

UNIABEU CENTRO UNIVERSITÁRIO
DEBORA DA COSTA DE SOUZA

**A FAMÍLIA COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO CONTÍNUA:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DAS MUDANÇAS NO CAMPO DA SAÚDE**

BELFORD ROXO

2017

DEBORA DA COSTA DE SOUZA
PSICOLOGIA

**A FAMÍLIA COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO CONTÍNUA:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DAS MUDANÇAS NO CAMPO DA SAÚDE**

Monografia apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Graduação em Psicologia pelo Uniabeu Centro Universitário.

Orientadora: Professora Ma. Suelen Carlos de Oliveira

BELFORD ROXO
2017

DEBORA DA COSTA DE SOUZA
PSICOLOGIA

**A FAMÍLIA COMO OBJETO DE INTERVENÇÃO CONTÍNUA:
UMA ANÁLISE ATRAVÉS DAS MUDANÇAS NO CAMPO DA SAÚDE**

Monografia apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Graduação em Psicologia pelo Uniabeu Centro Universitário.

Aprovada em ____/____/2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: professora Ma. Suelen Carlos de Oliveira
UNIABEU Centro Universitário

Professor Dr. Edmilson Duarte de Lima
UNIABEU Centro Universitário

Professor Dr. Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior
UNIABEU Centro Universitário

*Dedico esse trabalho, com todo o meu amor, à
minha família que foi meu porto seguro e
possibilitou que este momento viesse a ocorrer.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus por ter me permitido realizar esse sonho, enviando um anjo com uma palavra amiga todas as vezes em que eu orava dizendo que não aguentava mais. À minha família, que me proporcionou um suporte social extraordinário, cuidando do meu bem precioso enquanto eu estudava. Obrigada por terem sido meu alicerce, sem vocês não teria conseguido chegar até a formatura, obrigada a cada um que de alguma forma me ajudou.

Agradeço ao meu pai, que todas as vezes em que eu estava chegando no fim das minhas forças, por conta da rotina puxada entre casa, marido, filho, faculdade e trabalho, sentia meu esgotamento e com um gesto de amor, passava no meu trabalho para me levar à faculdade. Obrigada pelo pai maravilhoso que você é. Mãe, obrigada por todas as vezes que ficou com a Carol pra eu estudar e até deixou de fazer suas coisas para me aliviar na minha estrada. Aos meus irmãos, que amo tanto, obrigada por me ajudarem. Aos meus cunhados, sobrinhos, sogros, primos e amigos, vocês foram essenciais na minha vida.

Ao meu marido Daniel, obrigada por acreditar em mim e fazer esse sonho se transformar em realidade, por suportar meus momentos de ausência, que não foram poucos. Ao meu filho, Luís Felipe, e à minha filha, Ana Carolina, amo vocês demais.

Agradeço à minha orientadora, Suelen Carlos de Oliveira, que acreditou em mim e me ajudou nesse processo tão delicado que é fazer a monografia. Obrigada por ter dedicado seu tempo com todo carinho e atenção a esse trabalho e por ser uma ótima profissional.

Agradeço aos professores Edimilson Lima e Pedro Brandão, que aceitaram participar da banca e que tiveram grande participação na minha construção acadêmica.

Agradeço a todos os professores que, em especial, se preocuparam com a nossa formação.

Agradeço à instituição Uniabeu que, em momentos difíceis, proporcionou que eu continuasse estudando. Sem isso, com certeza não teria chegado a esse momento.

Agradeço às minhas amigas Valentinas, que estavam ao meu lado nos momentos difíceis.

Agradeço a todos os meus colegas de turma, obrigada por fazerem parte da minha caminhada.

Agradeço a todos aqueles que torceram por mim e estiveram comigo ao longo desses cinco anos.

Muito obrigada!!!!!!!

“Ela perdeu seu espaço público não só a partir de uma valorização da intimidade, mas também em função da ocupação desse espaço pelo mundo do trabalho e pelo Estado. Confinada, perdeu inclusive o direito a uma privacidade e uma intimidade legítimas quando, através do racionalismo científico e dos discursos tecnológicos intermediados por especialistas diversos, começaram a lhe traçar orientações e regras supostamente em nome do seu próprio bem-estar. É assim que, ideologicamente, totalmente controlada, ela tornou-se palco de manipulações que são internalizadas e perseguidas como valores”

(MATTA; MORAES, 2007, p.129).

RESUMO

O presente trabalho buscou analisar as modificações ocorridas no âmbito familiar e de que forma a mesma chegou a estabelecer o modelo burguês como protótipo de família ideal. Analisaram-se as intervenções dos especialistas em saúde no cotidiano familiar, atuando diretamente no modo de vida das famílias. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica de livros, artigos e teses a partir da pesquisa nos sítios eletrônicos: SciELO, Lilacs e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Dessa maneira, buscou-se analisar as práticas utilizadas pelos especialistas da saúde e da psicologia como forma de intervenção para controle dos indivíduos. Verificou-se também se essas intervenções foram atualizadas através de políticas estratégicas vigentes como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Palavras-chave: Família. Controle. Especialistas. ESF. NASF.

ABSTRACT

The present work sought to analyze the changes that occurred in the family context and how it came to establish the bourgeois model as an ideal family prototype. We analyzed the interventions of the health experts in the family routine, acting directly on the families' way of life. The methodology used was the bibliographic review of books, articles and theses from the research in the electronic sites: SciELO, Lilacs and Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD). Thus, we sought to analyze the practices used by health specialists and psychology as a form of intervention to control individuals. It was also verified whether these interventions were updated through current strategic policies such as the Family Health Strategy (ESF) and the Family Health Support Center (NASF).

Keywords: Family. Control. Specialists. ESF. NASF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES FAMILIARES	11
2. A INTERVENÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE NA FAMÍLIA	18
3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS EM SAÚDE COMO FORMA DE CONTROLE	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

Em um primeiro momento, através desse estudo, pensamos em buscar informações a respeito dos discursos psis que descrevessem possíveis trabalhos com famílias de baixa renda ou extrema pobreza. Nesse viés, utilizaríamos os profissionais do NASF como referência, porém, levantando fontes para escrever sobre as mudanças históricas no contexto familiar, nos deparamos com outros assuntos que vinham nos despertando a curiosidade. Foi nesse momento que minha orientadora e eu, começamos a percorrer caminhos que nos levaram a outras inúmeras possibilidades. Assim passamos a observar a família como um possível objeto de constante intervenção do Estado, que utilizando os especialistas da saúde e da Psicologia, mantinha uma ferramenta poderosa de fabricação de corpos dóceis, desde a implantação das primeiras políticas de saúde.

Para tanto, no primeiro capítulo iremos discorrer sobre um breve histórico das mudanças ocorridas no contexto familiar ao longo da história, se baseando em estudos de Reis (2007) e Ariès (1981). Buscando trazer um panorama dos cenários em que as modificações ocorreram e de que forma as famílias tiveram seus papéis sociais individuais delimitados a partir do nascimento do sentimento familiar e o resgate da criança como eixo principal da família.

Mais adiante, no segundo capítulo, trataremos algumas modificações do contexto familiar que ocorreram no Brasil desde a chegada da Família Real, em 1808. Utilizaremos para tal o autor Jurandir Freire Costa (1979), que traz de que forma as famílias brasileiras adotaram o padrão familiar burguês e como esse fato interferiu na composição das mesmas. É nesse viés de mudanças e transformações que trataremos as primeiras intervenções em saúde, que tem por objeto o esquadrinhamento dos espaços públicos, vigilância constante, higienização e controle das condutas.

Para conhecermos esse novo movimento em saúde que ocorreu através do capitalismo, trataremos o autor Michel Foucault (1979), com o texto “O Nascimento da Medicina Social”, que nos dará uma maior compreensão das modificações ocorridas no campo da medicina e de que forma ela influenciou na vida cotidiana do indivíduo e da família. Mediante os autores Spink e Matta (2010), buscaremos trazer para conhecimento de que forma a Psicologia adentrou no campo da saúde pública. Assim como também, trataremos brevemente de que maneira a mesma era utilizada em suas primeiras práticas nesse âmbito. Para melhor compreendermos de que forma a sociedade disciplinar e a sociedade de controle contribuíram

para os novos paradigmas na saúde traremos o texto de Deleuze (1990), “*Post-Scriptum – Sobre as Sociedades de Controle*”.

Para finalizar, no terceiro capítulo traremos como se deu a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e mediante que perspectivas isso ocorreu, conforme os escritos de Spink e Matta (2010). É nesse contexto que traremos as discussões a respeito das práticas e intervenções dos especialistas da saúde no âmbito familiar sob a ótica de Matta e Moraes (2007). Buscaremos analisar se as ferramentas de controle dos indivíduos outrora utilizadas, a partir de intervenções elaboradas pelo Estado no campo da saúde, continuam a se reproduzir através de Estratégias e programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), vinculando brevemente com a prática dos psicólogos no mesmo.

CAPÍTULO I

1. BREVE HISTÓRICO DAS TRANSFORMAÇÕES FAMILIARES

A instituição¹ familiar sem dúvida é um campo vasto e desperta o interesse de pesquisa em muitos, já que a mesma é uma das primeiras formações sociais, emocionais e organizacionais, na qual os indivíduos têm seus primeiros registros a respeito do mundo e de si. Dessa forma, a família possui engendramentos capazes de influenciar e formar indivíduos, aguçando pessoas a pesquisarem de que forma tal relacionamento acontece e sob quais circunstâncias ocorrem. A família, enquanto formação social, sofreu grandes modificações ao longo da história. Podemos observar relatos de autores como Reis (2007), Costa (1979) e Ariès (1981), que descrevem essa formação e suas funcionalidades, porém, nos parece que a mesma é algo constituído naturalmente, sem intenções sociais ou sem influências governamentais.

