provocam as atitudes masculinas, especialmente, o desrespeito em ônibus e filas. Em seguida, **A.** brinca que deseja arrumar um novo casamento para **L.** com seu vizinho de prédio, enquanto **G.** ri e debocha da própria **A.**, afirmando que esta é apaixonada por um dos médicos da equipe. Em meio às falas e brincadeiras, articulo, mentalmente, o quanto a heteronormatividade⁷⁵ é condição da ordem do absoluto e inquestionável em suas conversas [...] (DC, 20/08/2013).

Entendendo que discursos e seus enunciados circulam entre sujeitos marcados por seus contextos, condições de classe, escolaridade e gênero, parece prevalecer, no grupo, a importância de mostrarem discrição – em nome de uma moral supostamente certa e adequada – acerca de suas expressões de sexualidade e amor erótico, e que se apresentaram, por sua vez, concebidas apenas no espaço da heteronormatividade e do casamento. Concordo, então, com o pensamento de Alvarenga (2012, p.124), ao referir marcas de complexidade e ambiguidade adquiridas pela temática: “pois a mesma sexualidade celebrada por alguns setores da saúde é culpabilizada por outros”. Relativamente à celebração da sexualidade e sentimentos de culpa produzidos, **A.**, **L.** e **N.** protagonizaram cenas e relatos peculiares:

[...] A fala de **L.** me chama a atenção: – *Por que será que os jovens acham que os velhos não se apaixonam?* Ao ouvi-la colocar essa fala para o grupo, convido-a para conversarmos sobre sua história. Conta-me que se apaixonou após a morte do marido, que seu casamento havia sido sem graça e que o homem por quem se apaixonara já viúva era muito bonito! Como ele falava erradamente, possuía pouca escolaridade e uma profissão ‘humilde’ – pedreiro –, o filho e a filha a condenaram (sobretudo o filho). Diante da pressão familiar, acabou se afastando do namorado [...] (DC, 06/08/2013).

Em sua tentativa interrompida de reconstituir a vida afetiva após a chegada da viuvez, o relato de **L.** nos aponta tanto seu desejo de elaborar novas experiências amorosas – hoje não limitadas à condição de direito, mas veiculadas pelo ideário de PS como constitutivas de

⁷⁵ A partir de Santos (2009), compreendo que heteronormatividade, expressão cunhada nos anos 1990, está assentada na dicotomização de um sistema binário, o qual pressupõe modelos estritamente definidos com base na genitália: macho ou fêmea. São esperados comportamentos para o masculino e para o feminino, pautando a heterossexualidade como norma compulsória (supostamente, biológica e dada, de forma ‘natural’, pelo corpo). Assumindo-se a heterossexualidade como norma em uma sociedade, produzem-se outras sexualidades como desvios, como anormalidades. Nesse sentido, aqueles/as que estão em conformidade com o parâmetro heteronormativo são considerados normais, e, ao mesmo tempo, são posicionados como anormais os sujeitos que não o seguem. Em resumo, é possível referir o termo heteronormatividade enquanto condição que toma a atração e/ou o comportamento sexual entre indivíduos de sexos diferentes como regra em relação à sexualidade, designando que essa é a norma a ser seguida (PETRY; MEYER, 2011).

envelhecimento saudável – quanto sua sujeição ao discurso moralizante dos filhos sobre o ‘erro’ de seu namoro, dadas as diferenças de posição social/escolaridade entre ela e o parceiro. O gênero atravessou o contexto familiar e dimensiona, agora, sua viuvez: a subordinação anterior ocorria, especialmente, na relação com o marido; na morte do pai, o filho homem passa a subordiná-la.

Na condição de biopedagogias de gênero, brincadeiras (como aquelas que *A.* dirige a *L.*) podem ser vistas enquanto estratégias acionadas para operar com diferentes relações discursivas; por um lado, educam ao enunciar a necessidade de sexualidade física e ativa para o envelhecimento saudável e, por outro, igualmente ensinam no momento em que localizam e afirmam quem pode (e deve) ser o *par perfeito* para *L.*:

[...] Hoje iniciamos mais tarde novamente. Entre risadas, *A.* mexe com *L.* sobre um possível namorado dessa última: – *Mas eu nem conheço esse meu namorado! Eu tô bem assim!* – reage *L.*, enquanto *A.* ri e conta que um de seus vizinhos de porta seria o *par perfeito* para *L.* Questiono-me: por que não para ela própria? Claro que não me atrevo a perguntar-lhe! [...] (DC, 1º/10/2013).

As histórias de *N.* com relação a cantadas e assédios no espaço virtual também podem ser interpretadas como elementos integrantes de práticas de gênero que definem quais corpos são bons e adequados para uma mulher não se tornar alvo de preconceitos; seus relatos fazem parte de processos culturais contemporâneos que ensinam mulheres a serem saudáveis pelo exercício de sua sexualidade, contanto que elas o façam de forma protegida e responsável, utilizando-se, inclusive, de recursos e vocabulário das tecnologias de informação:

[...] Falar sobre as novelas a que elas têm assistido nos traz a discussão sobre preconceitos e a obesidade como problema. *N.* repete: – *Eu não me gosto gorda!* *L.* retruca que os homens, no entanto, parecem preferir as *boazudas*, como *N.* Risadas soltas. A sexualidade volta à mesa de artesanatos, mesmo que entre risos envergonhados, como os de *C.*, que, sempre muito reservada, manifesta-se somente em voz baixa. *N.* resgata, então, suas histórias a respeito do *Facebook*: fala-nos sobre cantadas e assédios, tanto na concretude do dia a dia, como no espaço virtual. Explica-nos as várias formas de aproximação na virtualidade e suas atitudes quando alguém a contata nesses termos: ela responde com ‘talvez’ e ‘delete’ no dia seguinte [...] (DC, 08/10/2013).

Entrelaçados às conversas, pude recolher pequenos fragmentos acerca de suas experiências conjugais, entendidas como relações afetivas envolvendo parceria sexual e coabitação. Suas conjugalidades foram situadas com cautela semelhante à com que abordaram suas sexualidades, e houve poucas narrativas pessoais compartilhadas:

[...] Percebo que compreendem o casamento como algo que prende e traz sofrimento para várias delas. Isso não é explícito. Há tons velados sobre o assunto e pouco se fala. Em todo o grupo, **A.** é a única que não se casou. Ao mesmo tempo que afirma não ter se casado nem ter tido filhos porque não queria se prender, suas histórias falam de namorados e da ocasião em que, segundo suas palavras, esteve *realmente apaixonada*. Parece querer reafirmar, com cada um de seus romances, que não se casar foi uma escolha sua. Aos mais de 70 anos, inaparentes, **A.** descreve seus amores de modo econômico e, ao mesmo tempo, singelo, sem explicitar sua intimidade. [...] (DC, 15/10/2013).

Nesse sentido, duas *arteiras* conseguiram romper, em parte, o silêncio a respeito de relações conjugais (des)amorosas, detalhando circunstâncias da vida familiar. **N.** foi uma delas. Casou-se e teve filhos, separando-se do marido infiel há alguns anos; em sua versão, ainda que não tenham oficializado o divórcio e prossigam habitando o mesmo espaço físico, não há mais contato sexual entre os dois, desde que teve comprovações de sua infidelidade:

[...] diante de minha pergunta se ainda mantinham relações sexuais, **N.** balança a cabeça e me diz: – *Quando a gente casou, eu já tinha avisado bem ele: ‘se for pra aprontar, faz bem escondido que é pra eu não descobrir, porque, se eu souber de qualquer coisa, não vai ter volta... ‘Morreu’* [...] (DC, 13/08/2013).

A segunda participante, definida como “*sobrevivente*”, nas palavras de uma de suas irmãs, foi **L.** Em tom memorialista, contou a mim e às demais companheiras situações vivenciadas com o marido:

[...] **L.** nos fala que agora que está sozinha [viúva], está bem assim: – *Não quero mais pensar em casamento, porque basta pensar e a dor aparece... Só de lembrar o que passei!* [...] (DC, 06/08/2013).

[...] a agressividade do marido para com a filha desde que esta última era pequena, sua decisão de suportar o mau humor dele, os gritos e maus tratos porque não trabalhava fora nem tinha renda própria. Comenta sobre a inexistência de apoio, naquela época, por parte de sua mãe, caso tivesse decidido se separar com os filhos pequenos. Conclui, referindo-nos que não se arrepende de sua decisão, uma vez que soube esperar e agora está *livre e com renda* [expressões suas]. Intimamente, questiono-me sobre sua noção de ‘liberdade’, pensando, ao mesmo tempo, na dependência econômica de seu filho que, aos 33 anos e graduado em Letras, não possui uma atividade profissional regular para além de estágios [...] (DC, 1º/10/2013).

Atravessadas pelo gênero como definidor e organizador das relações familiares, conjugais e afetivas, particularmente, as falas de **L.** me proporcionaram pensar sobre a diversidade de formas de domínio e controle sobre os corpos das mulheres. Não obstante a materialidade do texto da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a; 2014e) – em que ações e objetivos específicos voltados à prevenção da violência e estímulo à cultura de paz são enfatizados – seja um dos discursos acionados pelo serviço para a organização de

atividades como as de *Fazendo Arte*, observei ausência de qualquer desses enunciados nas práticas articuladas entre PS/APS/ESF.

Naturalizadas e dimensionadas à ordem do privado e da família, as situações narradas por *L.* não desencadearam qualquer tipo de conversa no sentido de problematizar questões relativas à temática da violência no território da USJL. De modo semelhante ao que havia observado em relatos sobre a produção de mortes como a do filho adolescente de *N.*, histórias de relações familiares marcadas pela violência de gênero não foram discutidas.

Nesse momento, convém esclarecer que faço uso da expressão violência de gênero como categoria analítica que remete à existência de produção de lugares sociais sexuados, os quais expõem as múltiplas desigualdades a que estão presas as mulheres (BANDEIRA, 2014). A partir do contexto de reabertura democrática no Brasil dos anos 1980, em associação a comunidades acadêmicas e a grupos organizados de mulheres, atos, reflexões e lutas dos movimentos feministas alavancaram, decisivamente, a formação da área de estudos da violência de gênero, destacando o caráter das relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres, conjugalidades e famílias. As discussões possibilitaram configurar a existência dessa modalidade específica de violência, contribuindo para alterar parte dos equipamentos e serviços públicos, sem deixar de evidenciar as dificuldades de seu enfrentamento no interior das instituições.

Nas palavras de Bandeira (2014),

[...] ao escolher o uso da modalidade violência de gênero, entende-se que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, que têm cenários sociais e históricos não uniformes. A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos. Não se trata de adotar uma perspectiva ou um olhar vitimizador em relação à mulher, o que já recebeu críticas importantes, mas destacar que a expressiva concentração deste tipo de violência ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas (BANDEIRA, 2014, p.451).

Destaco, no excerto a seguir, os silêncios, institucional e relacional, diante de agressões lembradas durante uma das tardes de *Fazendo Arte*:

[...] as falas de *L.* sobre várias de suas histórias, inclusive a do nascimento do segundo filho, uma gestação inesperada, após um intervalo de 17 anos. Segundo seu relato, o marido queria que ela abortasse, pois se considerava velho, aos 42 anos de idade, para ser novamente pai: – *Ele me deixava dinheiro na penteadeira para que eu pagasse o aborto, mas não para que fizesse o enxoval do nenê.* Contou-nos os recursos que usou para organizar as roupinhas e os momentos antecedentes ao parto.

Isso ocorreu há 33 anos. O silêncio que se fez no grupo chamou minha atenção. Ninguém se manifestou [...] (DC, 16/07/2013).

Por longo tempo, a crença arraigada de que a violência no ambiente doméstico contra mulheres e meninas era um problema da ordem do privado e familiar configurou um grave empecilho à formulação e execução de políticas para o enfrentamento dessa condição desde a perspectiva do campo da saúde pública (LEAL, 2009). Uma das manifestações mais frequentes de violência contra mulheres é aquela praticada pelo parceiro íntimo (como exemplificam, acima, os relatos de *L.*). Ocorrendo num contexto específico, dado por relações de gênero, a antropóloga salienta que as mulheres são suas maiores vítimas, não porque sejam naturalmente mais frágeis ou submissas, mas porque essa forma de violência está relacionada a conformações sociais e históricas em que elas têm menor acesso à educação e a recursos materiais. Contextos em que o poder é exercido de modo desigual entre homens e mulheres e nos quais, mesmo em meio a transformações culturais operadas por movimentos sociais e corroboradas por avanços na legislação⁷⁶, sentidos para o dito popular “*em briga de marido e mulher, não se mete a colher*” permanecem em produção por diversas instâncias, entre elas, os próprios serviços de saúde.

Na medida em que a violência de gênero é um problema que afeta a condição física e mental das mulheres, é inegável que ela produz efeitos diretos sobre o sistema de saúde, com consequências econômicas e sociais. Os silêncios observados em campo frente às narrativas trazidas por *L.* – interpretadas pelo grupo, possivelmente, como um fato passado e, de certo modo, ‘remediado’ pela morte do seu marido – tornaram-se uma forma de abordagem e (não) discussão dessa temática. Nesse caso, a invisibilidade parece operar, novamente, como prática biopedagógica que, mantendo assimetrias ocultadas, produz determinada forma de conceber e viver a condição de gênero. Esquecendo, a dor desaparece; as mulheres se constituem como sobreviventes fortes e, por isso, saudáveis. Com maior expectativa de vida⁷⁷ e estudos que sinalizam perfis epidemiológicos favoráveis às mulheres, várias delas podem viver por mais tempo (e sobreviver aos homens), mas isso não nos autoriza a concluir que, necessariamente, tenham melhores condições de saúde do que eles.

⁷⁶ A Lei Federal 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, data de 07 de agosto de 2006 e cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A Recomendação número 09, de 08 de março de 2007, do Conselho Nacional de Justiça, respaldou, em nível estadual, a criação de Juizados de Violência Doméstica contra a Mulher pelos Tribunais (BRASIL, 2006b; 2007; LEAL, 2009).

⁷⁷ Em 1º de dezembro de 2014, dados relativos a 2013 e publicados pelo IBGE indicaram as médias nacionais de 78,6 anos na expectativa de vida feminina e 71,3 anos para os homens. No estado do Rio Grande do Sul, as mulheres ultrapassam a barreira dos 80 anos: a média feminina atinge 80,3 anos, enquanto a masculina é de 73,4 anos (BRASIL, 2014i).

Para ampliar as discussões sobre práticas biopedagógicas acionadas pelos discursos articulados de PS/APS/ESF e vivenciadas durante o trabalho de campo, passo a refletir, em sequência, sobre os encontros da segunda modalidade dentre os grupos observados: *Curso de Gestantes*.

5.3 ENSINANDO A SER GESTANTE...

“*Se for menina, não vou botar branco, verde ou amarelo. Vou botar rosa!*” [Participante do *Curso de Gestantes*] (DC 01/08/2013).

Mediada pela compreensão de que somos constituídos/as como homens e mulheres em uma determinada cultura e tempo – inequivocamente históricos –, e referindo estranhamentos que se produziram em meu olhar frente a situações aparentemente triviais e cotidianas, destaco a fala acima para iniciar discussões sobre os encontros coletivos com gestantes da USJL. Busco, agora, por seu intermédio, problematizar algumas maneiras contemporâneas que nos possibilitam pensar, agir e tornarmo-nos sujeitos de gênero saudáveis desde a gestação.

A negativa contundente da gestante sobre a possibilidade de utilização de outras cores para o vestuário de seu bebê que não a coloração rosa, caso fosse uma menina, levou-me a pensar no processo (nunca finalizado) para formação de nossas identidades de gênero, cujo início ocorre antes mesmo de nascermos. Em nossas relações sociais, somos sujeitos atravessados por práticas discursivas, produzindo-nos como femininos e masculinos, com formas de ser e estar no mundo, e em arranjos sempre transitórios (LOURO, 2010), os quais, em sua provisoriedade, são modos que nos interpelam e demandam contínua reiteração.

5.3.1 Um Currículo para Ensinar Cuidados

Dentre o mosaico de ações sistematicamente acompanhadas na fase intensiva de campo, durante o segundo semestre de 2013, *Curso de Gestantes* foi um espaço singular em meio à observação de práticas biopedagógicas articuladoras e multiplicadoras de vários discursos dos campos da educação e saúde. Já em sua denominação, a atividade parece expressar a característica emblemática do direcionamento proposto: educar gestantes para o cuidado dos corpos femininos grávidos e das crianças recém-nascidas, tornando-os/as saudáveis. A partir dessa intencionalidade, o grupo contou também, por diversas ocasiões,

com mães nutrizes e seus bebês, em estratégia visível de promoção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

Aproximei-me de *Curso de Gestantes* de modo similar ao que havia utilizado em *Fazendo Arte*, conversando a respeito de meu estudo e fazendo minha apresentação pessoal. Ocorrendo quinzenalmente, entre agosto e novembro, suas atividades foram realizadas nas quintas-feiras à tarde, no intervalo das 14h às 17h. De maneira bastante aproximada àquela com que eu havia sido recebida pelas *arteiras*, fui acolhida de forma cordial nos encontros e, por vezes, chamada a participar na posição de sujeito-integrante da equipe. É possível que, também aqui, o fato de ser mulher e ter alguma identificação com as participantes tenha facilitado, consideravelmente, minha entrada no grupo. E sobre esse ponto, não me parece demais relembrar que jamais estive em campo tão somente como pesquisadora. Observadora participante, respondi a algumas intervenções que me foram solicitadas – mesmo sem ter me candidatado a qualquer uma delas em momento algum. Por outro lado, entendo que esse tipo de troca faz parte de estudos que possuem inspirações etnográficas.

Tomando como indicador a estimativa prevista⁷⁸ de 148 gestantes no território da USJL para o ano de 2013, ao longo de todo o período de observações, estranhei o pequeno número de participantes que vinha ao grupo – sempre inferior a dez –, contabilizando, em várias tardes, a presença profissional em quantitativo superior. Refleti sobre esse aspecto em meus relatos:

[...] A proposta é a de iniciar discussões sobre o que é o Pré-Natal e qual sua importância para a vida das mulheres e das famílias. Apresento-me às duas novas integrantes, conversando a respeito do que faço. Há quatro gestantes participantes no encontro, além de duas ACS e duas outras profissionais da equipe. Pergunto-me se não seria importante repensar sobre os esforços mobilizados frente ao reduzido número de grávidas que está presente [...] (DC 15/08/2013).

Em diversas ocasiões, esse estranhamento esteve registrado no diário de campo como um elemento de tensão ao pressuposto de que há, invariavelmente, maior efetividade das ações de saúde quando se realizam sob o formato de atividades coletivas. Permito-me ousar,

⁷⁸ A estimativa anual de gestantes nos territórios do SSC é produzida a partir do número de crianças nascidas vivas no ano anterior (Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC/MS); para o ano de 2013, utilizou-se, no Jardim Leopoldina, o dado de 148 nascidos vivos em 2012 no território. Conquanto seja necessário considerar que nem sempre gestantes realizam ações de Pré-Natal nas unidades de saúde dos bairros em que moram, é importante notar que, entre os meses de agosto e dezembro de 2013, havia 57 mulheres inscritas no Programa de Atenção à Gestante da USJL/SSC.

nesse momento, uma ‘digressão-reflexão’⁷⁹ sobre minha própria escrita, suspendendo, brevemente, as análises a respeito de quais sujeitos estavam presentes em *Curso de Gestantes*.

A cultura das instituições de saúde parece-me pródiga no uso de palavras que se assemelham à linguagem utilizada por militares e, apoiada em Maingueneau (2012), para quem estudos sobre discursos são, também, discursos – os quais se fazem diversificados ao incontável em função dos momentos e dos lugares de enunciação –, penso a respeito da expressão “*esforços mobilizados frente ao reduzido número que está presente*”, registrada por mim no excerto. Com essa afirmativa, explico que, muito embora não seja única, sequer exclusiva, a assertividade dos discursos da PS/APS/ESF me subjetiva e que meus registros no diário de campo, por sua vez, são conexos à mesma lógica de proliferação de seu objeto.

Retornando à inquietude provocada pela observação do pequeno número de grávidas que estiveram presentes às atividades durante o semestre, problematizo a ausência invariável de homens-pais nos encontros, justificada pela necessidade de trabalho do parceiro (e, em algumas situações, pelo rompimento do vínculo da gestante com o pai do bebê). Desde a perspectiva de que o gênero conforma as relações em todos os campos da vida social, entendo que, mesmo quando os parceiros estão juntos, dificilmente um homem conseguiria ser dispensado (e dispensar-se) do trabalho para participar de uma ação coletiva, essencializada como feminina já na própria denominação – *Curso de Gestantes* –, mesmo que ele desejasse integrá-la. Com isso, intenciono dizer que talvez seja mais fácil para uma mulher, justamente por ser mulher, conseguir e justificar sua liberação para comparecer a uma atividade destinada a gestantes.

Minhas vivências cotidianas possibilitam-me assinalar que, através de vários aspectos delineados pelos serviços – com destaque singular para os horários de atendimento – as próprias políticas públicas de saúde, embora formalmente direcionadas à população como um todo, terminam por instituir modos de acesso às suas ações favoráveis ao comparecimento de alguns grupos em detrimento de outros. A esse respeito, é pertinente referir a investigação realizada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), com análises discursivas sobre a pouca procura de serviços de saúde pelos homens,

[...] revelando que o horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, [...], a busca por esses serviços fica em segundo plano. Faz-se necessário observar que esse problema pode não estar reduzido apenas aos homens. Os horários de

⁷⁹ Com o uso de aspas simples e travessão, combinei os dois vocábulos para me referir à breve pausa nas discussões sobre os aspectos em análise.

funcionamento das instituições públicas de saúde nem sempre são conciliáveis com os horários das pessoas que se encontram inseridas no mercado de trabalho formal, independentemente de serem homens ou mulheres. [...] a precarização dos serviços públicos em relação ao atendimento também está presente. Os homens [...], ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a 'perder' o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta e, por questões econômicas, eles não podem buscar um atendimento privado [...] (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p.569).