(...) a família não é algo natural, biológico, mas uma instituição criada pelos homens em relação, que se constitui de formas diferentes, em situações e tempos diferentes, para responder às necessidades sociais (REIS, 2007, p. 102).

Segundo o autor essas formações familiares eram necessárias para resolver demandas sociais, criadas para nortear os indivíduos quanto a sua conduta e deveres a serem realizados. Seguindo essa noção podemos compreender a família como um agente mantenedor da ordem, porém o que era antes algo exclusivo do ambiente familiar passou a ser adotado por outras instituições governamentais que tem essa mesma intenção, a de controlar os indivíduos, sejam ela por meios educacionais, sanitários ou outros.

O que antes era função quase exclusiva da família é hoje disseminado por uma vasta gama de agentes sociais, que vão desde a pré-escola até os meios de comunicação em massa, que utilizam a persuasão na imposição de padrões de comportamento, veiculados como normais, dificultando a identificação do agente repressor (REIS, 2007, p. 103).

Para melhor compreender essas transformações estaremos percorrendo sobre os quatro tipos de família apresentados por Poster (1979), citado por Reis (2007). A primeira constituição familiar abordada e percorrida pelo autor é a Família Aristocrata (Século XVI e XVII), onde a habitação era feita pela família, dependentes, parentes, criados e clientes, e a linhagem mantida por grau de parentesco. Nessa formação não havia nenhuma forma de privacidade, possuía baixas condições sanitárias com grande índice de natalidade e

¹ Para tanto, da sociologia, tomamos o conceito de instituições como práticas ou relações sociais que se repetem e se legitimam, na ação mesma de seus atores; são seus efeitos de reconhecimento e desconhecimento que dão o caráter de legitimidade, de naturalidade, ao que é instituído (GUILHON ALBUQUERQUE apud GUIRADO, 2012, p.25).

mortalidade infantil. As relações familiares eram hierarquicamente pré-estabelecidas pela cultura. Os homens iam para a guerra e as mulheres cuidavam da vida no castelo, nesse contexto, o trabalho era desvalorizado e davam grande importância ao lazer. Os bebês não eram amamentados por suas mães biológicas e sim por amas-de-leite, bem como também a educação das crianças era feita pelos criados e por diversos moradores do castelo, que usavam os meios físicos para a punição. As mulheres tinham seus desejos sexuais reconhecidos e as crianças eram estimuladas sexualmente.

Já a Família Camponesa (Século XVI e XVII), tinha grande semelhança com a família aristocrata, possuindo um grande nível de natalidade e mortalidade infantil. A família era composta por núcleo pequeno, porém, a aldeia participava ativamente na educação das crianças e em todo processo nas famílias, tendo rígidas normas de costumes e tradições. Em todas as celebrações a aldeia participava como um todo. As crianças não eram centro da relação familiar, as mulheres necessitavam trabalhar e com isso não detinham tempo para se dedicar exclusivamente à criação dos mesmos. Dessa forma, as mulheres mais novas e parentas se ocupavam dessas obrigações, porém, eram fiscalizadas pelas mulheres mais antigas da aldeia. Esse modelo familiar muito se assemelha ao aristocrata, possuindo uma dependência social externa grande, desvalorizando a privacidade e cuidados únicos maternos.

A Família Proletária (Século XIX) foi um modelo que passou por três fases, para logo após se transformar na família burguesa. Essa forma de família se iniciou durante o período de industrialização, onde quase todos os membros da família precisavam trabalhar por até 17 horas diárias, incluindo as crianças por volta dos 10 anos de idade. As condições dos trabalhadores eram precárias, o que ocasionava um alto índice de mortalidade infantil. Nesse cenário, uma forma adotada para minimizar o sofrimento pela opressão capitalista foi tentar manter os laços comunitários, mantendo alguns de seus costumes e tradições. As crianças eram criadas em meio aos adultos, muitas vezes por parentes, vizinhos ou até mesmo soltas pelas ruas.

O autor menciona que há uma modificação nos hábitos dessas famílias por volta da metade do século XIX, quando muitos burgueses passaram a se importar com a qualidade de vida das classes operárias e com as qualificações dos operários. A partir desses acontecimentos ocorreram as separações dos papéis sociais entre homem e mulher, as mulheres passaram a ficar mais tempo em casa criando uma rede social feminina que englobava as mulheres mais próximas (POSTER, 1979 apud REIS, 2007). Já no século XX, as famílias operárias mudaram-se para os subúrbios e dessa forma muitos laços sociais foram desfeitos. As mulheres ficaram afastadas das redes femininas, passando a ficar de forma

isolada em seu lar, valorizando os momentos de privacidade e domesticidade. Os filhos passaram a ser prioridade na família, havendo uma forte aproximação dos padrões burgueses.

A Família Burguesa (Século XIX) teve origem na Europa e trouxe uma série de inovações nos padrões familiares existentes. As famílias valorizavam práticas como a reclusão familiar e uma separação bem marcada entre o trabalho e a família. Foi nesse período também que os papéis sociais entre homem e mulher foram bem demarcados, as mulheres passaram a ficar em casa com a responsabilidade de criar os filhos e os homens passaram a ser os provedores. Os filhos passaram a ter uma grande importância no âmbito familiar, torna-los pessoas bem-sucedidas tornou-se uma tarefa muito valiosa. Além de todas essas modificações a família burguesa também trouxe critérios rígidos de higiene a serem seguidos, contribuindo assim para uma diminuição na mortalidade infantil. As crianças começaram a ser reprimidas quanto a sexualidade, passando por vigilância para evitar a masturbação, que era inadmissível, e também para se manterem limpas, longe de seus dejetos.

Dessa forma, Reis (2007) nos faz observar o quanto a ideologia e o padrão familiar se transformaram ao longo do tempo, passando a servir de forma de repressão e controle. Mantendo-se como classe dominante a partir do século XX, tendo início a partir do movimento higienista que visava delimitar os espaços e policiar os indivíduos, numa tentativa de manter o controle sobre os mesmos, a família burguesa trazia em seu núcleo práticas que colaboravam com essa ideia. Nessa perspectiva, Reis (2007) traz a ideia que o Estado define os papéis sociais de acordo com seus interesses, e dessa forma a família age como um dispositivo que, desde o nascimento, tenta enquadrar o indivíduo dentro de uma submissão, ensinando valores como obediência sem questionamentos.

Ao formar o indivíduo obediente e autodisciplinado, com iniciativa apenas para bater-se pelos ideais da ascensão social e econômica, a família está preparando o cidadão passivo, acrítico, conservador, sem espontaneidade e incapaz de criar, repetidor de fórmulas veiculadas pela ideologia dominante, pronto a seguir e obedecer quem se apresente revestido de autoridade em defesa da ordem estabelecida (REIS, 2007, p.116).

Nesse trecho o autor define muito bem o modelo de indivíduo que deve ser criado e para isso o Estado se utilizará de diversos dispositivos, inclusive o modelo biomédico que trataremos mais à frente².

Muitas das transformações ocorridas na instituição familiar também são descritas por Ariès (1981). O autor faz um apanhado dessas modificações a partir das iconografias e das pinturas feitas nos calendários a partir do século XV. Tais registros mostram que até o início

² Trataremos desta discussão das instituições governamentais no campo da saúde como possível forma de controle dos indivíduos no capítulo 2.

do século XV apenas o homem era retratado nos calendários, sendo considerado o senhor da terra. Porém a partir desse período, alguns artistas passaram sutilmente a mostrar em seus feitos outro cenário, onde a família aos poucos vai passando a ser vista através de algumas pinturas. O homem já não é mais solitário, passando a ser transmitido o papel da família na vida cotidiana. Ariès (1981) nos remete que nessa época a vida privada era uma extensão da vida social, pois se passava muito mais tempo na rua do que propriamente em casa, enfatizando que a vida privada começava na rua e, nesses registros familiares, a mulher aparecia ajudando nas tarefas.

A partir do século XVI, outra figura importante passa a ser registrada nos calendários. Nesse momento a criança passa a ser retratada, o que outrora não ocorria, pois segundo o autor, os artistas e o meio simplesmente ignoravam a presença das mesmas. Nesse período a criança passa a ser registrada nos calendários jogando, brincando, ao lado das mulheres e servindo à mesa, trabalho esse que era visto como honra. Aos poucos os calendários passaram a apresentar novos integrantes até então esquecidos, dessa forma, a mulher, a criança, os vizinhos e amigos apareceram de forma representativa.

Ao longo do tempo, os calendários passaram a registrar momentos familiares, onde é possível observar o nascimento do sentimento familiar, que até o momento não era observado. A partir dessas novas ilustrações, passou-se a registrar o interior das casas e, aos poucos, o exterior foi perdendo espaço, dando lugar ao novo cenário e sentimento nascente da época. Sendo assim, já não mais se pintava para mostrar as hierarquias passadas ao longo tempo ou uma morte prematura, mas a expressão de um novo rumo da história: a vida privada, invadindo a iconografia a partir da Idade Média.

Para que melhor compreendêssemos o desenvolvimento dos padrões familiares adotados, Ariès (1981) recorreu a historiadores passados para observar tais mudanças. Nesse apanhado é possível observar uma valorização da linhagem, onde a mulher perde o direito de representar seu marido, caso necessitasse. No século XVI, a mulher casada passa a ser considerada incapaz de tomar decisões ou qualquer atitude que não fossem autorizadas por seu marido ou pela justiça. Isso fez com que a mulher nessa época ficasse totalmente anulada e dependente, valorizando o poder do homem, criando uma hierarquia familiar. Aos poucos, os laços através da linhagem foram diminuindo e dando lugar ao poder familiar, até as leis foram se estabelecendo para valorizar o poder paterno.