Em sua tese de doutoramento, sobre políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil (LEAL, 2008), Andrea Fachel Leal discutiu, igualmente, a questão do acesso a serviços de saúde como um dos fatores a serem considerados na produção da vulnerabilidade⁸⁰ de seus sujeitos de estudo (caminhoneiros) à infecção:

[...] O acesso aos serviços de saúde, quando existe, também é dificultado pelos horários de atendimento, uma vez que não costumam estar funcionando quando os motoristas estão parados, à noite e nos finais de semana. [...] (LEAL, 2008, p.142-143).

[...] Os motoristas de caminhão que participaram dessa pesquisa queixavam-se da falta de acesso a serviços. A sua constante mobilidade dificulta o acesso aos serviços de saúde e o acompanhamento regular de sua saúde. O mesmo Ministério da Saúde que elege os caminhoneiros como prioridade para ações também enfatiza a adstrição territorial na organização dos serviços, de modo que as populações com grande mobilidade estão, enquanto se deslocam, fora do sistema de saúde [...] (LEAL, 2008, p.252).

Desse modo, e com base em compreensões semelhantes às referidas por esses autores em seus respectivos estudos, entendo que, paradoxalmente, o horário em que o grupo se realiza pode restringir as possibilidades de participação de parcelas dos sujeitos a quem se dirige a atenção pré-natal da USJL, muito em especial, de mulheres-mães-trabalhadoras e de homens-pais-trabalhadores. Comprovantes de comparecimento a serviços de saúde durante jornada laboral podem não ser suficientes (ou necessários) em várias das múltiplas formas com que os moradores da área se inserem no mundo do trabalho, aspecto que sublinhei no trecho a seguir:

[...] Como tenho percebido com frequência no *Curso de Gestantes*, a participação de profissionais da equipe tende a ser numericamente maior do que a das famílias. Isso produz em mim questionamentos sobre a efetividade das nossas ações coletivas de PS e convoca outra reflexão: desde que iniciei as observações nessa modalidade das atividades de campo, não participei de qualquer encontro em que homens estivessem fisicamente presentes. Que impedimentos se estabelecem para que essas ausências físicas sejam configuradas e reiteradas? Presumivelmente, o horário em que as atividades se realizam

⁸⁰ Enquanto a noção de risco é assumida como probabilidade afeita às condutas individuais, vulnerabilidade está relacionada como indicador de desigualdades sociais, demandando respostas articuladas em diversos níveis da sociedade.

seja um deles, ainda que se forneça declaração de comparecimento a trabalhadoras e trabalhadores. Empregadores não poderiam descontar da remuneração do empregado/a, mas há relatos de que esse tipo de arbitrariedade acontece. Além desse aspecto, há quem trabalhe à noite e precise descansar durante o dia. Quando se trata de trabalhadores/as autônomos/as, a declaração é desnecessária e dispensável, mas a perda de horas de trabalho (e, conseqüentemente, remuneração) ou de repouso pode ser um obstáculo a que participem. Ao iniciarmos, hoje, há quatro usuárias (três gestantes e a mãe de uma delas), mas são seis as integrantes da equipe [...] (DC, 10/10/2013).

Envolvendo uma proposta metodológica semelhante à de práticas escolares formais, a equipe coordenadora de *Curso de Gestantes* (profissionais contratadas e em formação) organizou, em ações prévias e sistemáticas de planejamento, um conjunto de atividades dirigidas às mulheres grávidas, moradoras no Jardim Leopoldina, e que foi desenvolvido durante oito quintas-feiras. Cada tarde foi elaborada e prevista com antecedência; programando-se conteúdos, definiram-se quais profissionais seriam as responsáveis pela realização dos encontros a partir de um cronograma; foram discutidos não somente os recursos de apoio que seriam acionados, mas técnicas para sua utilização. Nesse sentido, postulo que as ações de planejamento e organização dos encontros configuraram um currículo extensivo para todas quantas integraram o curso durante o segundo semestre de 2013: gestantes e não gestantes. Evoco essa noção ampla de currículo por entender que, ao mesmo tempo que prepararam mulheres para se constituírem como gestantes e mães, também as profissionais contratadas – sobretudo aquelas em processos de formação em serviço – estiveram sendo ensinadas a articular educação e saúde em seu cotidiano de trabalho desde uma perspectiva de gênero.

É importante salientar que faço uso da ideia de currículo desde noções analíticas como as discutidas por Tomaz Tadeu da Silva (2007, p.15), nas quais “[...] currículo é sempre o resultado de uma seleção: de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes seleciona-se aquela parte que vai constituir, precisamente, o currículo”. Recorrendo à etimologia do vocábulo – originário do latim *curriculum*, “pista de corrida”, o autor propõe que acabamos nos tornando o que somos no percurso dessa rota simbólica. Constitui-se, assim, como uma questão de poder, na medida em que seleciona e privilegia certos tipos de conhecimentos: “Destacar, entre as múltiplas possibilidades, uma identidade ou subjetividade como sendo a ideal é uma operação de poder [...]” (SILVA, 2007, p.16).

Com base nessa argumentação, penso que o currículo assumido nas ações educativas realizadas em *Curso de Gestantes* esteve centralmente relacionado a uma questão de produção de sujeitos; em minha percepção, na forma como foram elaborados e propostos os conteúdos, houve pouco espaço para investir e promover outros modos possíveis de viver não apenas a

maternidade mas também a paternidade. Observei alguma incorporação da noção de gênero em suas práticas, mas de forma incipiente e restrita a papéis de homem e mulher, de mãe e de pai, ou, então, a características biológicas ou de personalidade feminina/masculina.

Há um tipo idealizado de gestante e, portanto, desejável segundo a racionalidade da APS/ESF: aquela que vai às consultas, realiza exames solicitados, participa de grupos, está disposta a amamentar sua criança e a quem as ações estão, prioritariamente, direcionadas; parece-me que é nessa medida que se reitera a posição destinada aos homens-pais: coadjuvantes que, dificilmente, aparecem como responsáveis e envolvidos na criação de filhos e filhas. As interpelações são, sobremaneira, dirigidas às mulheres; tal posição, sustentada em ações de PS/APS/ESF e nas quais a ‘naturalidade’ de cuidados para com as famílias tem sido atribuída às mães protagonistas (e não aos pais coadjuvantes), age no sentido de educar as mulheres para que elas prossigam investidas do papel materno e aprimorem suas capacidades ‘inatas’ ao cumprimento dessa responsabilidade.

5.3.2 Alguns Efeitos e Desdobramentos de Práticas Biopedagógicas

Não sendo exatamente novos, os discursos das políticas públicas de saúde veiculam noções de maternidade (e paternidade) que têm sido reproduzidas e atualizadas em contextos contemporâneos (MEYER, 2006; 2008; FREIRE, 2008; KLEIN; MEYER; BORGES, 2013).

Segundo Freire (2008), a conformação e a difusão do ideário da maternidade como função primordial das mulheres não foram invenções do século XX, mas receberam renovado impulso com a associação, na década de 1920, de discursos científicos que os redefiniram no âmbito de várias sociedades ocidentais, após a Primeira Guerra Mundial. A autora refere que esses movimentos não estiveram desvinculados do contexto geral dessas mesmas sociedades e, no caso particular do Brasil,

[...] A redefinição da maternidade encontrava-se no bojo do processo de reformulação e revisão, simultaneamente, das concepções de infância, dos papéis femininos e das relações trabalhistas e sociais, assumido pelas elites intelectuais republicanas. Como parte da intelectualidade, coube aos médicos a tarefa de oferecer instrumental técnico, moderno, ao exercício da maternidade, deslocando-a dos moldes tradicionais e transformando-a em atividade científica. O maternalismo não se encontrava descolado do contexto geral da sociedade brasileira, mas sim associado ao higienismo – adotado de forma hegemônica como modelo explicativo e propositivo diante das principais questões sociais no período – e a outros movimentos sociais, como o nacionalismo e o feminismo. Representou, portanto, um dos caminhos que permitiram à sociedade brasileira materializar, através da higienização da maternidade e da infância, as transformações sociais e políticas almejadas, efetivando na prática a ‘republicanização’ do país [...] (FREIRE, 2008, p.168).

As clássicas reflexões de Foucault (1993) em relação à importância assumida pelo sexo – considerando-o duplo articulador da tecnologia política da vida nas sociedades ocidentais a partir do século XVIII – referem diversas linhas de composição de técnicas disciplinares sobre os corpos com procedimentos reguladores das populações. Em suas palavras: “O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das regulações” (FOUCAULT, 1993, p.137). Uma dessas linhas foi “a histerização das mulheres, que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (FOUCAULT, 1993, p.137). Para Petersen e Lupton (1996, p.73), a ênfase sobre as mulheres como responsáveis pela saúde e bem-estar de seus filhos e demais membros da família permanece forte nas sociedades ocidentais contemporâneas e, nesse sentido, a mulher ‘cidadã saudável’ é compreendida como recurso para manter e reproduzir outros ‘cidadãos saudáveis’.

É igualmente com base em argumentações foucaultianas sobre biopolítica como processo de gestão da vida que Meyer (2005, p.81) se refere à noção de “politização do feminino e da maternidade”, analisando alguns desdobramentos desse processo acerca da educação e medicalização dos corpos e sexualidades das mulheres. A autora nos aponta que, produzidos em períodos e contextos históricos desde suas especificidades, há desdobramentos sobre os significados e simbolismos atribuídos a um processo que abarca os seres humanos homens e mulheres, mobilizando relações de biopoder e conferindo sentidos à condição de gestar e educar crianças:

As práticas de significação e os processos simbólicos, através dos quais os sentidos de maternidade são construídos envolvem, portanto, relações de poder: o poder de nomear, descrever, classificar, identificar e diferenciar, por exemplo, jeitos de ser mulher e mãe; o poder de incluir, excluir e definir corpos, comportamentos, grupos e/ou indivíduos e, assim, demarcar os seus lugares sociais. Vistos desta forma, os sistemas de representação, ao construírem lugares que posicionam seres humanos como mulheres, mães ou nutrizes de diferentes tipos ou, ao proporcionarem respostas que possibilitam a elas entender aquilo que são e devem fazer enquanto mães ou, ainda, ao operarem a equivalência entre o ser mãe e a prática da amamentação, constroem posições de sujeito, produzem diferenças e identidades. E isso implica dizer que os processos de produção do eu e da outra, do nós e d'elas, das maternidades normais, de risco e desviantes, da mãe responsável ou relapsa, de vínculos mãe-filho adequados ou inadequados, [...] que configuram de um determinado modo as ações educativas que ele propõe, têm efeitos muito concretos nas vidas das pessoas e dos grupos que nele são definidos, posicionados e mobilizados. E é exatamente por esses efeitos de poder, aí implicados, que tais representações podem (e devem) ser problematizadas [...] (MEYER, 2000, p. 121).

Na medida em que significados e formas de representação da maternidade em nossa cultura têm sido produzidos e disputados, historicamente, por diferentes grupos sociais, compreendo que, em meio aos encontros de *Curso de Gestantes*, também circularam enunciados que têm sido (re)atualizados nas lutas pelo “poder de se representar e de representar o outro” (KLEIN; MEYER; BORGES, 2013, p.909). Nesse sentido, trago o relato que presenciei de uma gestante sobre a vivência anterior de amamentação da primeira filha:

Uma das gestantes nos conta sua experiência de não ter conseguido amamentar a primeira filha porque teve as mamas muito machucadas; ela nos fala de suas dificuldades nos dois primeiros dias em que os bicos não estavam formados. Conta-nos a técnica que havia sido ensinada na maternidade, aspirando a mama com uma seringa até que, por ação do vácuo, fosse conformado um bico na região para que o bebê pudesse ser colocado a sugar. A dor decorrente dessa aspiração parece ter sido secundarizada. Nada foi falado sobre ela. É preciso amamentar (DC, 10/10/2013).

A afirmativa que se seguiu ao relato acima – “uma mãe estressada produz menos leite” (DC, 10/10/2013) –, proferida por uma profissional em formação, pode ser compreendida como um enunciado que, descolando e invisibilizando a dor sentida na aspiração da mama, centrou-se no reforço à necessidade de mães aprenderem a amamentar para que, estressando-se menos, produzam mais leite. Esse argumento possibilita, também, dizer que os discursos contemporâneos sobre cuidados a serem dispensados aos corpos femininos grávidos têm estado profundamente conectados com a criação, atualização e estabilização de sentidos para o sujeito-mãe, atingindo diferentes âmbitos e planos da vida social (SCHWENGBER; MEYER, 2011). O sujeito-mãe não está configurado de forma homogênea em todos os contextos sociais e, no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo no espaço da APS/ESF, há um incentivo permanente para que essas gestantes o façam. No caso em questão, e sem desconsiderar a importância e os benefícios do leite materno, o que precisa ser tensionado é a prática discursiva de que o sucesso da mãe na amamentação está fundamentalmente condicionado pelo aprendizado prévio de técnicas ensinadas por profissionais.

Em especial na formulação e implementação de algumas políticas públicas – entre as quais eu incluiria PS e APS/ESF –, operam-se, muitas vezes, propostas educativas no sentido de posicionar mulheres-mães à condição de parceiras estratégicas das ações estatais no enfrentamento de problemas e demandas sociais. São formações discursivas que respondem a “necessidades/objetivos de redução de gastos com segurança, saúde e educação” (KLEIN; MEYER; BORGES, 2013, p.910) de determinados segmentos populacionais.

Nesse sentido, também a partir do exemplo de ensino/aprendizagem sobre amamentação, é possível questionar as proposições sistematizadas e apresentadas pelo *Curso de Gestantes* enquanto respostas a necessidades/objetivos veiculados pela racionalidade⁸¹ que nos orienta, problematizá-las como enunciados que instituem as responsabilidades pessoais de indivíduos, famílias e comunidades com seu próprio bem-estar, enfatizando os compromissos que cabem a cada um e a todos para que se obtenha a administração eficiente da sociedade. Em seu conjunto, tornam-se instrumentos para, indiretamente, promover redução de gastos públicos – sobremaneira na esfera das políticas sociais –, a partir de um empreendimento moral que envolve prescrições a respeito dos modos como devemos viver, individual e coletivamente, nossas vidas (LUPTON, 1995; PETERSEN; LUPTON, 1996; BARBIANI, 2014).

Para referendar esses tipos de proposições, múltiplos agentes sociais se conjugam na produção discursiva acerca do que é entendido como maternidade adequada desde a perspectiva das políticas públicas: mulheres gestantes são enfaticamente convocadas a tornarem-se protagonistas exemplares dessa normalização no período que antecede o nascimento de seus filhos. Assim, no âmbito específico das atividades de campo da USJL, foi possível observar esforços cotidianos de profissionais para fortalecer vínculos que auxiliassem nos imperativos da administração e regulação dessas vidas pelo serviço de saúde. Os convites à participação nos encontros foram multiplicados e enunciados por diversos/as integrantes da equipe desde consultas individuais, passando pela recepção, pelos murais com cartazes no ‘corredor-sala-de-espera’, por contatos telefônicos e visitas domiciliares.

Considero que o dimensionamento assumido pelo *Curso de Gestantes* no processo de atenção pré-natal, ao posicionar as mulheres como parceiras próximas da equipe, por meio da afabilidade e cordialidade constantes nos encontros, demarcou uma forma efetiva de interpelação para que promovessem cuidados à sua saúde (e de seus bebês), balizando-os por atitudes de constante vigilância sobre si mesmas. A esse respeito, afabilidade e cordialidade da equipe poderiam vistas como contribuições importantes para o fortalecimento de um princípio caro aos ideários da Saúde Pública contemporânea e, em especial, das biopolíticas PS/APS/ESF: a ‘participação comunitária’.

⁸¹ Refiro-me aqui, a partir de teorizações foucaultianas (FOUCAULT, 2008b; HAMANN, 2012), à racionalidade denominada neoliberal: em sentido amplo, neoliberalismo configura uma forma de pensamento que privilegia o conjunto de condições sociais que encoraja e estabelece uma subjetividade historicamente específica e constituída como livre e autônoma; os indivíduos tornam-se moralmente responsáveis por navegar pelo campo social, utilizando cálculos de escolha racional e custo-benefício. Para um aprofundamento dessas noções, a obra de Peter Miller e Nikolas Rose (2012), *Governando o presente*, articula importante discussão teórica sobre racionalidades e governamentalidades contemporâneas.

Embora pouco se questione a respeito de quais compreensões sobre tal princípio estão envolvidas em um processo que Petersen e Lupton (1996, p.156) [tradução de minha autoria] identificam como “[...] construto idealizado cujos sentidos variam em meio a diferentes contextos”, o enunciado ‘participação da comunidade’ apresentou-se forte e positivamente associado a práticas para uma vida saudável nos espaços analisados pela tese. Concordo com os dois autores acima quando entendem que o uso de termos como ‘empoderamento’, ‘participação’ e ‘comunidade’ tem servido para tornar difusas as formas através das quais, maximizando a utilidade dos sujeitos, o biopoder opera no sentido de atingir determinados objetivos de gestão da vida (PETERSEN; LUPTON, 2000).

Articulações discursivas entre práticas de PS e participação comunitária posicionam sujeitos como cidadãos que precisam agir em nome de seus desejos e interesses para a proteção da própria saúde. Ao privilegiarem a noção de ‘individualidade autônoma’, conectam-se responsabilidade pessoal e ‘boa’ cidadania, não somente por intermédio dos discursos institucionais da saúde, mas também por meio da família, da educação e de legislações⁸². Cidadãos e profissionais responsáveis são instados a demonstrarem seu comprometimento em um contexto em que, pelo predomínio de práticas e valores ligados a individualismo competitivo e formas de participação representativa, há um frágil reconhecimento de possibilidades diferentes para ação política. Em outras palavras, dificilmente modelos hierarquizados e idealizados de intervenção comunitária colocam em discussão as práticas participativas ou os modos com que os próprios discursos de especialistas definem e delimitam não só a esfera de ‘participação’ mas também os sujeitos ‘participantes’ (PETERSEN; LUPTON, 1996).

Nesse sentido, nas sustentações da PS e APS/ESF acompanhadas no campo da USJL, e em particular no contexto das atividades do *Curso de Gestantes*, o chamamento cordial à participação comunitária esteve presente como “um novo território para a administração da existência individual e coletiva, um novo plano ou superfície sobre o qual relações micromorais entre as pessoas são conceituadas e administradas” (MILLER; ROSE, 2012, p.110). No pressuposto de que ‘mães competentes’ geram ‘bons/boas cidadãos/cidadãs’, conformando ‘comunidades saudáveis’ e ‘harmoniosas’, discursos vigilantes proliferaram em ações educativas com as quais se deseja assegurar a formação de ‘competências maternas’. Em outros termos, torna-se necessário ensinar mulheres, especialmente, a terem condições de gerir suas vidas, a de seus filhos e famílias na proposição de que ‘saúde’ deve ser prioridade

⁸² Em nosso país, parece-me que o exemplo maior é a Lei Federal nº 8.142, datada de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS (BRASIL, 1990).

para todos/as. Como bem expressam Miller e Rose (2012, p.115), “‘Governar através da comunidade’ envolve uma variedade de estratégias para criar e instrumentalizar essas dimensões de fidelidade entre indivíduos e comunidades a serviço de projetos de regulação, reforma e mobilização [...]”.

Assim, o processo de transmissão de conhecimentos ‘certos e adequados’ sobre gravidez abrangeu noções sobre modificações corporais nos sujeitos mãe e filho/a durante o período gestacional, necessidades nutricionais de ambos, parto, cuidados com as crianças, vacinas, aleitamento materno, direitos previdenciários, benefícios sociais para gestantes e contracepção, entre outros. Em suma, ainda que inquestionavelmente afável, a veiculação desses saberes foi posicionada como estratégia fundamental para otimizar recursos assistenciais e agregar efetividade à política pública setorial, (res)significando relações familiares e comunitárias.

Problematizo essa forma de posicionamento dos saberes ‘necessários’ à gestação e à puericultura desse tempo de agora, pensando em períodos históricos anteriores; percebo cotidianamente (e acompanhei desde uma perspectiva privilegiada durante o trabalho de campo) uma crescente insegurança, produzida e reiterada por diversas instâncias (dentre as quais os serviços de saúde ocupam importante papel), no que se relaciona a cuidados e criação de filhos. Esse sentimento parece abarcar, cada vez com maior frequência e intensidade, não apenas o processo da gestação, mas momentos pré-concepção⁸³; as formações discursivas produzidas pela saúde rotulam a gravidez a partir de categorizações técnico-científicas que, identificando os ‘fatores de risco gestacional’⁸⁴, estabelecem e definem quem se constitui ‘gestante de baixo risco’ ou ‘gestante de alto risco’.

Em análise sobre a produção da literatura médica de aconselhamento para mães, Martins (2008) refere-se a uma entrevistada sua, senhora com mais de oitenta anos, parteira aposentada, para quem não haveria nada de tão especial a ser aprendido no cuidado com os recém-nascidos, estranhando que alguma mulher não soubesse cuidá-los, pois, em sua

⁸³ Já no primeiro parágrafo de sua parte 1, o Caderno de Atenção Básica nº 2 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco – (BRASIL, 2013b, p.27) inicia referindo o entendimento de avaliação pré-concepcional como “a consulta que o casal faz **antes** de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. **Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil**” [grifos meus].