Um fator importante nessas modificações é como a forma de se passar o conhecimento para as crianças também sofreu grande impacto ao longo do tempo. Nesses estudos levantados podemos ver que no início as crianças aprendiam mediante as relações estabelecidas com os

adultos. As crianças, a partir dos sete anos, eram enviadas à outras casas para aprenderem a ter educação, a se comportar e a adotar os costumes da época. A escola nessa época era exclusiva aos clérigos, porém, a partir da idade Média as escolas expandiram e passaram a ser responsáveis pela educação das crianças. Mais a frente, com o nascimento do chamado sentimento familiar, os pais passaram a reivindicar mais tempo junto a seus filhos, já que os colégios também eram distantes e em regime fechado. Dessa forma essa evolução também se deu ao passo que as famílias mais abastadas não queriam que seus filhos fossem educados junto de crianças tidas como sujas e de má influência.

O clima sentimental era agora completamente diferente, mais próximo do nosso, como se a família moderna tivesse nascido ao mesmo tempo que a escola, ou, ao menos, que o hábito geral de educar as crianças na escola (ARIÈS, 1981, p. 222).

Apesar das mudanças ocorridas, ainda em meados do século XIX, as famílias nobres, burguesas e com poder aquisitivo mais elevado, ainda recorriam às amas-de-leite, porém, ao invés das crianças irem até elas, as amas passaram a ficar nas residências das crianças, desfavorecendo o rompimento do vínculo entre as crianças e seus pais.

Os tratados de cortesia tinham o papel de educar e inserir o rapaz e algumas damas no convívio social, nele continham regras morais e muitos outros assuntos e normas de comportamento: como se vestir, se pentear, o que se pode dizer ou não e todo um manual da vida social. Esses tratados só saíram de cena a partir da intervenção higienista, que passou a esquadrihar os espaços e imputar à sociedade novas normas de conduta.

A partir do século XVIII, com os novos rumos adotados, as famílias passaram a ser induzidas a estar cada vez mais dentro de seus espaços privados.

Era já a casa moderna, que assegurava a independência dos cômodos fazendo-os abrir para um corredor de acesso. Mesmo quando os cômodos se comunicavam, não se era mais forçado a atravessá-los para passar de um ao outro. Já se disse que o conforto data dessa época: ele nasceu ao mesmo tempo que a intimidade, a discrição, e o isolamento, e foi uma das manifestações desses fenômenos. Não havia mais amas por toda a parte. As camas eram reservadas ao quarto de dormir, mobiliado de cada lado da alcova com armários e nichos onde se expunha um novo equipamento de toalete e de higiene (ARIÈS, 1981, p. 257).

Essas mudanças foram de grande significado para a sociedade. A contar desse marco estava se estabelecendo uma diferenciação bem marcada entre os espaços de privacidade e a rua, os criados já não tinham mais acesso liberado a toda casa, passaram a ter seu lugar de permanecer, dessa forma ficando proibidos de ultrapassar os limites de circulação impostos. Outro fato também relevante foi a mudança na forma de visitar as pessoas e de se receber visitas, nesse novo modelo que se estabelecia, já não era mais bem visto ir à casa de outras pessoas a qualquer hora dia, era necessário enviar correspondências e avisar com

antecedência. Com essa evolução aos poucos o manual de boas maneiras foi sendo abandonado e dando espaço a uma nova categoria de normas, estas por sua vez estariam protegendo a privacidade, ao contrário das antigas normas que estavam voltadas às representações e projetadas para a vida pública. O novo código recebeu o nome de polidez e estava voltado para garantir um comportamento com discrição e respeito à privacidade de outrem. É também a partir desse período que os pais passaram a se preocupar com a saúde e a educação de seus filhos. Ariès (1981) ressalta que uma marca muito importante nessa família moderna é a igualdade entre os filhos, já que nas famílias instituídas anteriormente o primogênito é quem detinha todas as regalias e privilégios da família, o que nessa nova concepção se extinguiu, passando a ser visto como uma injustiça tal privilégio.

A figura da criança³ se encaixando no seio familiar trouxe grandes modificações sociais, distinguindo as famílias do século XVII das famílias medievais. Englobando uma constituição familiar diferenciada, onde a família passa a ser uma estrutura por si só, proporcionando às crianças uma maior atenção e cuidado, não sendo o centro ainda dos acontecimentos, mas se tornava uma figura importante. Porém, essa nova família que surge ainda não era considerada a família moderna, já que ainda possuía alguns costumes característicos para as relações exteriores, o que se diferencia da família moderna, onde a mesma se recolhe em sua privacidade, dando ênfase as questões familiares e não mais sociais. As características dessas mudanças de padrões familiares, por muito tempo só pôde ser vista através das famílias burguesas, ricas, lavradores e nobres.

Ao longo do texto, podemos observar as marcações feitas por Ariès (1981) através da evolução dos padrões da instituição familiar sendo a família da idade média, a família do século XVII e a família moderna, e através desses períodos, o chamado sentimento familiar passa tomar frente das relações sociais. Há também nessa transição, uma escolha por separação das classes sociais, onde as famílias faziam suas amizades através de gostos e situação financeira em comum, levando em consideração seus costumes, não mais se misturando às famílias de padrões diferentes. Até ocorrer essa separação de classes, as famílias mais miseráveis andavam lado a lado com as famílias ricas, não havendo nenhum sentimento de estranheza, nem aos mais pobres e nem aos mais ricos.

As pessoas viviam num estado de contraste; o nascimento nobre ou a fortuna andavam lado a lado com a miséria, o vício com a virtude, o escândalo com a devoção. Apesar de seus contrastes estridentes, essa miscelânea não surpreendia ninguém: ela pertencia à diversidade do mundo, que devia ser aceita como um dado natural (ARIÈS, 1981, p. 274).

³ Sabemos que há uma crítica feita por Klein (2012) a esse modelo de criança apresentado por Ariès (1981), porém, não traremos para discussão já que não é o foco do presente estudo.

Segundo Ariès (1981), houve um momento em que a burguesia não conseguiu mais suportar as pressões e a convivência com as multidões, dessa forma passou a se distanciar das classes consideradas inferiores. Nos tempos passados, se convivia com uma diversidade de pessoas em um pequeno espaço de terra, e através dos novos padrões passou-se a dividir grandes espaços com poucas pessoas, apenas a família. Muitos outros sentimentos surgiram a partir do nascimento do sentimento da família, como o sentimento de classes, sentimento de raças, bem como o surgimento da intolerância frente às diferenças e uma preocupação com uma determinada homogeneidade.

Este capítulo visou discorrer sobre as grandes modificações sofridas no âmbito familiar, trazendo para conhecimento estudos sobre essas transformações a partir dos autores Reis (2007) e Ariès (1981). Em suma discorremos sobre os quatro tipos de família apresentados por Poster (1979 apud REIS, 2007), sendo estes a Família Aristocrata (século XVI e XVII), a Família Camponesa (século XVI e XVII), a Família Proletária (século XIX) - separação dos papéis sociais homem – mulher – criança, nessa fase também muitos laços sociais foram cortados e muitas famílias passaram a se assemelhar a Família Burguesa; e a Família Burguesa (século XX). Esta última teve início na Europa e disseminou uma série de novos padrões familiares, tendo como características a valorização da reclusão familiar, separação bem articulada entre trabalho e família, na qual os filhos passaram a ter grande importância, juntamente com a repressão à sexualidade infantil e conscientização de normas de higiene.

Os estudos de Ariès (1981) trazem as modificações ocorridas mediante fatos extraídos das iconografias e pinturas feitas em calendários desde o século XV. Para Ariès, só a partir da Idade Média é que foram encontrados registros de valorização dos espaços privados, época também em que houve a expansão das escolas. Os filhos passaram a estar no centro da relação familiar e o nascimento do chamado “sentimento familiar”.

Reis (2007), também nos traz neste capítulo a ideia de que a família é um agente mantenedor da ordem, sendo utilizada através das instituições governamentais com a intenção de controlar os indivíduos, afirmando que a família não é algo natural nem biológico, mas uma instituição criada por homens a fim de atender as necessidades sociais.

No próximo capítulo, trataremos como o campo da saúde, através do tempo e do movimento higienista passou a contribuir como forma de controle e normatização dos indivíduos.

CAPÍTULO II

2. A INTERVENÇÃO DOS ESPECIALISTAS EM SAÚDE NA FAMÍLIA

Jurandir Freire Costa (1979) no livro “Ordem Médica e Norma Familiar” trouxe para conhecimento a narrativa da evolução da instituição familiar brasileira. Em seus relatos ele traz uma diferenciação de como era o cotidiano e os costumes das famílias antes da chegada da família Real portuguesa em 1808, que não se diferenciava muito de tudo que ocorreu no modelo Europeu, descrito por Ariès (1981) e Reis (2007). Através desse marco as famílias coloniais passaram a ser colonizadas e aos poucos adotaram os novos padrões trazidos. A partir dessas novas modificações e com o surgimento da urbanização, outros dispositivos também começaram a aparecer como reguladores de conduta, como o exemplo da medicina através do movimento higienista: “A higiene ajudou a família a adaptar-se à urbanização, criando simultaneamente, normas coerentes de organização interna” (COSTA, 1979, p. 109).

A família iniciou um longo processo de mudanças, as quais foram necessárias para o desenvolvimento dos espaços urbanos. Costa (1979) traz em seus estudos uma descrição dos períodos em que a família e o movimento higienista começaram a atuar. O autor traz também quanto os papéis sociais passaram a estar bem delimitados a partir da chegada da família colonizada.