⁸⁴ Conforme o texto do MS (BRASIL, 2013a), a gravidez é definida como de alto risco quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal; uma breve análise dessa normatização permitiu contabilizar mais de 40 itens identificados e listados como fatores de risco; incluem-se condições sociodemográficas desfavoráveis, passando por aspectos individuais como idade da gestante inferior a 15 ou superior a 35 anos, história reprodutiva anterior, situações relativas à gestação em curso (anemia ou infecção urinária, por exemplo) ou patologias prévias como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), entre outras.

opinião, esse cuidado seria algo muito simples. A julgar pelo número de publicações especializadas disponíveis que abordam essas questões, a autora propõe que a experiência de ter filhos faz-se acompanhar de uma crescente ansiedade e dúvidas sobre praticamente tudo que a integra:

[...] num mundo segmentado em competências específicas e técnicas, criar filhos também demanda conhecimento, método e técnicas complexas, pois crianças não são miniaturas de adultos; é o que aprendemos. A vida para os pais parece ter ficado, também, mais difícil e incerta do que foi para a minha experiente entrevistada [...] (MARTINS, 2008, p.136).

Em seu texto, a pesquisadora argumenta que a produção de um quadro de insegurança sobre cuidados com filhos estaria relacionada, historicamente, à constituição da especialidade médica pediátrica, ainda no século XIX, e ao seu projeto educativo e formativo, a puericultura: “[...] visando a melhorar a saúde e as condições de vida das crianças por meio do aconselhamento e educação das mães, afinal, elas eram consideradas, como ainda o são, as responsáveis pela criação dos filhos [...]” (MARTINS, 2008, p.137).

Nessa linha argumentativa, autorizo-me a dizer que saberes especializados e entendidos como necessários às competências para tornar-se mãe, vivenciar o parto ou amamentar (apenas a título de exemplo) têm, no concurso estratégico de ações educativas como aquelas realizadas pelo *Curso de Gestantes*, local privilegiado para enunciação. Certamente, a polifonia discursiva contemporânea sobre o tornar-se mãe está articulada por diversas instâncias e não se restringe aos serviços públicos de saúde, mas esses últimos prosseguem profundamente comprometidos com a produção do sujeito-mãe competente e zelosa entre os grupos que utilizam a APS/ESF.

Desde a apresentação dos temas a serem conversados durante o período do curso, passando pela disposição em U das participantes – todas olhando com atenção para a(s) coordenadora(s) de cada encontro –, além dos cuidados na preparação de materiais e recursos de apoio aos encontros, houve práticas pedagógicas sendo articuladas pelo gênero e visando tanto a delimitar e posicionar quem/quando falava naqueles momentos como a tornar possível o que pode ser dito e feito na gestação, conforme o excerto a seguir:

Hoje é 1º/08/2013. Uma tarde surpreendentemente quente e abafada. Parece que já chegamos à primavera-verão. Início, nessa quinta, observações em outro grupo da US. Trata-se de um espaço coletivo para intervenção sobre as mulheres gestantes do território. Elas chegam aos pouquinhos e querem falar, especialmente, sobre atendimento médico. Após aguardar em torno de 20 minutos para o início e a chegada de mais algumas, as profissionais responsáveis pelo programa da gestante na USJL pedem a atenção de todas e fazem uma fala de abertura, apresentando quem é quem e o que será feito

durante os encontros. Perguntam, a cada uma das gestantes, um pouco de suas histórias e o que gostariam que fosse conversado (DC 01/08/2013).

As práticas acompanhadas podem ser entendidas na condição de biopedagogias, que contribuem para a formação de vários aspectos das subjetividades dessas mulheres e de sua vida social, orientando-as sobre maneiras ‘adequadas’ para vivenciar esse período, perceber e experienciar seus corpos. Por seu intermédio, produziram-se prescrições a respeito da gestação – como se ela pudesse ser vivida apenas de uma única forma –, sem que se problematizassem exercícios de poder e controle que regulam os corpos femininos enquanto espaços de inscrição da norma do que constitui a maternidade saudável:

Sentadas em U na sala de grupos, luzes apagadas, *data-show* e *Power-Point*. As informações permeadas de conteúdos técnicos são disponibilizadas através de *slides* com fundo rosa antigo e detalhes marcados por borboletas brancas (DC 15/08/2013).

Esclarecer às mulheres grávidas o significado de expressões, palavras e siglas – por exemplo, primigesta ou DUM⁸⁵, entre tantas mais –, a importância de realização de exames nos tempos aprazados, além da necessidade de comparecimento a um quantitativo mínimo e adequado de consultas⁸⁶ representaram formas de ‘tradução’ de discursos científicos. Concordo uma vez mais com Klein (2010), quando essa autora indica que a experiência da maternidade tem sido (res)significada através de um modelo normalizador, no qual as condutas de gestantes são avaliadas e mensuradas, vinculando-se saúde à capacidade de afeto e cuidado de si mesma.

Adequar-se como gestante à norma preconizada da atenção pré-natal torna-se alicerce indispensável, capaz de assegurar, previamente, garantias ao envolvimento no cuidado e na educação do/a futuro/a filho/a, e, por extensão, de sua família. Com isso, coloca-se um grande peso sobre os ombros das mulheres, algo que as têm posicionado como “importantes na literatura moderna sobre a produção do tipo correto de cidadão” (WALKERDINE, 1995, p.217). Descrições minuciosas e repetições sistemáticas contribuíram para delimitar que narrativas e roteiros perfazem a noção de uma maternidade normalizada: saudável e adequada é a gestante cujas escolhas e desejos estão alinhados com os objetivos e propósitos institucionais.

⁸⁵ DUM – Abreviatura de Data da Última Menstruação.

⁸⁶ Anteriormente, o número mínimo adequado de consultas era seis e, hoje em dia, tem sido preconizada a sétima, para promoção ao aleitamento materno.

[...] São explicadas em detalhes as codificações utilizadas na carteira de gestante: DPP⁸⁷, IG⁸⁸, AU⁸⁹, BCF⁹⁰, MF⁹¹, PA⁹²... São repetidas as orientações sobre o número mínimo de consultas, o intervalo entre elas. Algumas colocações referindo-se às diferenças entre tipos de partos foram apontadas e logo se passa a falar em vacinas. Questões relativas a sulfato ferroso, sua indicação durante o pré-natal e o pós-parto, entram na ‘ordem do dia’ e passam a ser abordadas em sequência. Exames e suas indicações também são descritos, sendo salientada a importância e a necessidade de fazê-los dentro de um tempo apazado e marcado: medições e normas. – *Escrutínio bioquímico* – penso eu. As minúcias passam pela ‘explicação’ do que é *eletroforese como parte do screening hematológico* (expressão utilizada pela profissional durante a roda de conversa) e sua relação como método de análise na detecção precoce de problemas na gravidez. Cada vez mais intensos e presentes são os recursos para controle em defesa da vida. Usar vocabulário técnico parece-me que é um deles [...] (DC 15/08/2013).

Numa profusão de termos técnicos com difícil memorização, explicações pormenorizadas – colocadas em evidência pelo registro do diário de campo acima – materializaram ensinamentos que foram dirigidos às mulheres gestantes durante o curso, propondo-lhes que se tornassem sujeitos desse aprendizado. Ao promoverem a circulação de informações e conhecimentos profissionais, as explicações são práticas que fazem pensar sobre a amplitude e a força com que tudo se torna ‘pedagogizado’ para bem além do âmbito escolar, aspectos já mencionados por Walkerdine (2009) em suas discussões a respeito de biopedagogias.

Numa gama de complexos entrelaçamentos, aspectos técnicos sobre número preconizado de consultas, exames laboratoriais e vacinas, entre outros, foram vinculados à produção de gestações saudáveis, contribuindo, simultaneamente, para que a USJL não se distanciasse da norma padrão definida para o conjunto do SSC, ou seja, para que a unidade de saúde também obtivesse resultados considerados adequados pelos gestores do SUS quanto à efetividade, qualidade e cobertura da atenção pré-natal realizada.

Desde a inscrição teórica em que esse estudo se insere, identificar a produção de um currículo em *Curso de Gestantes* não pressupõe, contudo, invalidar positivamente de suas intervenções no que diz respeito à educação e saúde dos diferentes sujeitos participantes, mas discutir modos com que se efetivam, no cotidiano de um serviço, os desdobramentos de uma ‘pedagogização’ (re)atualizada (e ritualizada) da maternidade. São problematizações a respeito de regulamentos e regramentos que atravessam processos de vida sem desconhecer, no entanto, que o sistema de saúde não está solto no ar nem desvinculado de monitoramentos

⁸⁷ DPP – Data Provável do Parto.

⁸⁸ IG – Idade Gestacional.

⁸⁹ AU – Altura Uterina.

⁹⁰ BCF – Batimentos Cardíacos Fetais.

⁹¹ MF – Movimentos Fetais.

⁹² PA – Pressão Arterial.

e avaliações, que são, por sua vez, próprios e constitutivos da governamentalidade de nosso presente (MILLER; ROSE, 2012).

Retomando as observações realizadas nessa modalidade, os encontros também contemplaram ensinamentos específicos sobre condutas de higienização pessoal e do bebê, incluindo momentos de descontração como as brincadeiras sempre presentes e o lanche coletivo realizado na última quinta-feira antes da visita guiada à maternidade. Chamaria, então, de lúdico o matiz que caracterizou a maior parte das práticas biopedagógicas com que as mulheres-mães foram preparadas, aportando leveza às falas na maior parte dos momentos. Reafirmo meu pensamento de que seus exercícios, independentemente do formato operado (apresentações audiovisuais, rodas de conversa, oficinas), configuraram formas de aproximação e de vinculação tanto à USJL quanto aos sujeitos-profissionais de referência, capacitando as participantes para adesão às normatividades previstas.

5.3.3 Modos de Consumo: Lazer e(m) Tecnologia Também Educam para Tornar-se Mãe

A segunda edição de *Curso de Gestantes* no ano de 2013 finalizou na tarde quente de 28 de novembro, momento para realizar a instigante visita à maternidade do HNSC, a qual consistiu, por sua vez, numa ação local integrada ao amplo projeto do parto humanizado⁹³ operado pela instituição. Embora tenha ocorrido no espaço de um hospital geral, para onde afluem muitas pessoas em múltiplas situações de sofrimento, a visitação à maternidade assemelhou-se a um passeio divertido (com lembranças do tempo de escola para aquelas que se deslocaram de carro comigo da USJL até o HNSC), uma atividade ansiosamente aguardada por algumas gestantes desde o início dos encontros.

Especificamente no que tange à ‘visita guiada’ e à reunião de encerramento com brincadeiras/lanche coletivo, ambas parecem ter exemplificado estratégias pedagógicas pelas quais alguns discursos que articulam tecnologias, lazer e consumo a práticas de saúde foram colocados em circulação pelo grupo, à semelhança de momentos observados na modalidade *Fazendo Arte*.

⁹³ O projeto institucional do chamado parto humanizado incorpora ações como música ambiente, banho relaxante, massagens e exercícios com bolas utilizadas em fisioterapia, tendo em vista o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. No atendimento de parturientes que chegam à maternidade do HNSC, há quatro salas: duas para cesarianas e duas para partos vaginais. Além dessas, encontram-se também disponíveis: a sala de triagem – onde se realiza o acolhimento inicial, com cinco leitos para o pré-parto – e um espaço de recepção para o recém-nascido. É possibilitada, em algumas etapas do processo de parto, incluindo o primeiro banho no neonato, a presença do pai ou outro familiar/acompanhante no Centro Obstétrico (BRASIL, 2014c; 2014d).

Desse modo, elementos da multiplicidade discursiva que nos constitui – consubstanciada por processos relativos ao consumo de mercadorias, estejam essas últimas materializadas como ideias, objetos ou prestação de serviços – foram trazidos ao longo dos encontros e o comentário de uma profissional, salientando aspectos relacionados à quantidade de compras efetuadas pelas gestantes, chamou minha atenção:

[...] Após o encerramento da fala do Serviço Social, os chás de fralda passam à condição de ‘grandes eventos’ do mundo no qual as gestantes do território parecem transitar. O clima festivo tem de ser, necessariamente, exaltado. Nesse momento, lembro-me das palavras de **K.** sobre o nível de consumo das gestantes do Jardim Leopoldina (e que já ouvi em outra tarde): – *Como são consumistas! Tudo elas compram! Fico impressionada como conseguem comprar tanto!* Penso a respeito da espetacularização da vida com a qual convivemos, mediados, sim, pela nossa capacidade financeira de consumir bens, e que não se define, exclusivamente, pela renda. Independentemente do que se consome – fraldas, fotos, exames –, tudo precisa ser grande ou assumir ares de grandiosidade: – *Setenta pessoas estavam no meu chá!* – *Olha minhas fotos no Facebook!* – *Ganhei muitos presentes!* – *Ultrassonografia 3D? Custa mais de R\$ 350,00, mas eu vou fazer!* – *Não quero perder essas cinquenta fraldas [cinquenta pacotes]!* Acabo capturando essas falas esparsas no meio de conversas cruzadas [...] (DC 12/09/2013).

Atividade lúdica muito valorizada pelas participantes do grupo, a oficina para confecção artesanal de ‘lembrancinhas’ – ofertadas pelas mães nas visitas recebidas pelo nascimento das crianças – foi entrelaçada ao currículo do *Curso de Gestantes*. Lembrei-me da noção que Paul Rabinow (RABINOW; ROSE, 2006) refere como biossocialidades⁹⁴ ao saber que a rede social *Facebook* também havia sido acionada para comunicação entre as participantes durante o curso. A ausência de uma página específica para a ‘comunidade de gestantes do Leopoldina’ foi constatada em uma das rodas de conversa:

[...] – *Oficina de confecção de lembrancinhas sempre faz sucesso!* Esse é o relato de uma das profissionais coordenadoras. – *O que fez falta foi o Facebook do grupo ou algo assim para a gente se falar melhor com todo mundo junto!* – diz, por sua vez, **T.**, uma das gestantes. Criação de uma página para o grupo – *Gestantes do Leopoldina* – é a sugestão de nome para colocarem suas fotos, acrescentarem dicas. Reflito sobre algumas visibilidades impensáveis há menos de uma década. [...] (DC 07/11/2013).

Os excertos selecionados põem em relevo alguns aspectos de nossa racionalidade contemporânea regulada pelo consumo em sentido amplo, dentre os quais a fala da gestante

⁹⁴ Nikolas Rose (2013, p. 41) refere que Paul Rabinow foi um dos primeiros teóricos a reconhecer diferenças nas formas contemporâneas de subjetivação biomédica, quando comparadas às suas antecessoras. Nesse entendimento, as biossocialidades constituem outros tipos de identidades, grupal e individual, produzidas pelo advento de técnicas de diagnose, monitoramento de riscos e suscetibilidades a doenças. São grupos que se encontram para partilhar experiências e para desenvolver novos tipos de relações com especialistas, aparatos tecnológicos, agentes financiadores de pesquisas e conhecimento biomédico.

sobre o custo financeiro de um exame de imagem em três dimensões (R\$ 350,00) e sua decisão – “*mas eu vou fazer*” – uma vez que o mesmo não integra o processo de atenção pré-natal realizado pela APS/ESF – possibilitou-me refletir de modo singular relativamente a essa questão. Concordo com Petersen e Lupton (1996) quando afirmam que, majoritariamente, é a noção de consumo que tem configurado sentido e valores morais à vida cotidiana, na qual o indivíduo ‘livre’ é aquele que possui a máxima capacidade para aquisição de bens.

Embora não constitua foco desse estudo, entendo que seja oportuno me reportar a discussões empreendidas por Chazan (2005), em sua tese de doutoramento, a respeito de um fenômeno tornado gradualmente corriqueiro nas sociedades urbanas contemporâneas:

[...] o da ampliação da medicalização da gravidez, do feto, e sua construção como Pessoa antes do nascimento, mediada pela ultra-sonografia obstétrica – questões historicamente construídas e culturalmente informadas [...]. É possível pensar que nos dias atuais está sendo construída uma nova “sacralização” do feto e da vida [...] em conjunto com a experiência de maternidade e paternidade. A diferença em relação ao discurso religioso tradicional é que no momento esta sacralidade adquire um cunho “científico” [...] (CHAZAN, 2005, p.163-177).

Apoiada em proposições sobre a ampliação do sentimento de infância desde o século XIX, a pesquisadora argumenta, em sua investigação etnográfica a respeito da construção da pessoa fetal mediada pela ultrassonografia obstétrica, que o uso de recursos tecnológicos e interativos tem potencializado “a construção social da criança como um objeto de atenção médica e social, destacado da mãe” (CHAZAN, 2005, p.165). Seu estudo pontua que a imagem técnica tanto consolida a autoridade médica e reconfigura a experiência reprodutiva vivida pelas mulheres como produz subjetividades: a da gestante e a do feto. Em movimento conjunto, esses efeitos conformam reforços à noção da gravidez como um ‘assunto médico’ e à ideia “culturalmente compartilhada da tecnologia de imageamento como produtora privilegiada de todo tipo de saberes sobre a gestação” (CHAZAN, 2008, p.102).

Nesse sentido, sem deixar de ser uma medida diagnóstica e de intervenção sobre os corpos das mulheres e dos bebês, o exame de imagem pode ser compreendido também enquanto um dos elementos de consumo e diversão que, instituindo verdades sobre a gestação no contexto do Jardim Leopoldina, educam as grávidas fora do espaço institucional dos serviços públicos. Se tomarmos o dado – apresentado no capítulo 3 – de 3,04 salários mínimos como rendimento médio mensal das famílias do território, é possível cogitar que, minimamente, uma parte das gestantes tenha de fazer esforços consideráveis para assumir custos financeiros decorrentes do desejo de acesso a uma imagem descrita como em três dimensões. Numa cultura marcada pela visualidade, em que é preciso impressionar ou atrair a

atenção (sob pena de ser considerado/a anormal), parece ser impensável não empreender o gasto demandado por uma ultrassonografia desse tipo, justificando-se a despesa em nome de ‘bons cuidados’ com a saúde.

Arriscaria, assim, assumir que há um entrelaçamento entre práticas de consumo e preocupações de gestantes com a saúde dos seus bebês (em que as segundas não são nem novidade, nem prerrogativa de nosso presente nem, muito menos, ilegítimas). Ainda com relação ao desejo manifesto das participantes de *Curso de Gestantes* pela ultrassonografia em três dimensões, cabe lembrar que o formato convencional do exame tem realização prevista nos protocolos assistenciais da APS/ESF (BRASIL, 2013b) e seu financiamento possui cobertura pelo SUS.

Salientaria, igualmente a partir de Chazan (2008), que se, por um lado, algumas ansiedades puderam ser atenuadas antes do nascimento a partir do uso do ultrassom na gravidez, por outro, parece ser fortemente reiterada, por vários discursos (e não só os da saúde), a pressão social para que se estabeleçam monitoramentos e escrutínios cada vez mais precoces, tecnodependentes, requintados e dispendiosos sobre os corpos, embora nem sempre necessários. Recorrendo às palavras da pesquisadora: “O uso do ultra-som na gravidez permitiu que se tomasse conhecimento da existência de anomalias antes do parto, embora as possibilidades de interferência ou cura ainda sejam muito limitadas” (CHAZAN, 2008, p.111).

As cenas observadas ao longo do *Curso de Gestantes* possibilitaram-me delinear, então, que, nesse contexto, uma ação específica, anteriormente atribuída à assistência – porque diagnóstica –, foi renomeada pelas mulheres gestantes como promoção da saúde e, nessa condição, também ressignificada por noções de lazer e consumo, escapando, paradoxalmente, ao controle profissional. Em meio à reconfiguração contemporânea de diversas práticas de intervenção corporal (re)nomeadas como promoção da saúde, é importante destacar que parece não haver consenso quanto à realização rotineira desse exame de imagem, sendo, inclusive, questionável, desde algumas perspectivas assistenciais, sua solicitação indiscriminada. O dissenso profissional é apresentado, inclusive, na publicação *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*⁹⁵, documento que orienta as rotinas assistenciais das US no SSC, da seguinte forma:

⁹⁵ O Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013b) é uma publicação ministerial que se propõe a auxiliar e formar profissionais para a implementação do modelo assistencial preconizado à APS/ESF. Utiliza-se de parâmetros oriundos da chamada Saúde Baseada em Evidências, forma de classificação e valoração de conteúdos científicos, como apoio a práticas clínicas e tomada de decisões para a gestão em saúde. Os chamados graus de recomendação são nomeados por letras,

[...] Ecografia obstétrica: poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas. Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A). Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional (grau de recomendação A) [...] (BRASIL, 2013b, p.110-111).

Uma vez mais, a observação em campo sugeriu-me pensar que as dinâmicas pelas quais se estabelecem e consolidam ‘verdades’ sobre a gestação saudável/não saudável estão longe de constituir um processo homogêneo e vertical, exclusivamente imposto a partir dos saberes científicos e de uma possível autoridade de profissionais especialistas. Ao contrário, partindo do exemplo do exame em três dimensões, não obstante as compreensões de que benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação permanecem ainda incertos, e que deixar de solicitá-la e realizá-la não constituem omissão ou prejuízo da atenção pré-natal, perspectivas associando diversão e consumo a cuidados assistenciais parecem contribuir, decisivamente, para que o procedimento tenha sido tão valorizado entre o grupo acompanhado. Seriam possibilidades disponibilizadas às gestantes para sua produção como ‘mães de meninas’ ou ‘mães de meninos’, investindo nas cores previstas pela norma para cada gênero, assegurando-lhes tranquilidade quanto às compras e presentes do enxoval. Ao mesmo tempo, enunciariam a imagem enquanto garantia e espécie de ação ‘adequada, desejável e necessária’ para promoção à gravidez saudável. O extrato do diário de campo aponta essa compreensão nas cenas descritas abaixo:

[...] A gestante seguinte descreve sua alegria com o bebê que traz na barriga. Percebo que seguem conversando sobre o sexo: saber se é menina ou menino tornou-se condição primordial! Para ter acesso a essa informação tão valorizada, a incorporação tecnológica é indispensável: o número de ultrassonografias e o período de sua realização são medidas importantes e extremamente valoradas pelas mulheres grávidas [...] (DC 01/08/2013).

atribuindo níveis de confiança aos conteúdos e, em certa medida, chancelando ou não sua adoção. Dividem-se em:

- A – grandes ensaios clínicos aleatórios e metanálises;
- B – estudos clínicos e observacionais bem desenhados;
- C – relatos e séries de casos;
- D – publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

Para maiores informações sobre o assunto, é possível também utilizar o portal de pesquisa específico, criado em parceria do MS com a CAPES, através do endereço: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>. Acesso em 25 de outubro de 2014.