O estar da família colonial, portanto, regulava-se pela distinção social do papel do homem e da mulher e pela natureza das atividades domésticas. O homem, a quem era permitido um maior contato o mundo, com a sociabilidade, permanecia menos tempo em casa. Os cuidados da residência eram entregues à mulher que, entretanto, não podia imprimir aos aposentos a marca de suas necessidades (COSTA, 1979, p.82).

A família brasileira no século XIX, segundo Costa (1979), ainda tinha em sua maioria os modelos de famílias adotados em tempos passados. As mulheres passavam muito tempo ociosas e gerenciavam todo o trabalho da casa e das fazendas, dessa forma os viajantes coloniais estereotipavam essas mulheres, alegando que eram preguiçosas e com aparência envelhecida. Porém as mesmas permaneciam nessas condições para facilitar as ordens e vigilância em todos os espaços da casa, já que nessa época era comum se ter uma casa grande e muitas pessoas trabalhando nela, logo o fluxo de escravos e pessoas transitando dentro da casa era grande. Outro ponto importante mencionado pelos viajantes no estudo de Costa (1979) é que as mulheres dessa época eram extremamente retraídas e o interior de suas casas era quase sem nenhum apetrecho decorativo, que nesse caso é devido a pouca comercialização de tais objetos, já que nessa época eram fabricados manualmente e os homens não valorizavam o embelezamento interior de suas casas.

Nesse mesmo contexto, Costa (1979) também faz menção a falta de valorização da intimidade e privacidade das famílias desse período, traz também a questão de que realmente era difícil se ter relações como estas, já que em geral as casas eram frequentadas por muitas pessoas, escravos, familiares, clientes e outros. Muitas diferenças também foram colocadas pelo autor entre a família colonial e a família colonizada, dentre as mudanças significativas estão a valorização da privacidade e intimidade, pais e filhos passaram a dar uma maior importância às relações familiares, dessa forma os filhos também passaram a ser prioridade, assim como também sua educação e preparação para o futuro. Os hábitos alimentares e cuidados com a higiene também foram fatores que vieram a ser inseridos no meio familiar através das famílias burguesas, junto com o movimento higienista da medicina. As famílias brasileiras, dentro desse contexto, também não tinham essas preocupações, apenas os homens usavam talheres, as mulheres comiam com as mãos e muitas vezes pegavam comida de pratos de outras pessoas. As mulheres da época usavam em geral cabelos compridos e despenteados e os homens sempre estavam com barba por fazer e também com cabelos desalinhados.

Dentro da família brasileira Costa (1979) não se aprofundou em saber em que momento exatamente esse sentimento de privacidade e intimidade entre a família se iniciou. Porém o que o mesmo relata que a medicina incentivou de forma significativa esse movimento, tendo papel fundamental nesse âmbito passando a criar regras também para as vestimentas e para a forma de alimentar-se. Dessa forma, sentar à mesa com a família, já não passaria mais a ser apenas um ato para nutrir-se fisicamente, mas além desse propósito, seria o momento em que os indivíduos poderiam controlar e fiscalizar a conduta de higiene e educação uns dos outros.

A partir de muitos acontecimentos a família foi se infiltrando de inúmeros artefatos que facilitaram e viabilizaram a normatização de hábitos como a higiene, abrindo espaço para o convívio social.

O amor entre pais e filhos, abrigados por móveis de luxo, refeições sofisticadas e indumentárias bem-cuidadas, pôde então florescer. Da mesma forma, os espíritos rudes, as maneiras obtusas e as sensibilidades grosseiras foram transformados pelos corpos disciplinados, plenos de pudores morais e escrúpulos fisiológicos, em almas requintadas e romanticamente angustiadas (COSTA, 1979, p. 98).

Segundo Costa (1979), nesse momento a sociedade passa a correr em busca do enobrecimento. As festas passaram a ser momentos de relações a fim de favorecer os interesses sociais. O que passou a importar nessa época era o melhor, não adiantava ser apenas bom, os casamentos tinham que ser entre os melhores partidos, levando em conta características como sofisticação, requinte na educação e outros. As mulheres nessa época

organizavam a recepção das festas e tudo dependia de sua gestão, era através dessas recepções que seus maridos se encaminhavam politicamente. A partir desse período, as mulheres passaram a reivindicar mais atenção de seus companheiros em troca de suas habilidades empregadas nas recepções, passando a receber cuidados e carinhos ainda não experimentados.

Com a chegada da urbanização muitas foram as transformações adotadas e muitos conflitos foram gerados através de seus preceitos.

A família passou a viver um impasse criado pela urbanização. Ou modificava seus hábitos para acompanhar as novas regras da competição social e econômica ou persistia atada a seu modo usual de viver, correndo o perigo de debilitar-se ou morrer economicamente. Qualquer escolha era, portanto, desestruturante (COSTA, 1979, p.109).

Foi nesse cenário que houve uma aceitação maior da medicina como fator normalizador do comportamento íntimo familiar. Dessa forma a higiene ajudou nesse processo de adaptação à urbanização, criando regras e normas de organização. A intenção do movimento higienista de passar o controle dos indivíduos para o Estado mudou toda a estrutura de conduta adotada na época e suas formas de convivência entre as pessoas. Passou a definir à cada membro da família papéis sociais específicos, cada um com suas obrigações. “(...) a medicina higiênica formulou, enfim, uma ética compatível com a sobrevivência econômica e a solidez do núcleo familiar burguês” (COSTA, 1979, p.110).

Michel Foucault (1979) em seu texto “O Nascimento da Medicina Social” traz para compreensão uma contraposição do fato da medicina, com a modernidade, ter deixado de ser privada e se tornado social. Segundo o autor, alguns críticos afirmam o oposto, que a medicina antiga é que era uma medicina social. Porém para Foucault (1979), o capitalismo influenciou a transformação da medicina privada em medicina coletiva em apenas uma de suas apresentações, que de fato é feita de forma individual, valorizando a relação médico-doente.

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1979, p.80).

Segundo Foucault (1979), a medicina nem sempre investiu no corpo como força de trabalho, foi apenas a partir da metade do século XIX, que o corpo passa a ser visto dessa forma. O autor relata as três etapas em que a medicina social atravessou até chegar à medicina da força de trabalho.

A primeira etapa foi a medicina de Estado que teve seu desenvolvimento na Alemanha em meados do século XVIII. Neste período houve a formação da ciência do Estado que é a noção de “*Staatswissenschaft*”, que agrupa o conhecimento que se tem por intento o Estado, não apenas através de seus recursos naturais, nem o momento de seu povo, mas todo o engendramento de seu equipamento político (FOUCAULT, 1979, p.80). Tal expressão também se refere ao aparato que o Estado utilizou para conseguir e agregar sabedoria que aprimore seu funcionamento.

Nessa época, a Alemanha se encontrava com a economia estática e dessa forma impulsionou a Burguesia se aliar com o Soberano com a intenção de melhorar a organização do Estado. Foi na Alemanha, primeiramente, que a medicina de Estado apareceu, dando início ao Estado Moderno, enquanto países mais estruturados como França e Inglaterra, dominados pelo Mercantilismo, só buscavam aumentar a produção de sua população visando entrada de verba e tudo que poderia pagar para que o Estado estivesse em alta e garantisse sua superposição. Sendo assim, a Alemanha desenvolveu a política médica de Estado que visava a construção de programas que trariam melhorias consideráveis à população, e não somente o controle de natalidade e mortalidade de sua população, denominado polícia médica.

A polícia médica que teve início em meados do século XVIII na Alemanha. Tinha uma visão mais ampla, além do controle de natalidade e mortalidade, eram feitas classificações diferenciadas. Assim como também a busca pela normalização da prática do saber médico. Nesse contexto a França normalizou primeiramente seus canhões e professores, enquanto a Alemanha normalizou seus médicos. Foi criado também uma organização médica para que a mesma fizesse a gestão e controle dos outros médicos bem como a nomeação de alguns médicos responsáveis por regiões.

Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado (FOUCAULT, 1979, p.84).

Foucault (1979) menciona que essa medicina de Estado que surge, não é a medicina que se ocupa com o corpo como força de trabalho, mas é o corpo do povo que vem sendo reconhecido pelo Estado.

Em outra direção, na França, no que se refere ao progresso da medicina social, segundo Foucault (1979), através das necessidades políticas e econômicas da época e sem apoio estatal, surge a urbanização. Mediante ao cenário de muitos poderes vigentes sem apoio mútuo, a urbanização teve grande utilidade, pois possibilitou às grandes cidades estarem

unificadas sob o poder de um único comando e estruturadas. Tal fato, facilitaria a economia e a política no que diz respeito ao grande crescimento da população, visando diminuir os conflitos gerados através da insegurança, gerando a necessidade de se investigar essa população. Em todos os países da Europa, desde o fim da Idade Média, existia um plano de urgência que era utilizado quando a cidade era acometida pela peste ou por alguma doença contagiosa. Esse plano visava a exclusão, a purificação religiosa e exílios, muitas vezes chamados de quarentena, e a medicina urbana é justamente um modelo melhorado do esquema de quarentena.

A medicina urbana tem como primeiro objetivo analisar os espaços aglomerados que ofereçam algum tipo de malefício no local. O segundo objetivo é estabelecer o controle sobre a circulação do ar e da água e, como terceiro objetivo, precisava encontrar um local onde pudesse colocar os componentes que seriam úteis a todos.