[...] Todas reiteram a ideia de que a visão do bebê se movimentando na imagem do monitor (que precisa ser decodificada por profissional médico!) é que lhes dá ‘certeza’ de estarem grávidas. [...] (DC 01/08/2013).

Longe de configurar um processo ‘de cima para baixo’, ou uma ‘imposição de aparatos tecnocientíficos’ sobre vivências ‘naturais’ da gravidez, o posicionamento das gestantes em sua ‘autodemanda’ por exames me convocou a pensar em afirmações de Foucault (1993) acerca da positividade do poder disciplinar, que, através de esquadrinhamentos e prazer no conhecimento, produz subjetividades capazes de sustentá-lo e reforçá-lo. Enquanto regramento, a norma do que constitui uma gestação saudável não é apenas exterior e imposta às mulheres, mas se encontra nelas mesmas; é com o entendimento de sujeito autônomo (aquele que traz a norma em si) que a gravidez normalizada sustenta e reforça a disciplina sobre os corpos femininos.

Coexistindo à conformação por parâmetros de normalidade que têm associado, com força cada vez crescente, a realização de exames, uso de equipamentos e atenção profissional à garantia de gestação ‘saudável’, a presença de *W.* rompeu com o padrão mais frequentemente observado no grupo. Sua intervenção a esse respeito mostrou-me que pedidos por exames complementares de grande incorporação tecnológica nem sempre foram estabelecidos de modo inteiramente acrítico:

[...] *W.* recorda a história da mãe quando esta a trazia na barriga (ela está com 32 anos hoje). Contamos quanto sua mãe sofreu, muito angustiada com os miomas que a acompanhavam durante a gestação, sem acesso a ecografia (algo pouco acessível na época), e que afetavam sua percepção dos movimentos feitos pelo bebê. No entanto, a própria *W.* questiona a todas no grupo quanto o fato de saber ou dispor de mais informações pode ser benéfico: – *É claro que pode ser bom e é sim, quando está tudo bem... Fica a sensação de que pode ser bom, mas também pode trazer sofrimento sem necessidade ou antes da hora, não é?* Presumo que sua história como gestante esteja profundamente marcada pelo episódio da mãe: até a 18ª semana de gestação, *W.* estava com muitas dificuldades para aceitar uma gravidez inesperada; afinal, os ecografistas não haviam lhe dito que só engravidaria se realizasse um tratamento prévio e prolongado para seus ovários policísticos⁹⁶? [...] (DC 24/10/2013).

Por sua vez, aparentemente inusitado para a maior parte dos referenciais contemporâneos de gestão da vida – com os quais somos chamados às responsabilidades para adoção de modelos de ações e atitudes saudáveis em nosso próprio cuidado –, o relato de *J.*, para além de equívocos profissionais possivelmente cometidos durante a atenção pré-natal, também indicou a coexistência de concepções e expectativas diferenciadas a respeito do

⁹⁶ O discurso biomédico caracteriza ovários policísticos como aqueles que apresentam tamanho aumentado para os padrões configurados à norma e várias ‘bolsas’ contendo líquido em seu interior (TEIXEIRA, 2001).

período gestacional. Enquanto amamentava sua recém-nascida, a jovem, que havia se mudado para o território da USJL poucas semanas antes do parto, trouxe-nos a seguinte vivência:

[...] **J.** nos conta como foi sua experiência em descobrir a gestação com 34 semanas. Aos 20 anos, proveniente do interior do RS, havia sido tratada por uma profissional médica como se estivesse anêmica até o oitavo mês e que essa seria a causa da interrupção de sua menstruação por vários meses. Realmente, a aparência muito franzina de **J.** até poderia sugerir anemia, mas não lhe ter sido solicitado um exame de BHCG⁹⁷ até a 34ª semana? Fiquei impressionada! A jovem comenta, de cabeça baixa, olhando para a filha com pouco mais de duas semanas de vida, que sua mãe nunca havia conversado com ela sobre sexualidade, menstruação, gravidez... O silêncio toma conta da sala de grupos. Todas parecemos surpresas com sua história! Segundo ela, o sinal que lhe fez imaginar ‘algo diferente’ acontecendo com seu corpo foi o crescimento da barriga [...] (DC 12/09/2013).

Diante de seu relato, meu estranhamento foi tamanho que saí a campo em busca de informações adicionais. Configurei, então, a história trazida por **J.** à condição de possibilidade capaz de promover fraturas nas formas contemporâneas usuais de narrar-se e posicionar-se como mulher-gestante e mulher-mãe. Narrativa e posicionamento que, rompendo com a produção prescritiva para enquadramentos pretensamente fixos e adequados, sinalizaram a diversidade em modos de ser gestante e mãe, sem que isso configurasse negligência e ausência de afeto.

É possível dizer, a partir de Lupton (1995), que as articulações discursivas entre PS/APS/ESF compreendem o corpo como um projeto, posse ou instrumento da consciência individual, sujeito ao controle de forças externas e com necessidade de treinamento cuidadoso e disciplinamento. Se o corpo – entendido como uma espécie de espelho dessa consciência – mostra-se sem controle, então, o indivíduo se revela indisciplinado. Desconhecendo sua gestação até a 34ª semana, a narrativa de **J.** pode ser tomada como emblemática daquilo que foge ao controle disciplinar estabelecido pelo imperativo da saúde. Houve uma ‘evasão’ a controles disciplinares e moralizantes – e não é propósito deste estudo julgá-la como ‘boa ou má’ –, mas que cabe ser considerada desde as circunstâncias que tornaram a vida possível, suportável e positivada para a jovem em seu contexto. Ainda que ela não tenha sido encarcerada ou multada por sua ‘falha’ na conformação às normas para uma ‘gravidez responsável’, o silêncio do grupo foi eloquente, quase um tipo de sanção, uma vez que, naquele momento, não havia mais o que dizer para convidá-la a tornar-se ‘gestante adequada’. Os investimentos a serem feitos foram redirecionados, então, para subjetivá-la como mãe que, não tendo sido ‘gestante saudável’, precisaria ser monitorada ainda mais de perto no exercício

⁹⁷ BHCG é o nome abreviado do teste laboratorial de verificação de níveis do hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (em inglês, *Human Chorionic Gonadotrophin*), presente unicamente na gestação.

da maternidade depois do parto. Conversas posteriores com a ACS que acompanha a jovem trouxeram-me indicativos de que foram feitos tais investimentos em relação à amamentação, e que outros tantos continuam sendo feitos frente a vacinas e cuidados de puericultura, na tentativa de assegurar a primazia das práticas enunciativas de APS/ESF.

Novamente, parece-me que **J.** se posicionou de forma distinta do padrão ‘normal’ esperado pela equipe: após os quatro meses de licença-maternidade, deixou a filha aos cuidados de sua mãe no interior do estado para seguir em seu trabalho na higienização de um hospital em Porto Alegre e realizar, à noite, formação técnica em enfermagem. Não deixei de perceber traços de censura no relato que obtive: mesmo na tentativa de superar sua suposta carência anterior de conhecimentos (e talvez não seja mera coincidência o fato de, trabalhando na higienização de um hospital, **J.** ter buscado realizar formação técnica em enfermagem), ela foi categorizada como ‘avoadinha’. Sua diferença em relação à norma da mãe ‘zelosa e responsável’, tal como essa normalização é materializada nas formulações biopolíticas tradicionais, quase a coloca como portadora de uma patologia. A regulação dos sujeitos precisa se efetivar por intermédio de tentativas que corrijam os ‘desvios’ em sua constituição ‘defeituosa’: agora, em conversas fora do espaço físico da USJL, durante qualquer encontro na rua com **J.**, é preciso repetir e reforçar os ensinamentos de que a avó da menina deve levá-la para todas as vacinas e demais cuidados previstos, tarefa que a equipe profissional da USJL se mantém realizando, mesmo que a menina não esteja mais morando no território, mas numa cidade do interior.

De modo bastante próximo ao analisado por Melo (2010), a trajetória de acompanhamento em campo me permitiu observar que as ações educativas se dirigem, eminentemente, para certo tipo de corpo feminino, indicando concepções discursivas de gênero, conjugalidade e orientação sexual que corroboram a representação de que toda mulher é, em princípio, heterossexual, destinada à reprodução e à maternidade. Práticas biopedagógicas relacionadas a questões materno-infantis não podem nem devem ser desmerecidas, visto que são produtivas – e necessárias – em seu enfoque a determinados períodos biológicos com especificidades bastante peculiares. O ponto a salientar, no entanto, desde o pressuposto da assistência integral à saúde em todas as fases da vida, pressuposto esse muito caro à APS/ESF, é o silêncio observado frente a importantes questões como interrupção de gravidez, atenção ao abortamento inseguro ou desejo de não querer ser mãe; cabe considerar que, no Brasil, tais discussões estão, invariavelmente, marcadas por embates ideológicos provenientes, sobretudo, de setores religiosos (CLAM, 2011). Em suma, a esse

respeito, penso ser importante problematizar quão pouco espaço parece estar aberto para práticas (ou fomento de discussões) que abarquem os corpos femininos em suas diversidades étnicas, sexuais ou etárias, entre outras.

Expectativas inseparáveis da racionalidade ocidental instituída para todos/as os/as cidadãos/ãs, tanto a obediência quanto o cumprimento de legislações (nesse caso, sanitárias) são assegurados à medida que se produz um tipo de sujeito que regula e ajusta a si mesmo (WALKERDINE, 1995). Nessa medida, em sua dimensão política, a educação em saúde assumida nas articulações da PS/APS/ESF propicia espaço para transmissão de solicitações que estão dirigidas a diferentes níveis de governo da população (GASTALDO, 1997).

Algumas perspectivas profissionais têm dificuldades em reconhecer que sujeitos são constituídos em (e através de) processos sociais, cujos contextos envolvem outros desejos e possibilidades, além daqueles produzidos pelos discursos de PS/APS/ESF. Embora os vários grupos da sociedade possam produzir diferentes entendimentos do que constituem situações ou momentos de alegria e tranquilidade nos períodos de gestação e puerpério, esses dois períodos foram tomados como universais nas rodas de conversa para o estímulo aos cuidados considerados adequados pela normatividade estabelecida. Em certa medida, o fundo rosa e as borboletas brancas, presentes em imagens mostradas já nos primeiros encontros, emolduraram *Curso de Gestantes* em seus enunciados quanto ao posicionamento do sujeito mulher-mãe e prosseguiram emoldurando as demais práticas relacionadas aos cuidados desses grupos em APS/ESF. O excerto a seguir, reproduzindo a fala de uma gestante sobre o desaparecimento de seu desânimo, substituído por outro sentimento – o de sentir-se especial – ao saber da gravidez, ilustra a expectativa maior de um trabalho que atua, diretamente, nos desejos individuais para manter a boa saúde e que se efetiva pelas demonstrações de autocontrole através do corpo regulado (PETERSEN; LUPTON, 1996):

– [...] *a gente se sente especial, servindo os filhos... Agora sou exemplo, não posso mais agir de qualquer jeito [...]* (DC, 1º/08/2013).

Parece-me possível afirmar, então, que a obediência às boas condutas já não ocorre porque há um imperativo autoritário externo aos sujeitos, mas, em primeiro lugar, pela retórica do cuidado consigo mesmo/a e, de modo bastante peculiar no caso das gestantes, com sua família. Mais do que determinação e exigência estatais, práticas de imunização infantil, por exemplo, configuram um hábito cotidiano pelo qual as famílias em geral (mas, principalmente, as mães) são valoradas como responsáveis/irresponsáveis e saudáveis/não

saudáveis pelo conjunto da sociedade, e não exclusivamente pela APS/ESF. Nesses termos, o virtuosismo da maternidade saudável estaria reforçado pela satisfação pessoal e ambos, articulados ao dever moral de bem proceder em nome da coletividade. Cotidianamente, por meio da valorização de algumas formas específicas de viver a gestação, produzem-se silêncios e (in)visibilidades sobre outras experiências, aprendizados e dificuldades que podem existir nesse período.

Ao mesmo tempo que a maternidade 'saudável' tem sido definida pelo afeto 'natural' entre gestante e bebê, os discursos circulantes reiteram a necessidade de vários aprendizados (sobre parto, amamentação, higiene, vacinas, entre outros tantos). Em outras palavras, o processo de tornar-se mãe demanda constantes investimentos e posiciona, frequentemente, as mulheres grávidas como sujeitos que precisam promover a vigilância de si em nome dos filhos.

Entre vários elementos que compuseram o currículo das aprendizagens propostas por *Curso de Gestantes*, alguns aspectos envolvendo retóricas⁹⁸ sobre parturição, sexualidade e planejamento familiar foram destacados e discutidos durante o período de convivência do grupo. Tomar a gestação como um processo que precisa ser 'ensinado' significou também pensar sobre seu término, propiciando o entrelaçamento desses elementos ao longo dos encontros.

Com esse propósito, a apresentação de documentários e a realização posterior de rodas de conversa foram modalidades pedagógicas utilizadas para difundir informações e conhecimentos em relação a diferentes tipos de parto, além de permitirem o compartilhamento das experiências vividas por aquelas mulheres que já tinham filhos/as ou cujos bebês haviam nascido recentemente; os diálogos com as gestantes sobre suas dúvidas, sentimentos de medo e apreensão funcionaram ora como estratégias de multiplicação de discursos biomédicos tradicionais a respeito desse momento, ora como espaços de abertura a outras práticas menos usuais (embora menos acessíveis às mulheres do grupo, diria eu): acompanhamento com doulas⁹⁹ em casas de parto, por exemplo.

Falas consagrando noções do senso comum e diferentes sustentações dos discursos técnicos relativos ao parto levaram-me a questionamentos sobre a produção cultural desse

⁹⁸ A noção de retórica que utilizo se fundamenta nas reflexões trazidas por Foucault (2010, p.286), para quem "a linguagem retórica é uma linguagem escolhida, moldada e construída para produzir seu efeito sobre o outro".

⁹⁹ Palavra de origem grega, doula congrega a ideia de "mulher que serve a outra mulher". Atualmente, refere-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto. Esse suporte aborda aspectos emocionais como encorajar, tranquilizar e estimular medidas de conforto, prestando orientações (SANTOS; NUNES, 2009).

processo fisiológico. Observei ambivalências e hesitações entre as gestantes da USJL no difícil movimento para conciliar sua vontade de não sofrer fisicamente e a subjetivação proposta pelo discurso do ‘parto humanizado’¹⁰⁰; ‘humanizar’ o processo de parturição tende a narrar a dor desse momento, positivando-a como sinônimo de força, bravura e vitalidade feminina (RIBEIRO, 2008). Para além do acesso disponibilizado pela atenção pré-natal nos serviços públicos, mas reunindo possibilidades que acompanham, culturalmente, o evento parto no contemporâneo, também foram postos em circulação pelas gestantes, durante os encontros, outros discursos que fazem referências a escolhas entre enfrentar a dor, não a sentir, tentar minimizá-la ou mesmo, ilusoriamente, imaginar extingui-la por meio de intervenção cirúrgica.

Nesse sentido, a partir do diário de campo, transcrevo um excerto sobre a visita guiada ao HNSC, no final do *Curso*, destacando sua potência singular no processo de ‘pedagogização’ do parto pelos referenciais do SUS:

[...] Ao chegarmos à maternidade, a plantonista pede que aguardemos. Há muita movimentação porque um bebê acaba de nascer na sala de pré-parto. [– Apressado, nasceu antes da hora, não soube ou não quis esperar a sua vez! – eu brinco mentalmente]. Enquanto estamos no *hall*, a fala da enfermeira sobre a adoção de protocolos de risco me parece deslocada para aquelas mulheres. Ela prossegue com as orientações às grávidas sobre a importância da retirada prévia de adornos, além das instruções de como se dirigir à recepção para receberem atendimento após o boletim de admissão ser preenchido: – *Não deixem para chegar aqui ganhando o bebê! Ah, e o acompanhante que permanecerá no parto já deve ser avisado com antecedência para que, de preferência, chegue junto com vocês!* – enfatiza a profissional. Ela nos explica que esse procedimento objetiva diminuir a circulação de pessoas e a contaminação no local. É reforçada a informação para que todas tragam o mínimo possível de pertences; é mostrado o banheiro, logo à entrada, para que gestante e acompanhante se preparem. Há uma profusão de espaços labirínticos na maternidade, aos quais nos aproximamos: ‘sala de pré-parto’, ‘sala de pós-parto’, ‘salas cirúrgicas’(o acesso não permitido está indicado pela linha vermelha no chão), ‘sala de parto humanizado’, ‘sala onde é possível tentar outros manejos sem uso de medicação para dor’, ‘sala de parto Maria’, ‘sala de recuperação’, ‘sala de recuperação pós-cesáreas’, ‘sala de cuidados neonatais’: todos os locais com diferentes nomes e finalidades... Em uma das salas, à meia-luz, a enfermeira nos mostra, junto à parede em tom verde suave, um quadro com 14 posições para que a mãe tente o parto sem analgesia; no chão, à direita, uma imensa bola de Pilates. Quando lhe pergunto sobre a capacidade de acomodação, a profissional começa a rir e responde: – *É conforme a gente consegue acomodar... Macas, cadeiras!* Humanizar é o mantra [...] (DC, 28/11/2013).

¹⁰⁰ Constituído por uma multiplicidade de interpretações e um conjunto amplo de propostas de mudanças nas práticas de assistência ao parto, a ideia de humanização aponta os efeitos danosos e decorrentes do uso irracional de práticas que impedem, paradoxalmente, a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Há diferentes sentidos, limites e possibilidades de propostas de humanização da assistência ao parto. No âmbito do SUS, as orientações estão normatizadas e, recentemente, a portaria ministerial nº 371, datada de 7 de maio de 2014, reafirma alguns desses sentidos, como, por exemplo, garantindo à mãe e ao bebê o contato pele a pele imediato e contínuo ao nascer, além do estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Entre os enunciados do parto humanizado (BRASIL, 2014d), há o direito à presença de acompanhante para a parturiente (DINIZ, 2005; BRUGGEMANN *et al.*, 2014).

A visita parece ter assumido a função de marcar e repetir, em outra circunstância e local, distinto da USJL, parte das proposições sobre ‘maternidade saudável’, especialmente, aquelas que diziam respeito a como portar-se convenientemente para ter o ‘parto humanizado’ dentro do contexto hospitalar. Com isso, reitero, novamente, não ter qualquer pretensão de desqualificar as práticas de atenção pré-natal e de conforto às gestantes durante o trabalho de parto, muito menos discutir se estão corretas, mas referir que produzimos e atualizamos sentidos à vida em produções discursivas. Traçando condutas adequadas, é estabelecido, na relação inversa, o que está errado, faltando ou sendo negligenciado na formação do sujeito-mãe ‘saudável’.

De modo semelhante à pedagogização do parto, observei que aspectos relacionados à sexualidade das gestantes foram didaticamente conversados com o grupo a partir do enunciado de planejamento familiar. As atividades permaneceram basicamente circunscritas às práticas anticonceptivas na esfera da família monogâmica e heterossexual: em outras palavras, às ações de controle da fecundidade. O tema poderia ter sido tratado como questão mais ampla e relacionada a direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens, discutindo-se noções de sexualidade e reprodução, maternidade e paternidade. Nessa perspectiva, poderiam estar compreendidas problematizações relativas a novas tecnologias reprodutivas, aborto, violência sexual, gravidez na adolescência, exercício da diversidade sexual e DSTs, levando em conta seus efeitos enquanto formas de controle sobre os corpos femininos e masculinos.

Conquanto esteja alavancada por entendimentos de sexualidade e reprodução como direitos humanos – concepções inegavelmente discutidas e produzidas em lutas políticas dos movimentos feministas (KALSING, 2005; 2010) –, a atenção à saúde sexual e reprodutiva, afirmada no discurso ministerial como área de atuação prioritária da APS/ESF, mostra-se direcionada para planejar, com as famílias, o seu número de filhos. Planejamento familiar “implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada” (BRASIL, 2010, p.9). É nesse sentido que me parece ser possível relacionar as conversas do *Curso de Gestantes* sobre sexualidade à produção das condutas daqueles/as que integram a APS/ESF conforme o discurso institucional. Conversas que estiveram centradas em perspectivas de inscrição dos corpos femininos na normatividade do sujeito-mãe como principal responsável pelos cuidados com a família, especialmente quanto às questões reprodutivas:

[...] da conservação do leite materno e de como lidar com a concretude do retorno ao trabalho, vivenciando a ansiedade, a conversa segue pela anticoncepção. Há uma fala diretamente enfocando o período da chamada ‘quarentena’. A profissional relata o atendimento feito a uma puérpera no decorrer da semana: foi a insistência da jovem em saber qual o tempo mínimo para retomar as relações sexuais após uma cesariana, mesmo com a explicação técnica de que o intervalo habitual seria em torno de 20 dias, que lhe mostrou algo de que ela (profissional) não havia se dado conta antes – a puérpera já estava em atividade sexual novamente! Entre risos, o grupo comenta sobre as mudanças que têm ocorrido na forma como lidamos com a sexualidade, algumas delas chegam a dizer que *os homens é que ficam incomodando*, mas a ênfase recai sobre os efeitos de retomar o contato sexual físico sem que haja um período de tempo maior entre o momento do parto e o reinício das relações [...] (DC, 10/10/2013).