Foucault (1979) ressalta que a medicalização da cidade no século XVIII foi importante por uma série de acontecimentos, como a parceria ocorrida entre a prática médica e a ciência físico-química, que só ocorreu através da urbanização. Assim como seu aparecimento como ciência só foi viabilizado através da socialização da mesma, designada a partir da medicina coletiva, social e urbana. A medicina urbana, não é nesse ponto a medicina dos corpos, mas uma medicina das coisas, como o ar, a água e, nesse contexto, analisa e interfere nas circunstâncias em que as pessoas vivem. É também a partir desse período que se tem a noção de salubridade: “Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e de seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível” (FOUCAULT, 1979, p. 93).

Como terceira direção da medicina social, Foucault (1979) traz a medicina da força de trabalho que se origina a partir da medicina urbana no final do século XVIII. É a medicina dos pobres, que não teve como primeira escala os operários e a força de trabalho, porém, foram os últimos a sofrer interferência. “Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e, finalmente, os pobres e os trabalhadores foram objetos da medicalização” (FOUCAULT, 1979, p.93).

O pobre, segundo Foucault (1979), nem sempre foi objeto de estudo ou causador de problemas, e um dos motivos é que os mesmos tinham funções muito específicas e de grande importância para a cidade. Apenas a partir de meados do século XIX é que o pobre passa a ser encarado como um problema a ser resolvido. Foi justamente na Revolução Francesa que isso passou a ocorrer, o que é visto como uma questão política, já que foi a partir do perigo de uma possível participação em revoltas. Outro ponto que fez os pobres se tornarem ameaça foi

quando, através do surgimento de sistemas postais e carregadores, muitos trabalhadores perderam a capacidade de ganhar sua renda, gerando assim grande insatisfação, dando início a revoltas.

Com o surgimento da cólera houve a divisão dos espaços urbanos com a finalidade de separar os ricos dos pobres. Nesse momento o poder político começa a se impor sobre as propriedades privadas, fazendo uma redistribuição social. É na Inglaterra que se estabelece a nova fase da medicina social, e é na Lei dos pobres que a mesma torna-se social, à medida que os médicos passavam a ter controle sobre os pobres.

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle de saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (Foucault, 1979, P.97).

Essa nova formulação da medicina social segundo Foucault (1979), foi capaz de levar assistência médica às pessoas mais pobres, adquirir o controle da saúde dos trabalhadores e uma investigação ampla da saúde pública, viabilizando uma proteção maior das classes mais ricas. Além disso, a medicina social da Inglaterra realizou mais três sistemas médicos que se sobrepuseram e foram simultâneos, que é o caso da criação da medicina que visava a assistência aos mais pobres; uma medicina voltada a práticas mais administrativas e de forma mais ampla, como a vacinação, e também uma medicina que era voltada àqueles que tinham condições financeiras e podiam pagar.

Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo (Foucault, 1979, p.97 e 98).

Spink e Matta (2010) trazem para conhecimento as formas utilizadas pelo governo para promoção de saúde a partir do século XIX como consequência das necessidades sanitárias vinculadas a sociedade industrial. Nesse contexto os autores se utilizam do conceito de governamentalidade para que se possa entender esse momento onde ocorreram tais estratégias.

(...) conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (Foucault, 1986, p.291 apud Spink e Matta, 2010, p. 27).

Spink e Matta (2010) visam trazer de que forma através dos acontecimentos históricos ocorreu a ligação entre a saúde pública e a psicologia. Nesse contexto, segundo os autores, está totalmente ligado à forma que essa governamentalidade, ou seja, aos meios que o governo, como forma de poder, se utilizou para obter melhor controle da população na sociedade disciplinar. Dessa forma busca, através de uma análise dos acontecimentos, descobrir como, a partir do Soberano, se chegou ao governo estatal de hoje.

Para que melhor possamos compreender o que diz respeito à sociedade disciplinar e à sociedade de controle, traremos o texto de Deleuze (1990) “*Post-Scriptum – Sobre as Sociedades de Controle*” que, a partir de uma análise do texto de Foucault, explica que as sociedades disciplinares surgem no século XVIII e atingem seu auge no século XIX.

Os indivíduos vivem em processo circular de confinamento ao longo de sua vida: saem do berço de suas famílias, passam pelas escolas, pelo casamento e vão às fábricas, as vezes às prisões e outras ao hospital. Cada um, nesse segmento seguindo suas normas, continuam em um ciclo de constante enclausuramento. Mediante os escritos de Deleuze (1990), Foucault compreende esse sistema como mecanismo de juntar, organizar e estipular cronologicamente, fazendo que se tenha uma massa produtiva, composta no espaço-tempo, com força de geração maior que a reunião das partes simples, no caso de cada indivíduo. Nesse sentido, cada um desempenhando papéis específicos, inicialmente já impostos, alcançariam um maior poder de produção. No caso de outros meios de enclausuramento, cada um conseguiria desempenhar seu papel a fim de atingir um objetivo específico de controle dos corpos. Essa sociedade disciplinar, assim como a sociedade de soberania, também veio ao fim a partir da Segunda Guerra Mundial dando início a novas formas de poder.

Para Deleuze (1990), as antigas formas de enclausuramento entraram em crise e precisavam ser retificadas, dando início às sociedades de controle. Na sociedade de disciplina as formas de controle eram feitas de forma intermitente havendo espaços entre uma e outra, ao contraponto que na sociedade de controle não haveriam espaços sem poderio.

Nas sociedades de disciplina não se parava de recomeçar (da escola à caserna, da caserna à fábrica), enquanto nas sociedades de controle nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço sendo os estados metaestáveis e coexistentes de uma mesma modulação, como que de um deformador universal (Deleuze, 1990, p. 221 - 222).

Na sociedade disciplinar descrita por Deleuze (1990), eram necessários números e documentos que representassem cada indivíduo, ao passo que para a sociedade de controle, apenas números não eram mais o suficiente. Nesse momento surgiu a necessidade de uma atualização constante de informações sobre os indivíduos, o que a partir do capitalismo foi

viabilizado. Nesse viés, o autor faz uma comparação entre a sociedade disciplinar e a sociedade de controle, onde na primeira o indivíduo é comparado a toupeiras que vivem entrando e saindo de seus buracos e na segunda como serpentes funcionando de forma circular.

A partir da compreensão das diferenças entre a sociedade disciplinar e a sociedade de controle definidas por Deleuze (1990), poderemos ter uma melhor clareza a respeito de como o campo da saúde continuou atuando sobre os indivíduos. Nesse contexto Spink e Matta (2010) relatam que Foucault, em seu livro “A Vontade do Saber”, afirma que tais estratégias disciplinares tomaram dois caminhos no campo saúde: a primeira trazendo os corpos como máquinas, se utilizando dos métodos disciplinares, e a segunda trouxe o homem enquanto espécie. É exatamente no contexto da segunda estratégia que se desenvolveram os biopoderes.

O poder disciplinar, fundamental para o desenvolvimento do capitalismo industrial, tinha por objetivo o controle dos corpos, tornando-os dóceis e fortalecidos para o trabalho produtivo. Ancorava-se duplamente na organização da massa indiferenciada mediante sistemas classificatórios e nas estratégias de vigilância continuada (SPINK; MATTA, 2010, p. 28).

Como mencionado anteriormente o biopoder tem o corpo enquanto espécie “(...) e tem por objetivo a segurança, estratégia de governo que implica o aperfeiçoamento da coleta e uso da informação” (SPINK; MATTA, 2010, p. 28). É a partir desse contexto que algumas empresas passam a se especializar em modos de administração de riscos, que nesse caso passa a ser além do controle de natalidade e mortalidade. Levam-se em consideração, a partir desse momento, fatores gerais de risco à espécie com finalidade preventiva, promovendo à população uma conscientização de suas responsabilidades para com sua saúde e, com isso, diminuindo a responsabilidade estatal.

Outro ponto importante, segundo Spink e Matta (2010), é a partir da “era da genética”, que marca um novo período, substituindo os grupos de risco citados acima para os riscos individuais. Dessa maneira, o Estado passa a minimizar cada vez mais sua participação na sociedade, transformando assim “biopolítica em bioeconomia” (ROSE, 2001 apud SPINK; MATTA, 2010, p.29).

Segundo Spink e Matta (2010), muitos fatos ocorreram historicamente viabilizando a entrada da Psicologia nas ações disciplinares e nos biopoderes, no que se refere ao campo da saúde. Para os autores muitas foram essas histórias, dessa forma trataremos apenas algumas linhas que possibilitaram o encontro dessas muitas histórias. Nesse contexto, os autores descrevem os acontecimentos narrados por Foucault, que já expomos acima a partir do texto “O Nascimento da Medicina Social”. Nesse viés, é importante saber que é exatamente nesse

período do final do século XIX e início do século XX que veremos a entrada da Psicologia na Saúde Pública e, que assim como outras áreas das ciências humanas, são dispositivos nascentes da sociedade disciplinar que surgiram para auxiliar na subordinação de corpos e almas.

(...) O capitalismo avançado, organizado a partir de instituições setoriais – o hospital, a fábrica, a escola, a prisão, etc. – Impôs a necessidade de administrar um crescente número de áreas da vida humana, inclusive, ou até especialmente, o aparelho psicofísico dos seres humanos. A gestão das massas setorialmente distribuídas exigiu a criação de uma diversidade de novos instrumentos. Demandou, antes de tudo, a criação de uma linguagem que possibilitasse pensar sobre e falar de um setor específico (SPINK; MATTA, 2010, p.33).