Uma analítica discursiva para a cena descrita no quadro acima proporciona pensar sobre as estratégias pelas quais a sexualidade tem sido reconhecida como saudável/não saudável/adequada/não adequada nas práticas cotidianas de PS/APS/ESF; possibilita, igualmente, problematizar efeitos de práticas educativas que pouco (ou muito pouco) tensionam justificativas apresentadas como ‘biologicamente naturais’ para desigualdades observadas entre os gêneros. Explicações remetendo ao discurso do senso comum sobre ‘naturais diferenças biológicas’ entre homens (que ‘incomodam’ por um suposto desejo sexual masculino ‘naturalmente’ mais exacerbado) e mulheres (que são ‘incomodadas’) deixaram de problematizar a produção cultural da sexualidade nas discussões do *Curso de Gestantes*. Sustentou-se, assim, o direcionamento das conversas para ensinar medidas contraceptivas, procedimentos e cuidados que dizem respeito à reprodução e, de certo modo, as responsabilidades ligadas à decisão de ter (outros) filhos (e em que momento) permaneceram atribuídas, primordialmente, às mulheres. Foi possível observar que, divergindo de prescrições técnicas ao não aguardar o período tradicional de ‘quarentena’ após parto cesáreo, a conduta da jovem suspendeu temporariamente, naquele momento, os pressupostos de práticas de regulação que, habitualmente operadas pelos serviços de saúde por meio de enunciados de planejamento familiar, concebem as sexualidades e os corpos como natureza a ser conhecida, controlada e administrada. Se as formas com que se constroem esses processos na nossa cultura podem ser diversas (e divergentes), apreendê-las em suas ocorrências articuladas por gênero, idade, escolarização e pertencimento social auxilia-nos a refletir sobre algumas tensões e resistências que podem acompanhar nossas intervenções educativas em saúde e a discutir, então, outros modos possíveis para os sujeitos exercerem suas corporeidades e sexualidades.

Assim, os encontros educativos de *Curso de Gestantes* atuaram na transmissão de conhecimentos e informações, desenvolvendo competências e expondo valores. Afirmaram conjuntos de ensinamentos que, disciplinando corpos, mulheres e famílias, permitem traçar

rotas e definir rotinas para uma vida adequada aos pressupostos articulados entre PS/APS/ESF. Em outras palavras, os encontros contribuíram para que as mulheres, gestantes e não gestantes, efetivassem experiências de ensino e aprendizagem acerca de referenciais da Promoção da Saúde, contempladas pelo disciplinamento dos sujeitos através de cuidados profissionais.

Com efeito, tal como em *Fazendo Arte*, suas proposições foram expressas por atividades biopedagógicas direcionadas muito especialmente às mulheres, (re)produzindo significados às noções de quem está e quem não está saudável para torná-las sujeitos ativos no processo de expansão das práticas de saúde da APS/ESF, em seus exercícios contemporâneos de poder sobre a vida das famílias assistidas.

Na próxima seção, passo à análise da terceira modalidade de atenção em grupo acompanhada na fase intensiva de trabalho de campo dessa investigação: as consultas coletivas de *Saúde no Prato* – estratégias biopedagógicas e seus desdobramentos para nos mantermos alertas, com cuidados redobrados sobre nossa alimentação.

5.4 NOSSA SAÚDE ESTÁ NO PRATO?

A alimentação parece estar cada vez mais guindada à condição de gestora de nossa saúde e nossa moral: ‘bons alimentos’ produzem ‘bons e saudáveis’ cidadãos. No extremo oposto, quem consome poucas fibras, mas utiliza gorduras, sal e açúcar ‘em excesso’ – segundo (re)definições formuladas por parâmetros da biomedicina –, é considerado negligente e, caso adoça, provavelmente, será responsabilizado por sua falta de cuidado (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011; CASTIEL, 2013).

Discursos associando o consumo de certos alimentos à prevenção de doenças ou, ao contrário, ao aparecimento de problemas de saúde certamente não são novos, mas a aliança contemporânea entre alimentação, práticas biomédicas e conhecimentos científicos produz ‘verdades’ difíceis de serem interrogadas e contestadas (WELCH; MCMAHON; WRIGHT, 2012).

Partindo desse entendimento e dando sequência às reflexões do estudo, acompanhei, em meu terceiro conjunto de observações de campo, a modalidade assistencial *Saúde no Prato*, com sua articulação de estratégias educativas pautadas, fundamentalmente, pela transmissão de informações tecnocientíficas e alertas sobre riscos de adoecimento relacionados à alimentação. À semelhança da perspectiva analítica assumida em *Fazendo Arte* e *Curso de Gestantes*, intencionei problematizar formas e meios biopedagógicos pelos quais,

no cotidiano da USJL, estamos constituindo e sendo constituídos enquanto sujeitos responsáveis pelo cuidado individual e das famílias.

5.4.1 Um Tutorial para a Saúde Alimentar

Entre as três modalidades acompanhadas, *Saúde no Prato* foi aquela que congregou maior número de participantes a cada encontro e a única a reunir homens e mulheres. Essa última característica não pode ser interpretada, no entanto, como um indicativo de práticas não marcadas por questões de gênero. Sem deixar de registrar que a presença feminina sempre foi superior à dos homens, o que demarco com tal observação é que as práticas de *Saúde no Prato* tenderam a posicionar a saúde e o bem-estar das famílias como condições em que os cuidados dessas mulheres-mães, mulheres-avós e mulheres-esposas consigo mesmas, relativamente a práticas alimentares e de nutrição, seriam fundamentais para o bom desempenho de todos os demais membros. Assinalei em meu diário:

[...] Segunda-feira, 8h30min. A sala está bem cheia hoje! A frequência de pessoas para esse grupo costuma ser maior quando comparada às do *Fazendo Arte* e *Curso de Gestantes* e é um dos poucos em que circulam homens e mulheres, embora, no comparativo, os primeiros sejam em menor número. Por constituir uma modalidade de consulta coletiva em nutrição, *Saúde no Prato* pretende aliar ações educativas e assistenciais ao mesmo tempo; rotineiramente, ocorre aferição de peso e altura para todos/todas os/as participantes na primeira e terceira consultas da fase inicial de atendimento (composta por três semanas consecutivas). A princípio, está direcionada a pessoas acima de 18 anos, hipertensos/as, diabéticos/as, dislipidêmicos e a quem deseja se alimentar ‘adequadamente’; há avaliação nutricional, também, e tanto aferição quanto avaliação dos registros alimentares são moduladas (e entremeadas) por educação em saúde. Essas medidas integram não apenas o primeiro atendimento (desdobrado em três encontros de 1h30min cada), mas são repetidas, mensalmente, nas consultas de manutenção [...] (DC, 14/10/2013).

Desdobrado em três encontros semanais consecutivos, com duração de 90 minutos cada, o atendimento apresenta a proposição ministerial dos *Dez passos da alimentação saudável* (BRASIL, 2006), dividida em duas instâncias permanentemente articuladas: coletiva e individual. A instância coletiva das ações propicia conversas informais e amenas referentes à temática entre todos/as os/as presentes e contempla, também, aferição de medidas corporais em, no mínimo, dois momentos: no início da participação e no terceiro encontro semanal consecutivo. Efetuadas as medições, é calculado o Índice de Massa Corporal (IMC)¹⁰¹ de

¹⁰¹ IMC é abreviação do Índice de Massa Corporal e constitui medida utilizada para aferir obesidade em nível populacional e na prática clínica (em crianças menores de 07 anos de idade, usa-se a relação peso/idade). O cálculo é realizado com a divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros quadrados): peso (kg) ÷ altura (m²) (BRASIL, 2006c).

todos/as os/as participantes, e os resultados são registrados nos respectivos documentos e prontuários, sendo ainda entregues por escrito a cada sujeito.

No intervalo entre a primeira e segunda semana, como forma de multiplicar enunciados sobre alimentação (apresentados ao grupo desde o encontro inicial), é solicitado aos/às integrantes o preenchimento de um minucioso questionário, escolhendo um dia da semana para registrar todo o consumo alimentar desse período de 24 horas, com descrições das quantidades e horários em que os alimentos foram ingeridos.

As ‘confissões’ escritas (e que, muitas vezes, precisam ser registradas pelos/as profissionais nutricionistas porque os/as participantes têm dificuldades em fazê-lo conforme o pedido) são analisadas uma a uma e subsidiam a intervenção individual posterior, estabelecida numa espécie de devolutiva a quem completa o conjunto de três encontros. Não há dietas em sentido literal, mas ‘orientações individualizadas’ para que esses sujeitos, no exercício de adequar suas vidas, sua alimentação e suas medidas, consigam se ajustar à norma corporal e aos cânones da PS. Ancorada no pensamento de Foucault (2009b), em suas discussões a respeito do papel da confissão como técnica de poder e da “necessidade de regular [...] por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (FOUCAULT, 2009b, p.28), argumento que a prática confessional, posta em ação através dos relatos da alimentação ingerida ao longo de um determinado período, opera como biopedagogia para educar os sujeitos não somente para o exame de seus próprios ‘pecados alimentares’ mas também para sua regulação e transformação em guardiães do consumo de alimentos em cada família. A ênfase na regulação alimentar feminina – estabelecida como meio de promover e proteger interesses familiares – mostrou-se como um traço constante ao longo dos encontros.

Em perspectiva que não exclui a interpelação sobre a importância do cuidado de cada mulher para com sua família, identifiquei, em diversos momentos do trabalho de campo, um forte acento individualista nas atividades: a proposta e os esforços convergiram para que os sujeitos se tornassem gestores de seu próprio processo educativo e, a partir da mudança interna, transformassem suas realidades e vivências. Consequente a tal lógica, o melhoramento das condições de saúde e vitalidade (inclusive das famílias) viria enquanto decorrência de escolhas individuais, acima de tudo, ‘adequadas’, porém, presumivelmente tratadas como se disponíveis a todos/as. O saber profissional, ainda que não tenha sido o único a ser legitimado e reconhecido entre o grupo, assumiu, marcada e centralmente, a administração do bem-estar dos participantes que a ele tiveram acesso.

Assim como *Curso de Gestantes*, os encontros em *Saúde no Prato* mostraram-se configurados por uma noção de currículo bastante semelhante ao de práticas escolares com as

quais estamos familiarizados. Em seu planejamento e organização, foram selecionados conteúdos para ensinar a viver não uma vida qualquer, mas uma existência cuja saúde e longevidade estariam garantidas pela mudança de comportamento e adoção de ‘bons’ hábitos alimentares. Em aproximações a aulas clássicas, nos encontros que presenciei, as vozes de especialistas acionaram discursos sobre práticas nutricionais corretas (e incorretas) com vistas a que, em nome da (boa) saúde, da vida longa e sem perda de capacidades físicas, os sujeitos participantes pudessem modificar suas condutas, aderindo às prescrições e normas.

Os *Dez passos para alimentação saudável*, que também poderiam ser interpretados como dez mandamentos para uma nutrição adequada ao ideário da PS – ou mesmo considerados em sua apreciável semelhança com a metodologia de grupos de ajuda mútua¹⁰², usada no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas ou em situações de compulsão –, foram minuciosamente trabalhados, um a um, durante os três encontros programados para a intervenção inicial. Auxiliadas pelo álbum seriado de mesmo nome – composto por desenhos alegres e coloridos justapostos a um fundo branco –, as profissionais coordenadoras esmiuçaram, sequencialmente, as instruções e responderam a questionamentos, estimulando conversas e trocas de experiências entre o grupo. O excerto a seguir narra um desses exercícios:

[...] As diretrizes do MS sobre o que compõe a alimentação saudável são intensa e exaustivamente trabalhadas com os/as participantes em todos os encontros, retomando, logo no início de cada atendimento, o que já foi conversado antes para passar ao próximo passo; é um processo metódico, seja no primeiro contato (primeira participação na modalidade), ou no caso de os participantes já estarem em ‘período de manutenção’... Bem, vamos lá:

Passo 1 – Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

Passo 2 – Inclua diariamente 6 porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.

Passo 3 – Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

Passo 4 – Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é bom para a saúde.

¹⁰² Refiro-me a grupos com teor espiritual/religioso, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), entre outros similares, existentes em mais de 170 países como modalidade terapêutica para diversas condições comportamentais; entre essas organizações, predomina a noção de que, ‘se você quer o que nós temos, pode fazer o que nós fizemos’. No caso específico dos AA, é sugerido um programa de doze passos para atingir e manter a abstinência (BURNS; LABONIA FILHO, 2014). Para aprofundamento dessas discussões, vide Campos (2009).

Passo 5 – Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!

Passo 6 – Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.

Passo 7 – Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

Passo 8 – Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.

Passo 9 – Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

Passo 10 - Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Olho para ‘os dez passos’ e começo a pensar nos motivos que levam as pessoas não só a buscar o grupo, mas naquilo que as faz desistir. Se, por um lado, recomendação médica, sofrimento físico, solidão, desejo de emagrecer, discursos da vida saudável (possivelmente, uma das marcas contundentes de nosso contemporâneo) movimentam a população nesse sentido, por outro, não acho fácil seguir as recomendações. Além da profusão de siglas e prescrições, indago-me o que fazer com tantas informações que parecem perder força diante de imagens irresistíveis de alimentos, muitas vezes, usadas exatamente para seduzir. Ah! Mas insistimos em contar calorias, em querer receitas mágicas e meteóricas que conduzam a um estado de ‘saúde’, incorporando, obviamente, a noção de felicidade! [...] (DC, 14/10/2013).

Cuidar de nossos corpos tem se transformado em um processo massificado e ao mesmo tempo individualizado de gestão e administração da chamada ‘vida saudável’, em cujo aprendizado é preciso investir e reinvestir de modo permanente, porque nunca acabado. Todavia, os cuidados pretendidos e almejados pelos processos de ensino/aprendizagem, sobretudo aqueles que ocorrem nos ambientes abordando conteúdos de promoção da saúde, não são de qualquer tipo, mas aqueles que identificam corpos saudáveis enquanto corpos magros, leves, ágeis e flexíveis (CESAR; DUARTE, 2009), e que seguem as prescrições profissionais. Em certo sentido, e à semelhança de um jogo ininterrupto, o estímulo a práticas de atividades físicas parece operar qual moto-contínuo que conecta corpo, saúde e lazer pelas vozes de especialistas. O exercício da informação como modo privilegiado de governo dos corpos foi discutido e referido por Alex Fraga (2005) à condição de biopolítica informacional, sendo útil para compreender a homogeneização de discursos da ‘vida ativa e saudável’ enquanto estratégia fundamental à saúde e vida de todos os sujeitos:

[...] prover informações para fazer com que cada um possa dar conta da sua própria saúde e condição física. Um processo de responsabilização individual que só funciona por contraste entre estilos de vida. Do lado positivo estão os possuídos pelo discurso da vida ativa e, na margem negativa, os ‘despossuídos’, os que estão em falta com o exercício da informação. Falta aqui entendida não apenas como ausência, mas também como falha, omissão, desobediência, imperfeição moral,

transgressão, pecado cometido por todo aquele que não sabe se conduzir, que não consegue dar conta de si mesmo [...] (FRAGA, 2005, p.153).

Desde essas perspectivas, ainda que não exclusivamente, o gerenciamento adequado da vida é produzido por meio de práticas alimentares orientadas pelos cânones científicos, pela realização de atividades físicas monitoradas e pelo controle do estresse, focos centrais da atenção de *Saúde no Prato*.

A ideia de riscos à saúde fundamenta nosso presente, possibilitando pensar que os corpos têm sido suporte e produto de um disciplinamento que atravessa todas as relações da vida em sociedade. Como consequência, alimentar-se e movimentar-se de modo adequado às normas tornam-se interpelações desse processo disciplinar, tanto sob a ótica da governamentalidade da saúde pública quanto daquela originária de outras formas de autogoverno pela sociedade de consumo. Cabe lembrar que práticas de alimentação saudável dependem, em consonância a políticas econômicas, de um conjunto de normas (modeladoras e moduladoras de desejos), atribuídas ao sujeito tanto por meio de instituições – como escola, família e serviços de saúde – quanto por meio de demandas e exigências do próprio sistema econômico.

A esse respeito, observei em campo que, notadamente entre aqueles/as que se encontravam fora da norma de peso ideal, a aferição pública de medidas corporais de cada participante, quando realizada por profissionais nutricionistas no ambiente aberto da sala de enfermagem e à vista de outras pessoas, pode ter provocado sentimentos de constrangimento e exposição a julgamento alheio. Embora tenham sido empreendidos esforços constantes pela equipe para tornar a rotina menos ‘desconfortável’ e proporcionar ‘privacidade’ à aferição, houve momentos em que limitações de espaço físico na USJL e, sobretudo, dificuldades com equipamentos (balanças avariadas e/ou em número insuficiente) contribuíram para que a vigilância sobre os corpos gordos nem sempre fosse executada frente a um número reduzido de olhares. Em várias faces de participantes, principalmente nos rostos femininos, acompanhei expressões de ansiedade, tristeza, raiva e contrariedade, as quais se fizeram estampadas – às vezes de maneira silenciosa, outras nem tanto – no decorrer das aferições.

Nesse sentido, relataria, ainda, minha observação sobre o fato de o aconselhamento nutricional específico (elaborado após o escrutínio alimentar individual) ter se configurado como característica muito valorizada pelos/as participantes. Diversas falas ressaltaram sua importância, afirmando que, não tendo cobertura desse tipo de ação em plano de saúde suplementar nem recursos financeiros suficientes para custeio de atendimento privado com nutricionista, o aconselhamento individual constituía o principal motivo para comparecerem

ao grupo. Frente à impossibilidade de acessar, de outro modo, procedimentos disponibilizados usualmente apenas em ações clínicas, a consulta em grupo – aceita, por alguns/algumas, não sem contrariedade – tornou-se a alternativa utilizada para tentar satisfazer as tensões geradas na busca claramente manifesta por atendimento individual. A respeito de tensões como a descrita acima e observadas no contexto atual do campo da saúde, as afirmações de Luis David Castiel (2014) são instigantes e contribuem para meus questionamentos e análises:

[...] cabe caracterizar que o termo “saúde” está repleto de complexidades que envolvem juízos de valor, hierarquias e pressupostos não explicitados. [...] trata-se de encarar a saúde como mercadoria/serviço que se produz e se consome historicamente de diversas formas através de diferentes agentes, práticas e instituições públicas e privadas no âmbito da evolução mais recente do capitalismo. Nesse caso, importa especificar que o contexto atual do campo da saúde está marcado [...] pelas questões geradas pela tensão entre a lógica da escolha do consumidor e a lógica do cuidado de quem adoece, em tempos de neoliberalismo, ciência empiricista, práticas de gestão racional e eficácia instrumental. [...] tal tensão entre a lógica do cuidado e a lógica da escolha do paciente como consumidor se situa dentro do cânone neoliberal do direito supostamente autônomo de decidir e a liberdade de escolha no mercado quanto ao que consumir em nome da saúde [...] (CASTIEL, 2013, p.1).

Assim, conjugando pressupostos de cuidados com a saúde, lógicas de produção de serviços pensadas para APS/ESF parecem ter sido apreendidas pelos sujeitos participantes que as remodelaram como práticas de consumo das mercadorias alimentação/saúde. Aparentemente, a alternativa de efetuar tal consumo em grupo foi aceita e utilizada – independentemente de desejos por singularidade ou, mesmo, proteção frente ao olhar alheio – porque não havia outra possibilidade disponível.

Ao término da sequência inicial de três semanas consecutivas, a modalidade propõe encontros mensais para manutenção, momentos em que os ensinamentos anteriores são retomados e, de forma metódica, o olhar profissional renova as aferições corporais: altura, peso e cintura abdominal são mensurados e registrados em mais essa ocasião. Após os respectivos esquadrinhamentos, todos/as os/as participantes podem avaliar a si mesmos e se foram bem sucedidos:

[...] Há materiais confeccionados pela Nutrição que são entregues aos/às participantes para preenchimento no intervalo até o próximo encontro. Devem escolher um dia da semana, evitando sábado ou domingo, e descrever, meticulosamente, o tipo de alimento que foi consumido, a quantidade e o horário. No encontro seguinte, entregam o relato para as profissionais e essas últimas sugerem a cada um/uma modificações personalizadas a serem feitas. No entendimento da equipe profissional, não se trata de uma dieta, mas uma proposta de reeducação alimentar. Entendo que o esquadrinhamento pode ter um formato mais leve, mas, ainda assim, é esquadrinhamento. Em nome da saúde, da longevidade, do cuidado consigo e com a família, mas escrutínio. As falas de todos/as estão

imbuídas dessa normatividade de que é preciso fazer ‘viver bem’ e que esse ‘bem viver’ está relacionado às decisões individuais. A relação com os alimentos parece estar sempre pautada pela compreensão de que fazemos escolhas apenas com base na ausência/presença de informações. [...] (DC, 14/10/2013).

Uma particularidade de *Saúde no Prato* tem sido a metodologia prevista para seu desenvolvimento; dentre os grupos acompanhados, essa é a única modalidade que faz uso regular e sistemático de materiais de apoio específicos, dentre os quais se destaca o já mencionado álbum seriado *Dez passos da alimentação saudável*¹⁰³. Editado pelo MS, o álbum tem presença invariável nas primeiras três reuniões do mês e, eventualmente, auxilia nos encontros de manutenção. Compreendidos por mim como recursos biopedagógicos, à utilização regular do álbum somam-se, ainda, o questionário produzido pela própria equipe da USJL (que implica o detalhamento dos hábitos alimentares de cada participante), a cartilha impressa¹⁰⁴ e as orientações nutricionais individualizadas entregues àqueles/as que finalizam a primeira etapa da intervenção terapêutica. No que diz respeito à descrição alimentar, como já mencionado previamente, o/a participante preenche um formulário minucioso – e, se houver dificuldades, recebe auxílio para seu preenchimento –, perscrutando um dia de sua rotina em termos de hábitos de consumo, frequência de ingestão e quantidades.

[...] Penso em biopedagogias. O álbum seriado é um recurso sempre presente para acompanhar o componente educativo. Como essa é a terceira segunda-feira do mês, os/as participantes recebem, hoje, suas orientações individualizadas, consolidadas numa folha com frente e verso impressos. Seu conteúdo repete os *Dez passos da alimentação saudável* [estratégia ininterrupta de repetição!], tal como no álbum [aliás, foram reproduzidos a partir do álbum ministerial] e agrega sugestões específicas para cada pessoa, além de suas medidas. Governamos nosso presente para atingir longevidade ‘saudável’, num idílio que mistura imortalidade e juvenildade perene. É feita, igualmente hoje, a entrega da cartilha a cada um/uma dos/as presentes. Combinam, também, que seu próximo encontro, a partir de agora, será na reunião mensal de manutenção, para a qual todos/as já estão convidados/as. Anunciado que o mês de dezembro contará com ‘encontros especiais’ em função da época do ano: confraternizações – e as de final de ano em especial – são sublinhadas, não só pelas profissionais mas também pelos/as integrantes, como sinônimos de extravagâncias

¹⁰³ O *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável* (BRASIL, 2005) consistiu em referência teórica para o álbum seriado, mas, recentemente, foi finalizado seu processo de revisão e atualização. Entre fevereiro e maio de 2014, houve consulta pública pelo MS para comentários e sugestões à segunda edição do Guia, esse último elaborado com o apoio da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP, 2014). A nova edição de 2014 encontra-se disponível, no formato eletrônico e com livre compartilhamento gratuito, em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em 06 de janeiro de 2015.

¹⁰⁴ Cartilha e modalidade terapêutica apresentam a mesma denominação *Saúde no Prato*. O texto escrito foi produzido, entre os anos de 2010 e 2011, como material educativo de apoio às ações, documentando a trajetória de consecução da modalidade assistencial na USJL e com o propósito de contextualizar as orientações nutricionais por meio de receitas e dicas trazidas pelos participantes do grupo. A cartilha encontra-se disponível, em formato de publicação eletrônica, na página institucional: http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=outros_materiais. Acesso em 27 de novembro de 2014.

alimentares e excessos. Surge a proposta de trazer dicas e experimentos para tentar driblar as ‘tentações’ e ‘infelicidades’ desse período de festas [expressões colocadas pelos/as participantes no grupo]. Sim, seguimos disciplinando o presente em nome do futuro! [...] (DC, 18/11/2013).

Realizadas a cada mês e congregando participantes de atendimentos anteriores, as atividades dos momentos de manutenção podem contemplar oficinas de preparo de alimentos, uso de receitas culinárias impressas, tabelas de equivalência e *folders* com variados tipos de informações, entre diversos materiais e recursos biopedagógicos. Rotulagem e embalagem de produtos alimentícios, bem como documentários e outros artefatos culturais, são também, comumente, colocados em discussão coletiva. Entendo ser importante esclarecer e assegurar, uma vez mais, que minhas análises não têm qualquer intenção de criticar de forma irresponsável ou invalidar as práticas de PS/APS/ESF estudadas e, menos ainda, deixar de reconhecer que são proporcionados benefícios por elas à população. Estejam as práticas biopedagógicas relacionadas aos processos de envelhecimento, gestação ou alimentação saudáveis, a ideia é pensá-las enquanto estratégias de governamentalidade – marcadas por compreensões de gênero em maior (no caso de *Fazendo Arte e Curso de Gestantes*) ou menor (*Saúde no Prato*) intensidade e através das quais o biopoder é exercido – para que a existência de limitações possa ser reconhecida e discutida.

No tocante às ações de *Saúde no Prato*, a intenção é problematizá-las como práticas que reafirmam o contexto enunciativo da unidirecionalidade fortemente estabelecida entre modos alimentares e referenciais das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCTs)¹⁰⁵. Centralizam-se causas de adoecimento nos fatores biológicos e advogam-se mudanças comportamentais de cada sujeito na perspectiva de que essas modificações constituem ‘a chave e o caminho’ para resolver ou minimizar as doenças que se manifestam. Fatores sociais, econômicos e políticos que produzem doenças e danos à saúde, quando não obscurecidos, são secundarizados diante de argumentações científicas que apontam estilos de vida, sedentarismo, alimentos processados e estresse, entre outros, como aspectos sobre os quais todos e cada um dos sujeitos têm obrigação de intervir.

¹⁰⁵ Embora não seja uma denominação consensual, em termos mais gerais é possível dizer que DNCTs compõem um grupo de alterações nas condições de saúde caracterizadas por apresentar longo período de latência, tempo de evolução prolongado, causas não totalmente elucidadas, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito.

5.4.2 O Posicionamento Central de Questões Alimentares no Contemporâneo

Divulgadas como uma das mais importantes questões para a saúde pública contemporânea, as DCNTs têm sido avaliadas e categorizadas como principal causa de mortalidade e incapacidade prematura na maior parte dos países do continente sul-americano, incluindo o Brasil (PAHO, 2014). Em termos populacionais, os processos de adoecimento e morte apresentaram profundas modificações nas últimas seis décadas; se, até a primeira metade do século XX, eram as doenças infecciosas que mais levavam a óbito, agora, os padrões estão preponderantemente relacionados a problemas cardiovasculares, cânceres, diabetes mellitus e enfermidades respiratórias crônicas, apontados como as quatro condições crônicas não transmissíveis de maior impacto para a saúde na atualidade.

Do ponto de vista do campo da saúde pública e desde o contexto contemporâneo de economias transnacionais em que vivemos, na medida em que mudanças nos padrões de adoecimento e morte afetam a governamentalidade dos países, torna-se crucial articular, formular e implementar estratégias de intervenção no âmbito dessas sociedades. Acredito ser importante e produtivo pensar que tais estratégias de intervenção não surgem aleatoriamente, mas que são produzidas em e relacionadas a discursos binários, ilusórios e dicotômicos de bom/mau, certo/errado, vida/morte. Discursos produzidos e enunciados por vários campos de conhecimento – com destaque para o da biomedicina tecnocientífica – e nos quais caberia não apenas retardar a morte, mas, ‘preveni-la’:

O sonho de ser eternamente jovem, com energia plena, penetra todos os grupos sociais, faixas etárias e gêneros. Para atingir esse objetivo, a mensagem é de que as pessoas deveriam exercitar estreito controle e vigilância sobre os riscos que poderiam ameaçar suas vidas. Mais do que isso, as mensagens sobre saúde-doença-cuidado são apresentadas como mandatos sociais/morais, significando que, se os indivíduos não estão ativamente controlando sua saúde, os resultados de seus comportamentos são um grande custo para a sociedade. Isso vai além da utilização de intervenções médicas específicas para recuperar a saúde afetada por doenças ou agravos; supõe a biomedicalização da promoção da saúde e prevenção, o que requer a internalização do mandato social de ser saudável e das práticas de vigilância em nível individual (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011 p.8-9) [tradução minha].

Ao veicular “a inserção do tema das DCNTs como fundamental para o alcance das metas dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**¹⁰⁶, em especial aquelas relativas à

¹⁰⁶ Em 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, a ONU estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM –, que deveriam ser atingidos pelos países signatários até 2015. São eles:

- 1) redução da pobreza;
- 2) atingir o ensino básico universal;
- 3) igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres;

redução da pobreza e desigualdade” (BRASIL, 2011c), as práticas do MS sinalizam sua consonância a verdades científicas que, apresentadas por grupos de especialistas, têm sido veiculadas por organismos internacionais como a ONU e OPAS para adoção em todo o mundo (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011). A afirmativa ministerial citada anteriormente consta no documento *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022* (BRASIL, 2011c), parte integrante da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS (BRASIL, 2014e). De modo semelhante ao discutido por Lucas Pereira de Melo (2013), em análise a respeito do discurso oficial sobre educação em saúde para diabéticos no Brasil, assumo que o enfoque central atribuído ao sujeito autônomo/individual e a ênfase no enunciado ‘estilo de vida’ parecem estar sendo levados ao extremo no contexto brasileiro da transição epidemiológica.

É interessante observar que, posicionada como um dos principais fatores de risco para as DCNTs, a alimentação está diretamente relacionada a cinco dentre as onze metas enunciadas pelo documento em questão. O texto ministerial explicita com clareza suas intenções: reduzir as prevalências de obesidade em crianças e adolescentes, deter o crescimento da obesidade em adultos, aumentar o consumo de frutas e hortaliças e diminuir o consumo médio de sal. Para corroborar minha afirmação sobre a centralidade das questões alimentares, destaco dois lançamentos oficiais, recentes e vinculados ao plano: a revisão da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (PNaPS) e a nova edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira* (BRASIL, 2014f), ocorridos em final de outubro e início de novembro de 2014, respectivamente. Faço o destaque por compreender que as atualizações desses documentos não constituem fatos discursivos isolados e que PNaPS (BRASIL, 2014e) e Guia Alimentar (BRASIL, 2014f) têm atuado como importantes estratégias biopedagógicas em escala nacional para conformar, cotidianamente, tanto as práticas de saúde efetivadas quanto os sujeitos que delas participam.

Volto ao contexto de investigação na USJL, desde a perspectiva dessas articulações entre as biopolíticas PS/APS/ESF, e entendo que o desdobramento dos objetivos do plano brasileiro referente às DCNT se faz viabilizado por meio de práticas biopedagógicas como as observadas em *Saúde no Prato*. Práticas que, materializando o desenvolvimento e a

-
- 4) reduzir a mortalidade na infância;
 - 5) melhorar a saúde materna;
 - 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;
 - 7) garantir a sustentabilidade ambiental;
 - 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (PNUD, 2014).

implementação de suas ações, simultaneamente ensinam, manejam, previnem, controlam não só as próprias doenças, mas também o que se considera fator de risco, além de conformar subjetividades. Isso equivale a pensá-las como tecnologias de governo (MILLER; ROSE, 2012, p.82), configurando formas de vigilância, monitoramento, observação e medição – centrais ao poder disciplinar – que, ao mesmo tempo, produzem compreensões sobre os corpos no tempo e no espaço e delas se utilizam para regulá-los (LUPTON, 1999).

Vivendo um presente em que todos/as nós somos, por assim dizer, chamados/as à reorientação de processos cognitivos e de valores, é preciso escrutinar imperfeições, hábitos e atitudes não saudáveis na compreensão de que não somente ‘temos condições’ mas também ‘temos o dever’ de modificá-los. Toda e qualquer possibilidade de controle do processo de envelhecimento e adoecimento dos corpos é rapidamente transformada em novas obrigações e prescrições profissionais. Abaixo, alguns excertos do diário de campo trazem a narrativa dessas observações em meio às atividades de um dos encontros de manutenção do grupo:

[...] Segunda-feira pela manhã. Enquanto aguardamos o início, as conversas informais versam sobre as novidades que apareceram na edição de ontem do programa *Fantástico*, no quadro semanal para quem deseja se inspirar em artistas famosos e perder peso. Saio discretamente da sala de grupos e me dirijo para enfermagem, onde o pessoal de hoje está sendo pesado [...].

[...] O silêncio atravessa esses momentos de aferição das medidas. Sim, o controle e a vigilância onipresentes iniciam, marcam e dão o tom ao encontro: todas e todos os participantes têm de subir na balança e colocar fita métrica na cintura ao chegarem [...].

[...] A proposta para hoje é que se converse sobre medicações e alimentos – melhor dizendo, interações medicamentosas e alimentos. O formato se mantém o habitual. Estamos dispostos/as em forma de U, sentados/as em ‘cadeiras longarinas’ e o recurso do *data-show* com *notebook* já está organizado para apresentar *slides* ao grupo. Reproduzimos, na maior parte das vezes, as estratégias educativas que têm nos constituído [...].

[...] Penso sobre as formas de lidar com o envelhecimento, adoecimento e morte. Essa é uma preocupação recorrente em vários encontros. *U.* nos conta que seu ‘*ponto fraco*’ é, em suas palavras, o ‘*esqueleto*’ e a participante que está ao seu lado lhe sugere integrar um grupo de ginástica. As dores são agudas e, às vezes, mesmo relutando, *U.* tem de recorrer a analgésicos. Observo que ele nos repete que seu problema não é alimentação. Enquanto isso, *Z.* destaca as propriedades do suco de couve (assistiu à reportagem numa programação televisiva) e todos os demais ouvem com atenção sua descrição de preparo e dos benefícios que a bebida propiciaria. Surge a fatídica pergunta: – *Couve engorda? Deu até na TV.* Ao que responde uma das estagiárias: – *Tudo engorda. Mas pouco, dependendo da quantidade!* [...]

[...] Começa a apresentação. Interação droga-nutrição. O *slide* de abertura está formatado à semelhança de uma caixa de Ritalina¹⁰⁷: branco, azul-pálido e tarja preta. Será coincidência? Segue a lista: Ácido Acetilsalicílico – orientações e seus efeitos adversos. Amitriptilina e antidepressivos. Percebo o balançar das cabeças em concordância às informações: olhos atentos à projeção. Anti-hipertensivos. Uma das participantes questiona sobre seus sintomas, tentando esclarecer se as variações glicêmicas que lhe ocorrem são devidas à medicação anti-hipertensiva. A resposta imediata é uma fala com reforço para que sigam seu automonitoramento alimentar e, sim, consultem o médico. Corticosteróides e diuréticos são apresentados: – *É importante seguir a*

¹⁰⁷ Nome comercial do fármaco cloridrato de metilfenidato, produzido pelo laboratório Novartis, e prescrito para manejo de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

prescrição médica! – retoma uma das estagiárias. O espaço que propicia o diálogo também é o espaço que abre questionamentos individuais. A necessidade de cada pessoa em ser ouvida é visível. Seguimos: Hipoglicemiantes. Anti-inflamatórios. Analgésicos. Ibuprofeno. Após os *slides*, no tempo restante até o término (mais 10 minutos), surgem perguntas e respostas: – *O ideal é trabalhar com prevenção, mas, às vezes, a medicação é necessária.* [Penso comigo mesma: São os mantras!] – *O médico tem que prescrever. O médico tem que suspender.* É preciso falar e repetir sempre sobre a prescrição médica [...] (DC, 14/10/2013).

A decisão entre ser magro ou ser gordo pode ser propalada como decisão subjetiva e individual, mas seus resultados afetam políticas públicas e seus serviços, os quais buscam incentivar escolhas entendidas como ‘corretas’, na medida em que as condições de saúde das populações impactam a vida de toda a sociedade. Há consequências e demandas por ampliação de gastos públicos decorrentes dessas condições, e que resultam em novas intervenções para que se compreendam problemas de saúde no corolário de que eles são (más) condutas da população que demandam ser (bem) administradas, regradas e normalizadas. No registro de campo acima, os olhos atentos e o balançar de cabeças, observados durante diálogos no grupo, sugeriram-me considerar que as intervenções prescritivas interpelam os participantes não porque estejam sendo impostas, mas porque são persuasivas e estabelecem, em alguma medida, interesses comuns entre quem educa e quem é educado.

Hábitos nutricionais pautados pelas orientações de ‘alimentação saudável’ integram práticas das quais devemos lançar mão para nos constituirmos como sujeitos que têm cuidados adequados com seus corpos, que gostam de si mesmos, que se cuidam e estão, invariavelmente, atentos (CAMARGO, 2008). A ininterrupta procura por práticas e orientações para ‘alimentação saudável’ está direcionada à obtenção de uma aparência corporal padronizada, a qual associa felicidade, longevidade, sucesso no campo das relações sociais/econômicas e magreza – desejos e crenças que foram expressos pelos sujeitos do grupo em todos os encontros observados. Para atingir boa saúde parece ser necessário – indispensável, até – possuir forma física que evidencie quanto estamos seguindo as orientações e prescrições ‘saudáveis’. Nessa configuração, a saúde se conforma como valor absoluto e se torna parâmetro para juízos de condutas e fenômenos sociais.

Políticas públicas e enunciados mercadológicos diversos (para que sigamos consumindo uma miríade infindável e diariamente renovada dos mais diferentes produtos) intervêm sobre todos nós, mas decisões individuais, assentadas em nosso caráter, força de vontade, preguiça, indolência e capacidade/incapacidade de ‘resistir a comidas tentadoras e repletas de gordura’ também se propõem a dizer ‘a verdade’ dos sujeitos que conseguimos ser. Uma ‘verdade’ em que aptidões pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas devem ser

utilizadas para viabilizar que as pessoas controlem e dirijam suas vidas, desenvolvendo capacidades de convívio e produção de mudanças em seu entorno, num processo referido por Castiel e Alvarez-Dardet Diaz (2007) como competência consumidora. O desabafo de **A. L.** e o consolo trazido pela integrante sentada ao seu lado dimensionaram a produção cotidiana dessas competências consumidoras, envolvendo culpa, empatia e dificuldades de resistência às ‘tentações alimentares’, mas invariavelmente presentes entre os/as participantes do grupo:

[...] As conversas rolam: – *Por isso é que é bom a academia! Minhas pernas são bem mais finas que meus braços; fazer em casa é difícil! Faz nos primeiros dias, depois...* – essa é a fala de **A. L.**, uma das participantes de longa data, mais de três anos. Em seguida, ela completa: – *Quando eu estava magra, eu estava com 56 kg. Aí, afrouxei as rédeas e fui para 59 kg! Fazer o quê?* – Para consolá-la no seu incômodo e culpa, perceptíveis no tom de voz, a outra integrante lhe diz: – *O apelo é muito grande!* [...] (DC, 28/10/2013).

Ao mesmo tempo que os sujeitos e grupos sociais estudados constituíram focos de práticas universalizantes e parcialmente distributivas de saúde pública (acesso a profissionais de saúde, exames, medicamentos, ações educativas), também foram capazes de ressignificar valores e sentidos enunciados nessas práticas. Assim como identifiquei formas de resistência entre *arteiras* e gestantes, a adesão dos/as participantes de *Saúde no Prato* aos regimes biopolíticos da PS/APS/ESF não se estabeleceu sem traços de fraturas. A diminuição expressiva de integrantes a partir do primeiro encontro – sujeitos que abandonam a modalidade sem completá-la – poderia ser entendida como um desses traços, do mesmo modo que o silêncio na sala acompanhado em algumas ocasiões. Talvez seja algo interessante para pensar: ao mesmo tempo que existe uma vigilância e um controle enormes sobre o corpo e a saúde, também existe uma resistência muito forte com relação a isso. A questão da dificuldade de aceitar o uso de medicamentos, mesmo que obedecendo às prescrições médicas, também pode ser entendida como uma quebra na articulação discursiva:

[...] A resistência em tomar remédios: – *Eu não confio nos remédios! Eu só tomo por obediência! O médico receitou, ele sabe, então, tem que tomar!* – essa foi a fala de **M. C.**[...] (DC, 28/10/2013).

No caso das pessoas 'gordas': ainda que com toda a obsessão existente em relação ao controle de peso, é difícil alguém estar 'na média', no peso ideal. Todos lutando por um ideal que, no fim das contas, parece não existir. Não obstante, o conjunto discursivo se mantém centrado nos corpos e na regulação de formas pelas quais, no interior de arranjos de tempo e espaço específicos, é buscada a ‘conscientização’ dos sujeitos de tal maneira que eles se

tornem mais autorregulados e produtivos, seja a serviço de seus interesses individuais, seja daqueles referendados pela sociedade.

Entre todas as modalidades observadas na fase intensiva de campo, *Saúde no Prato* pode ser considerada como aquela em que a lógica prescritiva, normativa e terapêutica operou com maior intensidade. O comportamento para uma nutrição ‘saudável’ – apresentado como norma e recurso terapêutico indiscutivelmente eficiente para hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos – tornou desviantes vários hábitos alimentares. Transformados em transgressões, os desvios podem gerar culpa em quem não incorpora a norma ou deseja viver de modo minimamente distinto do preconizado. Capturei um exemplo singelo desse pensamento na imagem do desenho proposto pelo álbum seriado para a presença de um saleiro junto a um prato de salada com folhas verdes: havia um ‘X’ de cor vermelha sobre a figura que representava o frasco de tempero e a orientação explícita para que fosse retirado da mesa de refeições. Acompanhei, também, por diversas vezes, semblantes preocupados, tentando se justificar e buscar alívio para o mal-estar e a culpa sentidos no exame de seus próprios hábitos alimentares diários. O diário de campo menciona uma dessas cenas:

[...] Seguimos com ‘os passos’. Estamos ‘no terço final do caminho’ e a discussão retoma a rotulagem dos alimentos. As perguntas brotam em profusão. Há sempre a expectativa de que surjam uma ou várias respostas redentoras dos pecados cometidos na alimentação nossa de cada dia: seja a pequeníssima porção de caldo concentrado para o cozimento de certos pratos, seja o consumo de macarrão instantâneo sem o tempero que o acompanha (uma tentativa de diminuir o consumo excessivo de sal). Os rostos dos/as participantes aguardam com ansiedade a confirmação de que suas decisões e escolhas não estejam ‘tão erradas’ [...] (DC, 18/11/2013).