Para Spink e Matta (2010) não bastava apenas falar sobre os temas, mas sim saber trabalhar e explicar como era o funcionamento, colhendo informações necessárias para uma possível descrição minuciosa da situação, e nesse caso era imprescindível a individuação, colocando em análise as diferenças. Nesse âmbito a Psicologia respondia a esse processo de individualização e entrou no campo da ciência através de suas práticas que atendiam a organização e o registro das diferenças. A mesma se utilizou em um primeiro momento de técnicas que observavam o exterior dos corpos, que tinham a finalidade de extrair as discordâncias, possíveis doenças e desencaminhamentos, trazendo como primeiras técnicas a frenologia e fisiognomia.

Essas primeiras técnicas utilizadas, com o passar do tempo se tornaram incapazes de atuar em grupos grandes, na tarefa de individualizar e observar as características de patologias. Nesse contexto, as particularidades pessoais que estavam diretamente ligadas ao desempenho positivo ou negativo de cada indivíduo na produção institucional não estavam visíveis no campo externo do corpo, e é necessariamente nesse viés que o teste psicológico surge, dando continuidade ao processo de individuação. Nesse processo foram capazes cientificamente de trazer a subjetividade humana para estudo. É dentro do âmbito do poder disciplinar que o teste psicológico, um dos mais potentes instrumentos do campo da psicologia se desenvolve.

Assim, considerando as vertentes delineadas por Foucault (1986), não seria na Medicina da força de trabalho, nem na vertente administrativo-sanitária que a Psicologia encontraria seu primeiro nicho. Seu arsenal de técnicas e saberes foi chamado à ação (e até mesmo se desenvolveu e aperfeiçoou) na vertente da Medicina assistencial, especialmente aquela voltada para os pobres. E, se voltada aos pobres, inclui, sem dúvida, um elemento educativo, assim como uma tecnologia de esquadramento (SPINK; MATTA, 2010, p.34 e 35).

Essa medicina citada como Medicina assistencial por Spink e Matta (2010), que tem como característica a junção do campo da saúde e da educação, percorrem dois caminhos

estratégicos, que visam à saúde do trabalhador e nos remete à Medicina previdenciária e à saúde materno-infantil. Para os autores essas duas vertentes podem ter sido a porta de entrada para a Psicologia na Saúde Pública, trazendo como práticas o Psicodiagnóstico e o cuidado para com os bebês e gestantes, que para eles continuam sendo áreas de grande importância e estudo dentro da psicologia. É nesse contexto, dentro da medicina que visava a cura individual, que a prática psicológica clínica se desenvolve trazendo ações breves terapêuticas, como no hospital, e dessa maneira ocorre uma ruptura entre o modelo individualista que tinha o modelo médico normativo como padrão e a visão disciplinadora da medicina social.

Para Spink e Matta (2010), após a Segunda Guerra Mundial muitas transformações ocorreram no que diz respeito aos direitos humanos e nessa perspectiva o atual modelo da saúde pública se altera se tornando muito mais totalizante.

Este capítulo visou trazer as grandes mudanças ocorridas desde o início da intervenção do Estado sobre os indivíduos a partir dos escritos de Jurandir Costa Freire (1979). Iniciando com as principais modificações sofridas no Brasil a partir da chegada da Família Real em 1808 e o quanto o movimento higienista contribuiu para a adoção do modelo Europeu Burguês no Brasil. Em seguida trazemos como se deu a evolução das intervenções sociais com base no texto “O Nascimento da Medicina Social” de Michel Foucault, fazendo uma breve descrição de todas as fases e suas mudanças. Trazemos para conhecimento também, como a Sociedade disciplinar e a sociedade de controle contribuíram para o surgimento de novas práticas de saúde a partir dos escritos de Deleuze, assim como deu início às práticas psicológicas na saúde pública sob a análise de Mary Jane Spink e Gustavo Corrêa Matta (2010).

CAPÍTULO III

3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS EM SAÚDE COMO FORMA DE CONTROLE

Sabemos que a partir da inserção da Psicologia na saúde pública no Brasil, como foi tratado no capítulo anterior, houve muitos acontecimentos até que esse sistema se tornasse o Sistema Único de Saúde (SUS) que temos em vigor. Nessa perspectiva Birman (2005), citado por Spink e Matta (2010), salienta que o campo da saúde pública e saúde coletiva são segmentos opostos, afirmando que a saúde pública tinha um viés baseado na biologia, cuja centralidade eram as descobertas minuciosas das epidemias. Em outra direção, e contra o universalismo médico, se estabelece a saúde coletiva, propiciando assim a entrada das ciências humanas na área da saúde.

Nesse contexto, Spink e Matta (2010) nos conduzem a pensar que a saúde coletiva enquanto campo do conhecimento se estabelece de maneira proveitosa com a psicologia, em especial na relação do entendimento das práticas de saúde.

Ou seja, a Psicologia contribui retomando na saúde a problemática do sujeito e, contanto que as pesquisas e teorizações sejam definidas de forma crítica, contrapondo-se às tendências universalizantes e biologizantes da saúde pública, enriquece o campo da saúde coletiva (SPINK; MATTA, 2010, p. 42).

Segundo Spink e Matta (2010), as práticas da saúde coletiva estão centradas na multidisciplinaridade, ação esta que permite que outros inúmeros processos de mediação possam ocorrer além de apenas atenção primária, possibilitando oferecer serviços que promovam a saúde e também possam alterar benéficamente a qualidade de vida. Além de promover tais mudanças, a saúde coletiva também possibilitou em alguns setores a desinstitucionalização da saúde, facilitando o atendimento em lugares distintos, dentro das comunidades ou outros lugares em que houvesse necessidade e que algumas correntes da Psicologia já tinham acesso.

Nessa perspectiva, o SUS, conforme Spink e Matta (2010), tenta trazer a saúde para esse campo da saúde coletiva, onde fica estabelecido que a saúde é direito de todos e um dever do Estado, agregando como princípios básicos universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada.

Diante disso, nos questionamos a respeito de todas essas modificações ocorridas no campo da saúde e da família, como tratamos nos capítulos anteriores, se o campo da saúde com seus novos programas e estratégias, através de seus profissionais e com a adoção da saúde coletiva, deixaram de ser utilizados como forma de controle dos indivíduos. Mais precisamente, se as práticas outrora utilizadas pela Psicologia para ajudar o governo nesse

controle, hoje se extinguíram ou apenas foram modificadas e continuam com a mesma finalidade.

Percebemos que desde 1808, a partir da chegada da Família Real no Brasil, a família passou a sofrer diversas interferências por parte dos especialistas. Nesse contexto, Mirazhi (2004) citado por Matta e Moraes (2007), traz uma questão para pensarmos, que é de que forma o distanciamento dos laços sociais foram supridos na nova vida familiar privada. Nesse viés o autor menciona que não mais a sociedade passa a interferir diretamente no cotidiano do indivíduo, como era quando ainda não se tinha adotado a privacidade como característica da vida familiar. Agora uma nova onda de especialistas passou a se encarregar desse trabalho, como o Estado, os médicos, educadores e tantos outros que passam a definir os papéis a serem desempenhados por cada um.

Esse movimento teve a participação daqueles que passaram a administrar essa nova organização da sociedade: o Estado moderno, os moralistas e os especialistas - médicos, juristas e educadores, que tendem a definir os papéis diferenciados de pai e mãe, assim como as relações dentro do casamento como categorias únicas e invariáveis. Isso reflete o modo como a sociedade passou a entregar-se aos especialistas - ou a ser usurpada por eles - ou àqueles que 'por direito' determinam seus modos de organização, determinando relações de poder verticalizadas. Assim, ainda que as relações parentais tenham sido reconhecidas, teriam em contrapartida tornado-se domínio mais dos especialistas que tentam defini-la - enrijecendo-a em suas relações internas e externas, no âmbito político - do que dos próprios pais? (MATTÁ; MORAES, 2007, p. 118).

Matta e Moraes (2007) trazem esse questionamento sobre a influência e intervenção dos especialistas dentro do âmbito familiar após o surgimento do sentimento familiar e das práticas familiares particulares. Nesse sentido, demonstram que o capitalismo passou a organizar o meio social e familiar como um todo, pois é a partir do trabalho que as pessoas passaram a se organizar. Nesse novo enfoque, ainda que espaços públicos e privados tenham tomado caminhos diferentes nas relações históricas, eles acabam por se interligar, permitindo que o conceito de indivíduo, separado do contexto familiar, venha possibilitar seu consumo como força de trabalho, se tornando o próprio produto. Dessa forma, o isolamento familiar como produção de indivíduos ocorreu para que pudesse haver uma normatização de construção subjetiva dos indivíduos desde a infância.

Foi exatamente entre o rompimento dos espaços públicos e privados, segundo Matta e Moraes (2007), que a família passou a perder a legalidade de uma vida privada vivida à sua maneira, passando a sofrer múltiplas interferências.

Essa cisão incidiu fortemente na família. Ela perdeu seu espaço público não só a partir de uma valorização da intimidade, mas também em função da ocupação desse espaço pelo mundo do trabalho e pelo Estado. Confinada, perdeu inclusive o direito a uma privacidade e uma intimidade legítimas quando, através do racionalismo

científico e dos discursos tecnológicos intermediados por especialistas diversos, começaram a lhe traçar orientações e regras supostamente em nome do seu próprio bem-estar. É assim que, ideologicamente, totalmente controlada, ela tornou-se palco de manipulações que são internalizadas e perseguidas como valores. Essa situação tem sido vivida desde então (MATTA; MORAES, 2007, p.129).

Nessa perspectiva, a família é utilizada pelo Estado como forma de governamentalidade, segundo Matta e Moraes (2007), investindo cada vez mais em sistemas que proporcionam a coleta de informações e assim proporcionando a definição de estratégias que possam continuar exercendo seu poder. A medicina nesse contexto entra como ferramenta indispensável para a continuação das práticas de poder do Estado, pois permite práticas que disciplinam os corpos e favorecem a normatização subjetiva.

Acerca disso, Foucault, citado por Matta e Moraes (2007), faz menção a três tipos de governo existentes, que seriam: a moral, dando ênfase ao governo de si mesmo; a economia que diz respeito ao governo da família; e a política, que é o governo de um Estado. Sendo assim, para que haja um governo efetivo de forma abrangente é necessário que o Estado venha se apoderar da população como um todo, e dessa forma, a família entra como um sistema indispensável. “De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o governo da população e não modelo quimérico para o bom governo” (FOUCAULT, 1979, p. 288-289 apud MORAES; MATTA, 2007, p. 136).

É a partir dessas intervenções ocorridas no âmbito familiar que gostaríamos de trazer um breve relato sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que na atualidade são instituições utilizadas pelo Estado para atuarem ativamente dentro das famílias através de seus especialistas. Não buscaremos nos aprofundar sobre questões históricas, pois não é o foco desse trabalho, apenas estaremos fazendo um breve relato para tentar compreender de que forma os especialistas da saúde, através das estratégias do Estado, continuam intervindo mediante suas práticas dentro do campo familiar.

A partir de 1990, segundo Giovanella e Mendonça (2009), o Ministério da Saúde intensificou seu investimento em ações preventivas. Desde então, passou a desenvolver estratégias e práticas que viessem a redirecionar o modelo de atenção priorizando a promoção de saúde. Foi nesse novo modelo idealizado para a promoção de saúde, que a partir da Portaria MS n. 692, de Dezembro de 1993, se efetivou o Programa de Saúde da Família (PSF). Em um primeiro momento o programa foi iniciado em municípios menores, dando ênfase no atendimento básico primário, que muito se assemelhava ao Atendimento Primário à Saúde. Este visava um primeiro atendimento ao indivíduo e tinha como finalidade atender às demandas de saúde mais básicas da população, mas sem suporte para acompanhamentos.

O Programa de Saúde de Família se formulou como Estratégia do Estado a partir das novas reorganizações do SUS com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB SUS 01/96). A efetivação do PSF possibilitou que o SUS se fortalecesse, já que o programa fazia a conexão entre a população e a atenção à saúde.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p.603).

O PSF, segundo Giovanella e Mendonça (2009), teve significativos resultados através de sua atuação e aos poucos foi ampliando sua rede de atendimento, deixando de ser um programa para passar a ser uma Estratégia utilizada pelo Estado, sendo nomeada de Estratégia de saúde da Família (ESF). É a partir desses avanços que o PSF passa não só a atuar nos pequenos municípios, como era feito anteriormente, para serem implementados também nas cidades com mais de cem mil habitantes.

De acordo com os autores Matta e Moraes (2007), o Programa de Saúde da Família (PSF), pode vir a ser um forte instrumento de poder do Estado, instituindo estratégias de desenvolvimento de saberes e práticas profissionais que visam a internalização de padrões específicos, direcionados tanto aos profissionais quanto à população. Nesse sentido, utilizando a discussão do Estado agindo como sistema de normatização, é importante observar que ao mesmo tempo em que o PSF traz um viés de cuidado, ele viabiliza que o Estado venha a atuar controlando os indivíduos através das famílias, já que possibilita que a saúde esteja mais próxima da população, exercendo vigilância constante e medicalizações. Para os autores, o PSF possui dois aspectos muito parecidos com a globalização, que de um lado através do posicionamento dos profissionais institui normas e práticas autoritárias e uma postura paternalista, tentando assim conduzir a população de uma forma mais agradável, e de outro lado leva a população a uma determinada conscientização, trazendo os mesmos a uma maior participação social (MATTA; MORAES, 2007).

No que diz respeito às Políticas Públicas, Matta e Moraes (2007) destacam que a família vem sendo alvo de inúmeras estratégias de intervenção e, nesse viés, no campo da saúde podemos ver isso através do PSF, que tira o foco do indivíduo e passa a ter como base a família, a partir da reorganização do modelo assistencial.

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida permitindo ainda, uma

compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997, p.8 apud MATTA; MORAES, 2007, p. 138).

Para Matta e Moraes (2007), o PSF é um programa público que visa a promoção de saúde. Porém ao colocar em prática suas ações acaba por dividir suas responsabilidades com os usuários, que nesse caso é a família, trazendo para a mesma uma responsabilidade referente a seus próprios cuidados e controle, já que através do programa inúmeros discursos são apresentados e por elas internalizados. Nesse sentido, os autores apontam que tais práticas devem ser bem elaboradas para não jogarem para cima das famílias uma atribuição que vai além da sua capacidade. Nessa perspectiva os autores consideram a possibilidade do PSF não ter sido elaborado para famílias de baixa renda, porém, na prática acabou tendo suas práticas realizadas nessa população. Os autores ressaltam a possibilidade dessa ação ter ocorrido devido às famílias que tem condição financeira pagarem plano de saúde, e que houve uma idealização que esse tipo de programa é para quem precisa e que serviço público tem baixa qualidade.

Nessa mesma percepção consideram que os agentes comunitários de saúde (ACS), levam como fator preponderante o risco social a que as pessoas de um determinado local estão expostas. Isto os faz refletir que muitas vezes o que está em jogo é a territorialidade, já que, para Matta e Moraes (2007), é necessário cadastrar os indivíduos no PSF fazendo um mapeamento completo do território. Portanto, é necessário que a concepção de família seja feita de uma forma mais ampla, e já que o PSF é utilizado em sua maior parte por famílias pobres. Seria ideal que as mesmas viessem a falar sobre as percepções de si mesmo, para que possam ser entendidos e compreendidos mediante sua lógica e não pela ótica e ideologia de quem analisa. Dessa forma não seriam banalizados ou desvalorizados seus discursos e evitariam intervenções desnecessárias à realidade do local.

Diante disso, esse profissional tem a possibilidade de, estimulando a reflexão, levar a que se questione tais concepções enrijecidas e idealizadas de família, relativizando-as, destituindo-as do caráter universal e natural que receberam, estimulando construções, desconstruções e reconstruções, propiciando a que os grupamentos familiares se redescubram, podendo firmar suas identidades, resgatar e fortalecer seus potenciais, reconhecendo suas possibilidades e impossibilidades de modo autêntico e ativo na busca do que lhes parece mais adequado e coerente às suas condições de vida (MATTA; MORAES, 2007, p.146).

Mesmo diante de inúmeras dificuldades encontradas no PSF, conforme apresentado por Leite, Andrade e Bosi (2013), como a hierarquização, imposição da soberania médica e inúmeras dificuldades financeiras, o programa ainda é peça fundamental para que haja um novo modelo assistencial. Com intenção de melhorar os serviços prestados foi desenvolvido a

partir da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que traz como referencial a equipe interdisciplinar e o apoio matricial. É exatamente através dessa portaria que surge a indicação para que haja um profissional de saúde mental na equipe do NASF.

De acordo com o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde mental que atuam no NASF devem desenvolver as seguintes ações: realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional e priorizar abordagens coletivas; apoiar a ESF na abordagem dos casos com demandas em saúde mental; negociar com a ESF os casos que necessitem de uma intervenção conjunta; evitar práticas de “medicalização” de situações comuns à vida cotidiana; promover ações que visem à difusão de uma cultura de atenção antimanicomial, diminuindo o estigma e a exclusão em relação à loucura; mobilizar recursos comunitários para construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; articular ações intersetoriais; e ampliar o vínculo com as famílias, assumindo-as como parceiras no cuidado (BRASIL, 2009 apud LEITE, ANDRADE e BOSI, 2013, p.1172).

Leite, Andrade e Bosi (2013) trazem para conhecimento que a Psicologia no NASF precisará atuar de forma dinâmica, já que estará exposta a inúmeras demandas. Frente a isso, muitos problemas são gerados já que existe uma visão clínica da Psicologia muito difundida e nesse contexto ainda é muito solicitada e utilizada. Mesmo mediante de fortes pressões exercidas pela equipe multidisciplinar e pela população por atendimento clínico individualizado, os psicólogos do NASF tentam se afastar desta prática nesse local já que seria necessário uma equipe grande de Psicólogos para dar conta da demanda, por isso atendem nessa modalidade apenas pacientes considerados em crise e por um tempo determinado.

Nesse mesmo contexto, as práticas dos psicólogos no NASF se diferenciaram das exercidas pelos mesmos no início de suas atividades na saúde pública, onde eram feitos estudos das características externas do indivíduo a fim de se conhecer traços de sua personalidade. A mesma também procura se diferenciar da psicologia hospitalar que tem uma atuação mais centrada no indivíduo e suas subjetividades. Sendo assim, as atividades dos psicólogos inseridos no NASF, segundo estudos feitos por Leite, Andrade e Bosi (2013) são de caráter preventivo dentro da comunidade. Estando em constante comunicação com todos os outros especialistas do campo, viabilizando a criação de programas terapêuticos junto a equipe, visitas em domicílio, suporte educacional, grupo com aprimoramento em saúde mental e plantões psicológicos.

Portanto, através das questões levantadas acima, acreditamos que as práticas psicológicas utilizadas no NASF, possuem características educativas, e mesmo sem ter sido inicialmente pensada para atender a população mais pobre, é exatamente este seu público de maior demanda. Spink e Matta (2010), afirmam que as práticas Psicológicas utilizadas no

enquadramento da assistência médica eram voltadas para as camadas mais pobres. Segundo para os autores, se tais práticas eram voltadas para os pobres com certeza tinham finalidade educativa e, dessa forma, contando com o esquadramento. Sendo assim, ao observar algumas demandas citadas do NASF, através dessa pesquisa, podemos pensar que suas práticas ainda possuem muito caráter educativo voltado para a conscientização da população quanto às suas responsabilidades com sua saúde, dessa forma possuindo discursos ideológicos transmitidos através de seus saberes para as camadas mais pobres.