Nesse sentido, é possível afirmar, com Gastaldo (1997), que nossas práticas educativas se mostram como experiências de sermos governados/as por outros/as e, simultaneamente, ser instados/as ao autogoverno e autodisciplina. Em outras palavras, são estratégias biopolíticas que articulam poder sobre a vida de populações, calculando parâmetros biológicos e arbitrando padrões para o agenciamento de transformações nas condutas. Estratégias com as quais se responsabilizam, com frequência, aqueles/as que não sabem, não querem ou sequer conseguem (e, nesse último caso, o pressuposto é que suas famílias o façam em seu nome) se pautar pela ideia do sujeito autônomo, em que:

[...] os indivíduos seriam capazes de eleger o que seria mais adequado para suas necessidades e demandas em função de sua capacidade de atuar efetivamente, uma vez conscientes de suas ações como agentes de consumo em um mercado que oferece múltiplas opções aos consumidores (CASTIEL; FERREIRA; MORAES, 2014, p.1524).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS (À GUIZA DE CONCLUSÃO)

[...] não há nada que impeça que um profissional pesquise uma realidade e, ao mesmo tempo, preste serviço aos envolvidos nela (esse seria o profissional ideal) [...] (BAQUERO, 2009, p.45).

A finalização deste texto se faz acompanhada por sentimentos. Efeito e resultado de um processo não simplesmente longo, mas, sobretudo, denso, torna-se difícil, agora, separar-me da escrita. Percebo, em mim, uma mescla simultânea da alegria por tê-lo produzido e a tristeza da separação, ainda que esta última se faça necessária para que eu possa prosseguir. Como bem aprendi, anos atrás, com afetivas colocações de Alba Zaluar (2000), ao sair desta jornada, já não sou a mesma, nem aos olhos daqueles que comigo convivem, nem mesmo aos meus.

Dentre as reflexões que estabeleci ao longo do percurso, uma das mais candentes é a noção de que produzir um estudo de doutorado comporta significados e implicações de ordens diversas. Em minha compreensão, e desde as perspectivas teóricas com que referenciei essa pesquisa, não teria sido possível realizar o estudo (em seu conjunto), nas suas aproximações, descrições e análises, sem ter vivido, de forma intensa, a minha posição de ‘nativa-investigadora’. Nossa produção como sujeitos é um processo permanente, não finalizado e, na maior parte das vezes, sutil, especialmente alavancado pelas práticas diárias – aparentemente singelas – que nos conformam.

Muito embora sustentada no pensamento de que poderia pesquisar uma realidade que me constitui e é por mim constituída e, ao mesmo tempo, seguir com minha prática profissional, experienciei momentos de ansiedade e dúvidas frente ao que eu havia proposto e assumido após a qualificação do projeto. Foram situações na quais questioneei a mim mesma se não teria sido, eventualmente, menos ‘inquietante’ escolher produzir observações de campo em outro espaço de APS/ESF. Longe de pretender atingir (e, menos ainda, de arrogar-me) a noção de profissional ideal mencionada por Baquero (2009), minha aposta de permanecer na USJL havia sido orientada pelo desejo genuíno de olhar e tensionar um mosaico de práticas que também tenho constituído e que me constituem desde há muito. Talvez, nutrida por essa história pessoal, que é política (OKIN, 2008), segui em frente, no entanto.

Na confluência de tal conjunto de interrogações e (res)significações, busquei descrever, analisar e problematizar articulações entre dois eixos temáticos que estruturam o campo da Saúde Pública no Brasil contemporâneo – Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família –, os quais se entrecruzam, cotidianamente, em ações educativas e assistenciais da APS/ESF direcionadas, desde uma perspectiva de gênero, a determinados segmentos populacionais.

Conceitualmente, esta tese não se postula como um estudo de gênero, mas enquanto pesquisa que, congregando aportes dos Estudos Culturais, dos Estudos Feministas e de Saúde Pública, fundamenta suas reflexões nas ideias de que a luta pela (res)significação de práticas se produz na esfera cultural e que gênero é marcador de todas as relações sociais. Em conjunto à noção de governamentalidade, esses pressupostos orientaram de forma central as discussões.

Tomei o entendimento de que produções discursivas sociais – e, nesse sentido, culturais, históricas e políticas – instituem os gêneros em relações diferentes e desiguais entre homens e mulheres, o que não significou desconsiderar a materialidade biológica de seus corpos sexuados, os quais, igualmente, precisam ser compreendidos nas condições de acesso aos recursos materiais das sociedades.

Como fio central das articulações estudadas, a partir de referenciais trazidos por Michel Foucault e vertentes teóricas em aproximações à sua proposta analítica, argumento que atividades de educação e saúde compõem um conjunto de elementos, os quais possibilitam exercer poder sobre a vida das populações: governamentalidade de nosso presente. Em outras palavras, práticas educativas, assistenciais e de promoção de saúde integram uma linha de força que, em todo o Ocidente e desde há muito, tem conduzido nossas condutas (FOUCAULT, 2008) e, ao mesmo tempo, disputado significados, legitimando ou não alguns sentidos e formas de produção para a vida de indivíduos e coletivos.

Dirigido à multiplicidade de sujeitos em seus processos de existência – nascimento, crescimento, reprodução, adoecimento, envelhecimento e morte são alguns deles –, o exercício das especificidades desse poder sobre populações, que é nomeado nas teorizações foucaultianas como biopoder, tem sua expressão na forma de biopolíticas: estratégias que, pela coordenação de cuidados e intervenções nos corpos, regulam a vida social. Tornam-se formulações políticas datadas que configuram e são configuradas como instâncias generificadas, pedagógicas e sociais para ensinar, ordenar e regradar a governamentalidade da vida de populações. Formulações que, para melhor governar, conformam posicionamentos de ‘mulheres saudáveis’ e ‘família saudável’ a partir das vozes de especialistas;

majoritariamente, seus enunciados implicam noções de ciclo de vida biológico (gravidez, puerpério e envelhecimento), nas quais gênero pode ser tomado como operador de hierarquia e desigualdade, atribuindo responsabilidades centrais a (e controles sobre) mulheres. Por outro lado, importa salientar que a incorporação de ‘atribuições e responsabilidades’ – para que se produzam sujeitos autônomos, (eficientes) gestores/as de si e de suas famílias – não ocorre num vazio social, mas acontece com a participação e adesão daqueles/as envolvidos/as. Sujeitos que (re)inventam significados e sentidos para enunciados de práticas discursivas instituídas, por sua vez, em permanentes processos de (re)organização.

Colocando em análise alguns aspectos das biopolíticas contemporâneas APS/ESF e PS – em sua consecução num determinado espaço/território urbano de uma instituição pública estatal de referência nesse campo –, discuti práticas (e seus efeitos) que articulam educação e promoção da saúde, as quais investem, sobremaneira, na produção idealizada e normalizadora de determinada subjetividade: aquela que se pretende ‘autônoma’ e ‘saudável’. Na constituição desse sujeito ideal – autodisciplinado, autogovernável e capaz de regular, permanentemente, a si mesmo para atingir objetivos de uma vida mais longa, ativa e sem perda de capacidades –, observei que saúde se conforma como valor absoluto e se torna parâmetro para juízos de condutas e fenômenos sociais.

Apoiada em teorizações desenvolvidas por Wright, Harwood e Walkerdine (2009), relacionando biopoder e a noção de pedagogia como caminho na compreensão dos corpos enquanto espaço político, argumentei que a governamentalidade das atividades educativas observadas em campo se faz operada por práticas biopedagógicas dirigidas, sim, às famílias; essas atividades, no entanto, reiteradamente posicionam as mulheres como principais responsáveis na formação de ‘cidadãos/cidadãs saudáveis’; configuram práticas que, num entendimento ampliado das noções que conjugam, podem ser relacionadas como biopedagogias de gênero.

Nesse sentido, é importante retomar que o termo “biopedagogias” tem sido utilizado para referir práticas que ensinam, normalizam, regulam, afetam e modulam formas de experienciar a vida contemporânea tanto em nível individual quanto populacional, independentemente de serem realizadas no âmbito escolar. São práticas culturais que, para além da transmissão de conhecimentos sobre como viver ‘mais’ e ‘melhor’, produzem saberes e posicionam sujeitos em suas corporeidades. Veiculam-se, por seu intermédio, discursos que conformam a imprescindibilidade de sermos ativos/as e responsáveis, de sorte a não nos tornarmos uma carga para o sistema de saúde. Assumidas como discursos ‘verdadeiros’,

propõem-se a ensinar formas de uso e aprimoramento de aptidões pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas no controle e regulação de condutas.

Para compor o *corpus* da pesquisa, aventurei-me, como *bricoleuse*, num percurso de inspirações etnográficas; metodologicamente, procurei costurar observação participante, anotações escritas e elementos fotográficos, valendo-me do instrumento diário de campo eletrônico para registrá-los. O uso dessas técnicas me permitiu mapear alguns efeitos materiais de articulações existentes entre as duas biopolíticas públicas pesquisadas, especialmente, onde elas se efetivam todos os dias – na ponta da rede de serviços. Inspirada em estratégias metodológicas etnográficas, priorizei um olhar que ultrapassasse as fronteiras da mera descrição de práticas, que se dispusesse a pensar sobre um momento histórico do cotidiano e da vivência de sujeitos envolvidos diretamente em ações de educação e promoção de saúde num contexto específico.

Produzidos ao longo de vários meses, os registros efetuados tornaram-se parceiros inseparáveis para promover diálogos e reflexões que intencionei estabelecer, a partir desses encontros, com e sobre sujeitos das articulações PS/APS/ESF em sua dimensão territorializada. No desenvolvimento das análises e nas interrogações frente aos materiais produzidos no período de campo, realizei aproximações às teorizações de Foucault, apoiando-me em vertentes dos Estudos Culturais, dos Estudos de Gênero e de Saúde Pública.

A analítica empreendida possibilitou discutir que articulações entre as práticas discursivas acompanhadas em campo (re)afirmam, de forma diária, as responsabilidades das famílias e interpelam, muito especialmente, suas mulheres quanto ao gerenciamento para atingir uma vida (mais) saudável e (mais) longa. Cabe, a cada um/a daqueles/as comprometidos/as com o imperativo da saúde e suas promessas, construir e narrar a si próprio/a como sujeito que se alimenta de modo saudável, maneja ativamente seu envelhecimento e/ou configura a norma de maternidade ‘idealizada e zelosa’ desde a perspectiva dos serviços – práticas mencionadas para exemplificar tal expectativa de comprometimento tão somente porque constituem motes característicos dos grupos observados.

Ainda que políticas públicas e enunciados mercadológicos diversos (para que sigamos consumindo uma miríade infindável e diariamente renovada dos mais diferentes produtos) envolvam todos/as nós, seus discursos não o fazem sem tensões e fraturas, na medida em que alguns sujeitos podem se recusar a ter seus corpos regulados por intervenções assistenciais e educativas. Acompanhei práticas que, para além de resistência, parecem ter conjugado criatividade e reinvenção de sentidos às propostas de promoção de vida saudável reiteradas,

centralmente, por múltiplas instâncias, as quais abarcam, por certo, serviços de saúde, mas a eles não se limitam.

As práticas articuladas entre PS/APS/ESF podem ser entendidas como biopedagogias pelas quais se exerce biopoder, o que não implica assumir um posicionamento que negue ou desconheça a positividade de seus efeitos para a vida das populações; efetivamente, hoje, vivemos com maior longevidade, há menores taxas de mortalidade infantil e a modificação de hábitos alimentares, entre outros aspectos, por exemplo, pode trazer benefícios a quem os deseje incorporar. Minhas argumentações tampouco postulam que, enquanto tecnologias do biopoder, práticas biopedagógicas sejam totalizantes, sem espaços de criação e resistência por parte daqueles/as que as constituem. Entre os efeitos dessas práticas complexas, percebi que, em sua criatividade, sujeitos podem resistir a – e, simultaneamente, (re) produzir/reconfigurar – distintas formas de vigilância e regulação da vida.

As reflexões elaboradas ao longo da pesquisa procuraram, antes, distanciar-se de análises que categorizassem ações como certas ou erradas, adequadas ou inadequadas. Desde a posição de alguém que se propôs a confeccionar uma colcha, tomando, por inspiração, ferramentas teórico-metodológicas (que não compõem seu ofício de origem) e materiais empíricos, importa destacar que meu estudo, localizado e contingente, procurou problematizar práticas naturalizadas, não para ‘confrontar certezas’ e ‘construir verdades’, mas para discuti-las e movimentá-las, com alguns instrumentos conceituais e pela abordagem metodológica usados, em outras direções e sentidos.

Entre limites e possibilidades, sem me eximir do enfrentamento de efeitos decorrentes da escolha de pesquisar acerca de articulações discursivas instituídas e constituídas em racionalidades, espaços e tempos de uma instituição pública de atenção e ensino em saúde, as tensões vivenciadas foram, antes, tomadas como parte do processo investigativo. Igualmente longe de pretensões que reduzam ou desconsiderem a importância de marcos regulamentadores das atividades de pesquisas envolvendo seres humanos, ponho em questão que o exercício ético mais relevante (e exigente) desse processo de pesquisa consistiu na busca por elaborar uma visibilidade respeitosa às informações e narrativas de vida dos sujeitos acompanhados em campo.

Apostei no convite de olhar um cotidiano singular (sem esquecer que eu o constituo e que ele me constitui), para entendê-lo desde perspectivas que proporcionassem e instigassem não o desânimo, culpabilizações ou maiores responsabilizações – tão frequentes nos serviços públicos de saúde –, mas discussões aprofundadas sobre outros caminhos. Apresentei trilhas que não se propõem a assinalar soluções para melhor ensinar as populações a como bem

conduzir suas condutas, mas que possibilitam (re)pensar e (re)articular práticas políticas, interrogando essas últimas e questionando-nos sobre o que parece inevitavelmente inscrito na natureza, no desejo de mostrar que não há o ‘inevitável’. Nas palavras de Beatriz Sarlo (2013, p.19): “[...] o que está dado é a condição de uma ação futura, e não seu limite”. Especialmente, porque estabelecer diálogos e interlocuções não implica inexistência de críticas.

Resta dizer que o tema não se esgota aqui. Em meu estudo, procurei narrar articulações entre biopolíticas contemporâneas, alguns de seus efeitos e deslocamentos, analisando cenários aparentemente triviais de um ambiente que, embora familiar, ousei estranhar. Em meio a tensões e estranhamentos, reconheço a importância de prosseguir com reflexões que discutam e analisem em que medida práticas biopedagógicas, conformadas pelos discursos da Saúde Pública, tornam-se efetivamente operativas no dia-a-dia de sujeitos usuários da APS/ESF. Essa afirmativa equivale justamente a sustentar um posicionamento que aposta na produtividade de desdobrar e redimensionar os limites das análises já realizadas, percorrendo e debruçando-se sobre diferentes experiências cotidianas de seus sujeitos em outros espaços do território, para além da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina.

Não encerro esse momento pensando-os como cenas passadas. Pergunto-me por que meios podem ser diferentes e, para mim, esta permanece uma questão muito relevante. Na provisoriedade dos tempos, arremato meu texto com a poesia de uma canção de Milton Nascimento e Fernando Brandt, a qual, ao falar de sonhos, encontros, escritos, produções e saberes, evoca a beleza dos tantos movimentos que articulam a vida, sem deixar de abrir espaço ao que está à frente:

O que foi feito amigo
De tudo que a gente sonhou
O que foi feito da vida
O que foi feito do amor
Quisera encontrar
Aquele verso menino
Que escrevi há tantos anos atrás
Falo assim sem saudade
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito
Mais vale o que será
O que foi feito
É preciso conhecer
Para melhor prosseguir
Falo assim sem tristeza
Falo por acreditar

Que é cobrando o que fomos
Que nós iremos crescer
Outros outubros virão
Outras manhãs plenas de sol e de luz [...]

O que foi feito devera / O que foi feito de Vera
Milton Nascimento e Fernando Brandt - Clube
da Esquina 2

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Luiz Fernando Calage. **A arte de envelhecer ativamente**: articulações entre corpo, gênero e sexualidade. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 163f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

ALVES, Andréa Moraes. Fazendo antropologia no baile: uma discussão sobre observação participante. In: VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina. **Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro. Zahar, 2003, p.174-189. Disponível em http://www.portaldapesquisa.com.br/databases/sites?action=bookpage&publisher=zahar&db=zahar180&book_id=85-7110-719-X&chapter=100000&page=0003&pagesize=normal. Acesso em 18 maio 2014.

ARÁN, Márcia; PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.849-57, 2007.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

BAJOTTO, Alethéa Peters *et al.* Perfil do paciente idoso atendido por um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, RS. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**. Porto Alegre, v.32, n.3, p.311-317, 2012.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado**. Brasília, v.29, n.2, Ago. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922014000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>.

BAQUERO, Marcello. **A pesquisa quantitativa nas Ciências Sociais**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

BARBIANI, Rosangela *et al.* Metamorphoses of the social medicalization and its impacts on the Brazilian family. **Physis**. Rio de Janeiro, v.24, n.2, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000200567&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 out. 2014.

BARCELLOS, Claudete; PANZENHAGEN, Helio. Davi Canabarro pede fim do impasse com a SMAM. **Imprensa Câmara Municipal de Porto Alegre**. Porto Alegre. 28.05.2013. Disponível em http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?reg=19422&p_secao=56&di=2013-05-28>. Acesso em 17 mai. 2014.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. A velhice na pesquisa antropológica. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. Recurso digital.

BESSEN, Candice Boppré *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.27-53, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 2014j. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf. Acesso em 17 de Dez. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Orientações sobre ostomias**. 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ostomias.pdf>. Acesso em: 27 de Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf. Acesso em 02 nov. 2012.

_____. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006**. 2006b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 28 de Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Obesidade** – Caderno de Atenção Básica n.12. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 09, de 08 de março de 2007**. 2007. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12091-recomenda-no-9>. Acesso em 28 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de a a z: garantindo saúde nos municípios**. 3.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2009b.

_____. **Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011**. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12462.htm#art48. Acesso em 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. 2011b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 08 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2011c. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plan+o+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+\(DCNT\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plan+o+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+(DCNT).pdf?MOD=AJPERES). Acesso em 15 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. 2012a.

_____. **Portal Brasil**. 2012b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/secoes/mulher/desigualdade-de-generos/plano-nacional-de-politicas-publicas>. Acesso em 10 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. 2012c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em 01 mar. 2014.

_____. Presidência da República. Controladoria Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. **Relatório de Auditoria Anual de Contas**. 2012. 2012d. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/relatorios/ra201203775/RA201203775.pdf>. Acesso em 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV-AIDS 2013**. 2013a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf. Acesso 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 2013b.

_____. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. 2014a. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>. Acesso em 22 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de requalificação das unidades básicas de saúde**. 2014b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php. Acesso em 13 mai. 2014.

_____. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. 2014c. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/noticia.aberta.asp?idRegistro=7489>. Acesso em 09 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014**. 2014d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em 02 nov.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Ministério lança Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2014e. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-lanca-politica-nacional-de-promocao-da-saude>. Acesso em 13 de Nov. 2014.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em 15 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portal da Saúde**. 2015a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em 06 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/educacao/leia-mais-saude-na-escola-educacao>. Acesso em 24 fev. 2015.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v.23, n.2, jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000200270&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002860013>.

BURNS, John; LABONIA FILHO, Walter. Grupos de ajuda mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. In: **O Sistema Único de Assistência Social e as redes comunitárias**: módulo 7. 5.ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, Guacira Lopes. (org). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p.153-172.

CAETANO, Ana. Para uma análise sociológica da reflexividade individual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n.66, maio 2011. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087365292011000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 mar. 2014.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. Uma incursão pelo lado 'não respeitável' da pesquisa de campo. **Ciências Sociais Hoje**: Trabalho e cultura no Brasil. Recife / Brasília: ANPOCS / CNPq, 1981.

_____. A presença do autor e a pós-modernidade em antropologia. **Novos Estudos**, n.21, p.133-157, 1988.

CAMARGO, Tatiana Souza de. **Você é o que você come?** Os cuidados com a alimentação: implicações na constituição dos corpos. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica**, Lisboa, v.13, n.1, maio 2009. Disponível em

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612009000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 nov. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CANDIOTTO, Cesar. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. esp., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01021822012000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2015.

_____. Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault. **Kriterion**, Belo Horizonte, v.48, n.115, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010012X2007000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Fev. 2015.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2.ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.59-81.

CARDOSO, Livia de Rezende; PARAÍSO, Marlucy Alves. Possibilidades de uma metodologia alquimista para pesquisar em educação e em currículo. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v.11 n.01, p.270-290, abr. 2013.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: _____. **O trabalho do antropólogo**. 2.ed. São Paulo: Editora Unesp, 2000, p.17-35.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004a.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.669-678, 2004b.

_____; GASTALDO, Denise. Promoção da saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.2029-2040, 2008.

CASARIL, Carlos Casemiro; TÖWS, Ricardo Luiz; MENDES, Cesar Miranda. Arranha-céus: evolução e materialidade na urbanização mundial. **Arquitextos**, São Paulo, ano 12, n. 133.04, Vitruvius, jun. 2011. Disponível em <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/12.133/3947>. Acesso em 30 mar. 2014.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CASTIEL, Luis David; DARDET-DÍAZ, Carlos Alvarez. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. Dédalo e os Dédalos. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2.ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.83-99.

_____. Saúde, riscos e hiperprevenção. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.24, n.4, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2014.

_____. **Saúde e tecnologia**: em busca da imortalidade. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos, 2013. Disponível em <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/519245-saude-e-tecnologia-uma-tentativa-de-alcancar-a-imortalidade-entrevista-especial-com-luis-david-castiel>. Acesso em 19 nov. 2014.

_____; FERREIRA, Marcos Santos; MORAES, Danielle Ribeiro de. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, Maio 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000501523&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Nov. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu (SP), v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Construção da**

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2007, p.213-228.

_____. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CÉSAR, Maria Rita de Assis; DUARTE, André. Governo dos corpos e escola contemporânea: pedagogia do fitness. **Educação e Realidade**, v.34, n.2, p.119-134, mai./ago. 2009.