Segundo estudos de Spink (2010) a biopolítica, através da saúde pública, veio se transformando até passar a se estabelecer mediante a administração de riscos. A mesma é definida por Rose (2007 apud SPINK, 2010), como um agregado de ideias e práticas voltados para um possível futuro. Futuro esse que é idealizado através do estudo de acontecimentos no presente, que possibilitem intervenções e venham a alterar e controlar o futuro almejado.

Nesse tipo de estratégia, segundo a autora, ainda é predominante o princípio de segurança, não apenas baseado na questão da divisão dos custos ou no que se refere a outros tipos de acontecimentos como acidentes, possíveis doenças ou até mortes. Diante disso o enfoque na promoção de saúde, que conforme vimos acima é uma das bases em que se desenvolveu o PSF, visa uma possível anulação de riscos, se utilizando de mecanismos que venham possibilitar a antecipação de possíveis problemas futuros através da realização de exames e introdução de novos modelos de vida saudável. Nesse novo modelo almejado é necessário intensificar o processo de individuação, que nesse caso acontece no PSF e nos NASFs. Estes, apesar de voltados para a família, realizam atendimento individualizado.

Podemos, então, fazer uma comparação com o chamado de “poder pastoral” descrito por Foucault citado por Spink (2010). Esse “poder pastoral” é utilizado para que se possa entender como funciona o poder através da articulação entre disciplina e biopoder. Nesse sentido, é compreendido que da mesma maneira em que é feito de forma coletiva, direcionado para o rebanho de “ovelhas” como um todo, é também efetuado de maneira individual, para cada “ovelha” específica ajudando no controle individual e totalizante.

Uma forma de poder que não mais é controlada somente pela complexa rede de leis, agências governamentais, instituições de pesquisa e comitês de regulação; é administrada por cada de um nós em nossas relações com os especialistas do corpo: médicos, profissionais de saúde (incluindo psicólogos) e assistentes pessoais de muitos tipos (SPINK, 2010, p.51).

A partir das considerações acima cremos que é nesse novo modelo de atenção, que visa a promoção de saúde, que os especialistas e os psicólogos estarão baseando suas práticas e, é nesse cenário que nos debruçamos sobre as questões das práticas dos profissionais lá

inseridos. De certo, a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família trazem inúmeros benefícios à população atendida. Sendo assim, percebemos que a ESF e o NASF, através de suas práticas beneficiam as famílias e a população de forma geral, mas nos pegamos refletindo se não é através desses processos que o Estado continua atuando sobre os corpos. Haja vista, que o programa possibilita que se tenha uma atualização constante de informações sobre as pessoas e é feito todo um estudo da territorialidade. Nesse contexto, mesmo após muitas atualizações da saúde, será o biopoder ainda um forte aliado do Estado através desses programas? Atuando junto às famílias nessas estratégias, investindo cada vez mais em sistemas que proporcionam a coleta de informações e assim proporcionando a definição de artifícios que possam continuar exercendo seu poder? Isso para que seja possível, através da conscientização das responsabilidades do indivíduo, diminuir a responsabilidade Estatal?

Nesse mesmo enfoque e trazendo a reflexão de Spink e Matta (2010), é possível pensar que as ciências humanas, assim como a Psicologia, tiveram grande participação para o surgimento da sociedade disciplinar, e foram grandemente utilizadas para auxiliar a subordinação de corpos e almas. Aqui a referência às “almas” é exatamente essa conscientização feita através dos especialistas para a população, que vimos anteriormente sendo possivelmente utilizada na sociedade de controle através da promoção de saúde.

Portanto, as mudanças das práticas psicológicas na saúde pública não ampliaram seus horizontes para a captação de mais informações específicas para corroborarem com as estratégias de poder do Estado? Utilizando conhecimentos subjetivos e particulares, com distribuição geográfica favorecendo cada vez mais o poder sobre os corpos. Será essa uma nova forma de resgate do indivíduo através da família? Serão esses programas uma reorganização da forma de controle sob as famílias pobres? Nesse sentido, pensamos que a forma de controlar se modifica, mas o controle não cessa, apenas se criam novas estratégias para esse fim.

Apesar de haver indícios de que as práticas dos Psicólogos e dos especialistas, através dos programas citados acima, continuam exercendo sobre a família alguma forma de controle estrategicamente delineado pelo Estado, já que se trata de atendimento a população de baixa renda e tem caráter educativo, não podemos aqui afirmar tal coisa, pois necessitaríamos de um estudo muito mais aprofundado e abrangente para tal.

Esse capítulo buscou trazer brevemente em que cenário o SUS teve suas práticas estabelecidas, assim como também a passagem da saúde pública no Brasil para a saúde de caráter coletivo, que facilitou a entrada das ciências humanas na área da saúde utilizando

como base os estudos de Spink e Matta (2010). Após esse momento trouxemos, pautados em Matta e Moraes (2007), o estabelecimento do PSF como estratégia de fortalecimento do SUS, questionando suas práticas e buscando analisar se as mesmas possuem características de biopoder. Ainda nesse mesmo sentido, procuramos trazer um pouco da inserção da psicologia no NASF e sua assistência, bem como também muitas problemáticas a respeito da intervenção dos especialistas no campo familiar, questionando se a mesma ainda continua com caráter normatizador da conduta dos indivíduos como feito em séculos passados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse presente trabalho visou discorrer sobre as transformações ocorridas no contexto familiar a partir das intervenções dos especialistas em saúde, desde a afirmação de Reis (2007), onde a família é considerada uma construção para atender demandas sociais, se reatualizando conforme o momento. E é nessa condição que trouxemos a família se reorganizando mediante novos cenários manifestantes e se tornando objeto de intervenção contínua de especialistas como estratégia de Estado.

Mediante a Revolução Industrial e o Capitalismo as famílias precisaram sair dos campos e se inserir nos centros urbanos. A partir desse fator e, mais precisamente, com a chegada da Família Real aqui no Brasil, a medicina passou a ser utilizada para normatizar as condutas dos indivíduos, através da medicina higienista, e mantê-los sob vigilância constante. Não sabemos em que momento exatamente a noção e prática de intimidade e privacidade entre as famílias se iniciaram, porém, sabemos que a medicina higienista teve grande influência para que tal processo ocorresse. Nessa nova perspectiva, as famílias precisaram atender às novas demandas impostas pela urbanização, pois corriam o risco de não conseguir se manter, dessa forma aceitaram mais facilmente os novos padrões de conduta exigidos.

A intenção do movimento higienista, segundo Costa (1979), era passar o controle do indivíduo para o Estado e assim modificar toda a estrutura de vida das famílias, desde o modo de se relacionar até os de se vestir, comer, se portar, além da delimitação dos papéis sociais de cada membro da família, homem-mulher-criança.

Nesse mesmo viés a medicina social que surgiu a partir do século XIX, traz uma configuração que tem como foco o controle da saúde dos corpos das pessoas de baixa renda, visando transformá-las em pessoas produtivas e prontas para o trabalho, diminuindo o risco para as classes mais abastadas. Através dessa nova transformação da medicina é que os mais pobres passam a ter assistência médica e se começa a adquirir o controle da saúde dos trabalhadores proporcionando também uma investigação mais ampla da saúde pública.

É a partir desse contexto, que tentamos trazer para o presente trabalho questões que muito nos chamaram atenção, já que percebemos que a saúde pública veio se reconfigurando ao longo do tempo até a implementação do SUS. Porém a partir de práticas estabelecidas hoje podemos cogitar a hipótese que muito tem se utilizado do poder disciplinar. Prática essa que muito era utilizada pela psicologia e outras áreas nas primeiras configurações em saúde, para controlar e disciplinar os indivíduos, promovendo uma maior conscientização por parte da população e diminuição do poder Estatal. Este mesmo artifício utilizado anteriormente

permanece em uso através da estratégia de promoção de saúde mediante programas da ESF e o NASF. O que nos leva a pensar se possíveis práticas disciplinares ainda continuam se reproduzindo a partir de novos modelos implementados.

Buscando levantar questões e implicações que possivelmente venham a interferir nos dias atuais através das famílias modernas, podemos observar hoje programas criados pelo governo, atuando de forma educativa e voltados para uma população pobre, tendo como foco de intervenção as famílias. Nesse sentido, nos questionamos se tais procedimentos não continuam visando uma docilização dos corpos e introjeção de normas de condutas através das práticas de esquadramento. Para tanto, trouxemos algumas estratégias de biopoder, que visam a atualização constante de informações dos indivíduos, e biopolítica, que possivelmente estão inseridos em programas que tem a família como base de intervenção.

Claramente, durante a pesquisa houve grandes indícios de que a ESF e o NASF continuam reorganizando suas práticas através de estratégias definidas pelo Estado com intenção de controle dos indivíduos mediante o núcleo familiar, porém aqui não é possível afirmar tal ponto, pois como mencionado anteriormente, seria necessário um estudo muito mais aprofundado sobre as práticas dos profissionais nesses mecanismos.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BRASIL. **NOB 01/96** - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: DOU, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008.
- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- GUIRADO, M. **A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade**. São Paulo: Annablume, 2012.
- LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde Coletiva. **Physis, Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, 2013.
- MORAES, M.; MATTA, G. A construção social da família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, Silva T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- SPINK, M. J. **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- _____. Psicologia social e saúde: trabalhando com a complexidade social. **Quaderns de Psicologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-56, 2010.