CHAZAN, Lilian Krakowski. **“Meio quilo de gente!”** - Produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2005. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

_____. 'É... Tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultra-sonografia obstétrica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, mar. 2008 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100006>

CLAM – Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. **Saúde feminina e maternidade.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 4 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publicue/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=8065&sid=7>. Acesso em 18 dez. 2014.

COLLIER, Stephen. Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da "governamentalidade". **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n.5, jul. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522011000100010>

CONILL, Eleonora Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, Sup.1, p.S7-S27, 2008.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa Maria Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos Culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, v.23, p.36-61, 2003.

COUTO, Mia. Guardar memórias, contar histórias e semear o futuro. In: **Aula Magna 2014/2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=IZtc11Bn0M0&list=UUna8_e7Ytg9WcRQg0NtkEgQ. Acesso em: 07 Set. 2014.

COUTO, Márcia Thereza *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.33, jun. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Fev. 2015.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: _____; FREITAS, Carlos Machado (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.43-57.

_____. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.701-709, 1999.

DEBERT, Guita Grin. Velhice e tecnologias do rejuvenescimento. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. Recurso eletrônico.

_____. **Café filosófico: Invenção da terceira idade**. Campinas: Instituto CPFL, 13 set. 2013. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/wp/2014/08/18/invencao-da-terceira-idade-com-guita-grin-debert-versao-tv-cultural/>. Acesso em 22 ago. 2014.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. A disciplina e a prática da pesquisa da pesquisa qualitativa. In: **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.15-41.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, set. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, Debora. Ética na pesquisa em ciências humanas – novos desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, abr. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 abr. 2014.

_____; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p.Sup.78-Sup.90, Dez. 2008.

EPTC. Empresa Pública de Transporte e Circulação. http://www2.portoalegre.rs.gov.br/eptc/default.php?p_secao=154. Acesso em 04 abr. 2014.

ESCOREL, Sarah *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Pública**. Washington, v.2, n.21, p.163-176, 2007.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina. Os estudos culturais em debate. **UNIrevista**. São Leopoldo (RS), v.1, n.3, p.1-8, 2006.

EUGENIO, Fernanda. De como olhar onde não se vê – ser antropóloga e ser tia em uma escola especializada para crianças cegas. In: VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina (org.). **Pesquisas urbanas – desafios do trabalho antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p.208-221.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup.1, p.S159-S172, 2008.

FALK, João Werner. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/2>. Acesso em 06 out. 2012.

FARIAS, Patrícia. Corpo e classificação de cor numa praia carioca. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2007, p.263-302.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 jun. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.

FISCHER, Michael. **Futuros antropológicos**: redefinindo a cultura na era tecnológica. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n.114, p.197-223, 2001.

_____. Docência, cinema e televisão: questões sobre formação ética e estética. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, v.14, n.40, p.93-102, 2009.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n.10, p.58-78, abr.1999.

_____. **Família, fofoca e honra**: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2.ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004a.

_____. A certeza que pariu a dúvida. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n.12, v.2, p 13-34, mai-ago, 2004b.

_____. Classe e a recusa etnográfica. In: BRITES, Jurema; FONSECA, Claudia (org.). **Etnografias da participação**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006, p.13-34.

_____. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia “em casa”. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p.205-227.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A ordem do discurso**. 19.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009a.

_____. **A arqueologia do saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009b.

_____. **O governo de si e dos outros**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Coleção Ditos & Escritos II. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 175f. Tese (doutorado): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação.

FRANCO, Túlio Batista. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. Campinas, 1999. 207f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

_____; MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acesso em 08 nov. 2012.

FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, sup.2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000500008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500008>.

FUNDATEC Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências. **Edital de Abertura – Processo Seletivo Público 22/2013**. Disponível em: http://publicacoes.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital_56477088b70a.pdf. Acesso em 29 mar. 2014.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saude soc.**, São Paulo, v.21, n.4, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

[12902012000400002&lng=en&nrm=iso](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400002). Acesso em 04 out. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400002>.

GARBIN, Elizabeth; CAMOZZATO, Viviane. Corpos gordos no Orkut. In: COUTO, Edvaldo; ROCHA, Telma Brito (org.) **A vida no Orkut: narrativas e aprendizagens nas redes sociais**. Salvador: Editora da UFBA, 2010, p.189-210.

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a Educação através do conceito de biopoder. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.22, n.1, p.147-167, 1997.

_____. Pesquisador/a desconstruído/a e influente? Desafios da articulação teoria-metodologia nos estudos pós-críticos. In: MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves (org.) **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p.63-86.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 6.ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

GIUMBELLI, Emerson. Para além do "trabalho de campo": reflexões supostamente malinowskianas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.17, n.48, p.91-107, fev. 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092002000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2014.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200037&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 dez. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200037>.

GOLDENBERG, Mirian; RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 2007, p.19-40.

_____. Corpo, envelhecimento e felicidade. **Contemporânea**. Rio de Janeiro, e.18, v.9, n.2, dez. 2011. Disponível em

<http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_18/contemporanea_n18_06_Mirian_Goldenberg.pdf>. Acesso em 04 set. 2014.

_____. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. Recurso digital.

_____. **Café filosófico: A bela velhice**. Campinas: Instituto CPFL, 13 set. 2013. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/wp/evento/cafe-filosofico-cpfl-a-bela-velhice-com-mirian-goldenberg/>. Acesso em 22 ago. 2014.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, mar. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 mai. 2014.

GONCALVES, Carla Vitola *et al.* Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, maio 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Abr. 2014.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; EGRY, Emiko Yoshikawa. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.2, abr. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342013000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 Fev. 2015.

HALL, Stuart. **A centralidade da cultura**: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. Disponível em: http://www.gpef.fe.usp.br/teses/agenda_2011_02.pdf. Acesso em 29 set. 2012.

HAMANN, Trent. Neoliberalismo, governamentalidade e ética. **Ecopolítica**. São Paulo, v.3, p.99-133, 2012.

HARWOOD, Valerie. Theorizing biopedagogies. In: WRIGHT, Jan; HARWOOD, Valerie (org.). **Biopolitics and the 'obesity epidemic'**: governing the bodies. Nova Iorque: Routledge, 2009, p.15-32.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.40-61, 1993.

IRIART, Célia; FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Globalization and Health**, v.7, n.2, 2011. Academic OneFile. Disponível em: <http://go.galegroup.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?id=GALE%7CA251509999&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w&asid=9581ab4f4c9fbb6c038a53595f1990ad>. Acesso em 19 nov. 2014.

JAIME, Pedro; LIMA, Ari. Uma trajetória antropológica: entrevista com Didier Fassin. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v.17, n.36, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832011000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832011000200011>.

KLEIN, Carin. **Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para “Uma Infância Melhor”**. Porto Alegre. 2010. 246 f. + Apêndices. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____; DAMICO, José. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão social. In: MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p.63-86.

_____; MEYER, Dagmar Estermann; BORGES, Zulmira Newlands. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v.43, n.150, dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742013000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742013000300009>.

KNAUTH, Daniela. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010, p.109-121.

LAZZAROTTO, Alexandre Ramos *et al.* O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1833-1840, nov./dez. 2008.

LEAL, Andréa Fachel. "**No peito e na raça**" - a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil. Porto Alegre. 2008. 557f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. Violência contra a mulher, um problema de saúde pública. **Carta Maior**. 27 de Novembro de 2009. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Violencia-contra-a-mulher-um-problema-de-saude-publica/5/15366>. Acesso em 24 de Set. 2014.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.10, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 jan. 2015.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O olhar distanciado**. Lisboa: Edições 70, 1983.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.9, p.2507-2521, 2012.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever. **Educação, Sociedade & Culturas**. Porto, n.25, p.235-245, 2007.

_____. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000.

_____. Os estudos feministas, os estudos gays e lésbicos e a teoria queer como políticas de conhecimento. **Labrys, estudos feministas, études féministes**, v.6, ago-dez 2004. Disponível em: <http://www.tanianavarroswain.com.br/labrys/labrys6/libre/guaciraa.htm>. Acesso em 15 de set. 2012.

LUPTON, Deborah. **The imperative of health**. Londres: Sage Publications, 1995.

_____. Corpos, prazeres e práticas do eu. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.25, n.2, p.15-45, 2000.

_____. **Risk**. Londres: Routledge, 1999.

MAINGUENEAU, Dominique. Que cherchent les analystes du discours? **Argumentation et analyse du discours [Em ligne]**, v.9, 2012. Disponível em: <http://aad.revues.org/1534>. Acesso em 14 de novembro de 2014.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana (org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, p.21-67.

MARTINS, Ana Paula Vosne. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 out. 2014.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELLO, Guilherme Arantes *et al.* Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.12, n.2, p.204-213, 2009.

MELO, Ana Paula Lopes. “**Mulher Mulher**” e “**Outras Mulheres**”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. 151f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MELO, Lucas Pereira de. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v.22, n.4, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 out. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: o SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.218-219. jul./dez. 2005.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

_____. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. *Interface (Botucatu)*, v.4, n.6, fev. 2000.

_____. **Introdução à saúde pública: prática técnica e social (os sentidos das ações de saúde).** Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-18.pdf> > Acesso em 28 out. 2012.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. As mamas como constituintes da maternidade: uma história do passado? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.25, n.2, p.117-133, 2000.

_____. **Educação, saúde e re-produção de diferenças de gênero: problematizando representações de mulheres e mães em políticas sociais.** 2004. Disponível em [http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Painel/Painel/08_07_16_EDUCACA O_SAÚDE_E_RE-PRODUCAO_DE_DIFERENCAS_DE_GENERO_PROBLE.pdf](http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Painel/Painel/08_07_16_EDUCACA_O_SAÚDE_E_RE-PRODUCAO_DE_DIFERENCAS_DE_GENERO_PROBLE.pdf). Acesso em 19 ago. 2014.

_____. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.1, p.13-18, 2004.

_____. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, Niterói, v.6, n.1, p.81-104, jun./dez. 2005.

_____. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.1, fev. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jun. 2014.

_____. Gênero, sexualidade e currículo. In: **Educação para igualdade de gênero**. TV Escola Ano XVIII – Boletim 26 – Novembro de 2008. Disponível em: <http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/publicacaoelectronica.asp?ano=2008>. Acesso em 25 out. 2012.

_____. Família e inclusão social no Brasil: como funciona essa articulação? In: **Anais do IX Seminário Fazendo Gênero: diásporas, diversidades, deslocamentos**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

_____. Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde. **Enfermagem em foco**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, v.2, n.1, p.18-22, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/68>>. Acesso em 19 ago. 2014.

_____. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: _____; PARAÍSO, Marluce A. (org.) **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012, p.47-62.

_____; SOARES, Rosângela de Fátima Rodrigues. Corpo, gênero e sexualidade nas práticas escolares: um início de reflexão. In: _____; _____ (org.). **Corpo, gênero e sexualidade**. 2.ed. Porto Alegre: Mediação, 2004, p.05-16.

_____; KLEIN, Carin; FERNANDES, Letícia Prezzi. Noções de família em políticas de ‘inclusão social’ no Brasil contemporâneo. **Estudos Feministas**, [S.l.], v.20, n.2, p.433, ago. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000200005>. Acesso em 25 jan. 2015.

_____; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.17, n.47, p.859-71, out./dez. 2013. Acesso em 19 ago. 2014.

_____ *et al.* ‘Mulher sem-vergonha’ e ‘traidor responsável’: problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.2, p.51-76, 2004c.

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governando o presente**. São Paulo: Paulus, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, Marko Sinésio Alves. Reconsiderando a etnografia da ciência e da tecnologia: tecnociência na prática. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.27, n.79, p.139-151, jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092012000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2014.

MORAIS. Regina Rodrigues de. **Um olhar sobre a feminização da AIDS no Brasil**. Goiânia. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Rede Centro-Oeste (UnB, UFG, UFMS).

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n.2, p.9-42, 2000.

NORMAN, Armando Henrique. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v.8, n.28, p.153-154, jul. 2013. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8%2828%29788/564>. Acesso em 17 out. 2014.

OBSERVAPOA. **Porto Alegre em análise**. Disponível em http://portoalegreemanalise.procempa.com.br/?regioes=55_9_0. Acesso em 10 jun. 2014.

OKIN, Susan Moller. Gênero, o público e o privado. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.16, n.2, ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 jan. 2015.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto *et al.* Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.25, n.e.1, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000800018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 set. 2014.

OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1309-1318, 2004.

_____. A 'nova' saúde pública... **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.3, p.423-31, 2005.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. O feminismo desconstruindo e reconstruindo o conhecimento. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.16, n.1, p.229-245, 2008.

ORTEGA, Francisco. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 59-77, 2003.

_____. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.8, n.14, fev. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 out. 2014.

PAHO/WHO. Pan American Health Organization/World Health Organization. **Renewing Primary Health Care in the Americas: a Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)**. Washington: PAHO, 2007.

_____. **Unidade técnica doenças transmissíveis e não transmissíveis**. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito&Itemid=539. Acesso em 15 nov. 2014.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009,

PEREIRA, William Cesar Castilho. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.10-19, abr. 2007.

PESSOA, Vanira Matos *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2253-2262, 2013.

PETERSEN, Alan; LUPTON, Deborah. **The new public health: health and self in the age of risk**. Londres: Sage, 1996.

PETRY, Analídia Rodolpho; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v.10, n.1, p.193-198, jan./jul. 2011.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Com a palavra o senhor presidente José Sarney**. São Paulo: Hucitec, 1989.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em <http://www.pnud.org.br/>. Acesso em 15 nov. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Urbanismo. **Anteprojeto de Lei de Limites de Bairros**. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/spm/usu_doc/e_anteprojeto_de_lei_bairros_2013.pdf. Acesso em 30 mar. 2014.

_____. **História dos bairros de Porto Alegre**. Disponível em http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/historia_dos_bairros_de_porto_alegre.pdf. Acesso em 04 mai. 2014.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & trabalho: Revista de Ciências Sociais**. João Pessoa, n.24, p.27-57, 2006.

RECHENBERG, Fernanda. “Essa é uma história de pessoas simples”: enraizamentos e deslocamentos no bairro Cristal. **Os urbanitas – Revista de Antropologia Urbana**. Ano 6, v.6, n.9. Disponível em <http://www.osurbanitas.org/osurbanitas9/Rechenberg-urbanitas-09-2009.html>. Acesso em 08 ago. 2014.

REGO, Teresa Cristina; AQUINO, Julio Groppa. O gênio libertário de Foucault. **Revista Educação**. São Paulo, Edição Especial Biblioteca do Professor, n.3, p.5, 2012.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. São Paulo. 2007. Dissertação (Mestrado), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

RIBEIRO, Fernanda Bittencourt. Dilemas da “boa hora”: pistas etnográficas sobre relações entre feminismos e “dor do parto”. In: **Anais do VIII Seminário Fazendo gênero: corpo, violência e poder**. Disponível em: < <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/st58.html> >. Acesso em 01 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social. **Fundação Gaúcha do Trabalho e Ação Social**. Disponível em: <http://www.fgtas.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=107>. Acesso em 25 mai. 2014.

RIPOLL, Daniela. **“Aprender sobre sua herança já é um começo”** – ou de como tornar-se geneticamente responsável. 2005. 311 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROCHA. Marisa Lopes da. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**. Porto Alegre, v.37, n.2, p.169-174, mai./ago. 2006.

ROSE, Nikolas. Administrando indivíduos empreendedores. In: _____. **Inventando nossos selfs**: psicologia, poder e subjetividade. Petrópolis: Vozes, 2011, p.209-233.

_____. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Editora da Universidade Estadual Paulista / Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SABAT, Ruth. Pedagogia cultural, gênero e sexualidade. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.9, n.1, p.9-21, 2001.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a teoria queer**. Tradução de Guacira Lopes Louro. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima; OLIVEIRA, Marília Tomaz de; ANDRADE, Helena Cristina Nunes de. Movimento comunitário dos clubes-de-mães em Campina Grande: recorte de gênero e democracia. **Revista Ártemis**, v.10, p.34-44, jun.2009. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/11824/6878>. Acesso em 07 ago. 2014.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011. Disponível em http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 set. 2014.

SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, set. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 nov. 2014.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil**: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986 – 2000). Porto Alegre. 2002. 281f. + Apêndices. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. Sobre o etnógrafo-turista e seus modos de ver. In: COSTA, Marisa; BUJES, Maria Isabel. **Caminhos investigativos III**: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p.9-22.

_____. Heteronormatividade e educação. In: PENALVO, Claudia; ZAGO, Luiz Felipe (org.) **Tá difícil falar sobre sexualidade na escola?** 2.ed., Porto Alegre: SOMOS, 2009, p.43-54.

_____. **Introdução às biopedagogias.** Comunicação oral. Agosto. 2013.

SARLO, Beatriz. **Cenas da vida pós-moderna.** 5.ed., Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicol. USP**, São Paulo, v.15, n.3, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642004000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 fev. 2015.

_____. "Deixarás pai e mãe": Notas sobre Lévi-Strauss e a família. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, Recife, v.16, n.1, p.31-52, 2005. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaanthropologicas/index.php/revista/article/view/48>. Acesso em 05 fev. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil.; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____, Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão.** São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

SCHWENGBER, Maria Simone Vione; MEYER, Dagmar Estermann. Discursos que (con)formam corpos grávidos: da medicina à educação física. **Cad. Pagu**, Campinas, n.36, jun. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332011000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 out. 2014.

SCLIAR, Moacir. O conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SCOMAZZON, Carlos. Marginais e traficantes ocupam prédios no Jardim Leopoldina. **Imprensa Câmara Municipal de Porto Alegre.** Porto Alegre. 24.08.2010. Disponível em http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?reg=12839&p_secao=56&di=2010-08-24. Acesso em 17 mai. 2014.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, Parry. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

SCUSSEL, Maria Conceição Barletta; SATTler, Miguel Aloysio. Cidades em (trans)formação: impacto da verticalização e densificação na qualidade do espaço residencial. **Ambient. constr.**, Porto Alegre, v.10, n.3, set. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167886212010000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 mar. 2014.

SILVA, Fabiane Ferreira da.; RIBEIRO, Paula Regina Costa. O governo dos corpos femininos entre as catadoras de lixo: (re)pensando algumas implicações da Educação em Saúde. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.16, n.2, p.557-580, 2008.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

SILVEIRA, Rosa Maria Hessel da. Textos e diferenças. **Leitura em revista**, Ijuí, v.1, n.1, p. 19-22, 2002.

_____. Discurso, escola e cultura: breve roteiro para pensar narrativas que circundam e constituem a educação. In: _____. (org.). **Cultura, poder e educação: um debate sobre estudos culturais em educação**. Canoas: Editora da ULBRA, 2005, p.197-207.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **Representações sobre corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV/AIDS**. Universidade de Brasília. 2010. 105 f. Dissertação de Mestrado. Departamento de Sociologia. Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Unesco / Ministério da Saúde, 2002.

SUSIN, Loredana; SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. Apresentação. In: SANTOS, Luís Henrique Sacchi *et al.* (org.). **Formação de professores/as em um mundo em transformação**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2014, p.10-23.

TEIXEIRA, Rosimere J. *et al.* Ovários policísticos em meninas e adolescentes normais: uma avaliação ultra-sonográfica. **Radiol Bras**, São Paulo, v.34, n.4, ago. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842001000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31 out. 2014.

TURA, Maria de Lourdes Rangel A observação do cotidiano escolar. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília Pinto de; VILELA, Rita Assis Teixeira (org.). **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011, p.183-206.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. PRÓ REITORIA DE PESQUISA. **Ministério da Saúde apresenta para consulta pública novo guia alimentar desenvolvido com apoio da FSP-USP**. Disponível em <http://www.usp.br/blogprp/?p=3136>. Acesso em 26 jun. 2014.

VARELA, Julia. O estatuto do saber pedagógico. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p.87-96.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

VASCONCELOS, Teresa Maria Sena. Onde pensas tu que vais? Etnografia como experiência transformadora. **Educação, sociedade & culturas**. Porto, n.6, p.23-46, 1996.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____; TRAVERSINI, Clarice. Por que Governamentalidade e Educação? **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.34, n.2, p.13-19, 2009.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson Oliveira (org.). **A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.36-46.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIDICH, Arthur; LYMAN, Stanford. Métodos qualitativos: sua história na Sociologia e na Antropologia. In: DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.49-90.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

WALKERDINE, Valerie. O raciocínio em tempos pós-modernos. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v.20, n.2, p.207-226, jul./dez. 1995.

_____. Biopedagogies and beyond. In: WRIGHT, Jan; HARWOOD, Valerie (org.). **Biopolitics and the 'obesity epidemic' – governing the bodies**. Nova Iorque: Routledge, 2009, p.199-207.

WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, v.15, n.32, p.157-170, jul./dez, 2009.

WELCH, Rosie; MCMAHON, Samantha; WRIGHT, Jan. The medicalisation of food pedagogies in primary schools and popular culture: a case for awakening subjugated knowledges. **Discourse: studies in the Cultural Politics of Education**, v.33, n.5, p.713-728, dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alma Ata Declaration**. Disponível em http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 06 out. 2012.

_____. **Global Conferences on Health Promotion**. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>. Acesso em 02 nov. 2012.

_____. **The 8th Global Conference on Health Promotion**. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/background/en/>. Acesso em 24 fev. 2015.

WORTMANN, Maria Lúcia Castagna. Algumas considerações sobre a articulação entre estudos culturais e educação (e sobre algumas outras mais). In: SILVEIRA, Rosa Maria Hessel da (org.). **Cultura, poder e educação: um debate sobre estudos culturais em educação**. Canoas: Editora da ULBRA, 2005, p.165-181.

ZAGO, Nadir. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília Pinto de; VILELA, Rita Amélia Teixeira (org.). **Itinerários de pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011, p.287- 309.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta**: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 2000.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, jun. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000601859&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>.