



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Guazzelli Bernardes, Anita; Cavaleiro Pelliccioli, Eduardo; Fernandes Marques, Camilla
Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 8, agosto, 2013, pp. 2339-2346
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027994018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação

Bonds and practices of care:
correlations between health policies and forms of subjectivation

Anita Guazzelli Bernardes¹
Eduardo Cavalheiro Pelliccioli¹
Camilla Fernandes Marques¹

Abstract *This paper analyzes the bond as a strategy for practices of care in public health policies. The analysis was structured around the Foucauldian tools of truth and forms of government that constitute policies of subjectivation. The discussion surrounds the correlation between the National Policy of Primary Health Care and other documents of public policies as part of this approach that makes it possible to consider the articulation of the bond with practices of care. This reflection has considered the bond as a focus of experience constituted by the correlation between formation of knowledge, normativity of behaviors and forms of subjectivation with regard to a pragmatic of the subjects in their different modalities of relationship with themselves.*

Key words Bond, Care, Health policies, Forms of subjectivation

Resumo *Este artigo analisa o vínculo como estratégia das práticas de cuidado das políticas públicas de saúde. A análise ampara-se nas ferramentas foucaultianas de verdade e formas de governo que constituem políticas de subjetivação. A discussão é feita a partir da correlação entre a Política Nacional de Atenção Básica e outros documentos das políticas públicas como parte deste arquivo que permite pensar a articulação do vínculo com as práticas de cuidado. A reflexão considera o vínculo como um foco de experiência constituído pela correlação entre formação de saberes, normatividade de comportamentos e formas de subjetivação no que diz respeito a uma pragmática do sujeito em suas diferentes modalidades de relação consigo mesmo.*

Palavras-chave Vínculo, Cuidado, Políticas de saúde, Formas de subjetivação

¹ Programa de Mestrado,
Universidade Católica Dom
Bosco, Avenida Tamandaré
6000, Jardim Seminário.
79.117-900. Campo
Grande MS.
anitabernardes1909@
gmail.com

Introdução

Este artigo analisa o vínculo como estratégia das práticas de cuidado das políticas públicas de saúde. O vínculo é um procedimento que emerge no campo das políticas públicas em razão da ênfase na atenção básica na saúde. Esta análise faz parte de uma investigação que tem como escopo as tecnologias de cuidado em saúde, portanto, é uma das linhas de estudo que se engendraram no processo de análise de uma pesquisa que opera com documentos das políticas públicas de saúde no Brasil.

A análise é feita a partir de ferramentas foucaultianas de verdade e formas de governo que constituem políticas de subjetivação. Nesse sentido, o vínculo conforma-se como uma política ontológica das práticas de cuidado em saúde. A discussão é feita a partir da correlação entre a Política Nacional de Atenção Básica e outros documentos das políticas públicas como parte deste arquivo que permite pensar a articulação do vínculo com as práticas de cuidado. A reflexão volta-se para o vínculo como um foco de experiência constituído pela correlação entre formação de saberes, normatividade de comportamentos e formas de subjetivação no que diz respeito a uma pragmática do sujeito em suas diferentes modalidades de relação consigo mesmo, como modo de compreender como um indivíduo se constitui como sujeito na saúde a partir de certas técnicas/relações que estabelece consigo mesmo e com os outros.

Em um primeiro momento, é situado o campo de análise no que tange à compreensão de focos de experiência para, a partir disso, considerar-se o vínculo como estratégia de governo das práticas de cuidado na saúde e uma política de subjetivação. A finalização do texto aponta para uma possibilidade de negociação com as formas de governo, na medida em que abre o campo para outras possíveis correlações entre liberdade e verdade.

Focos de experiência

[...] eu fosse inventado de ter uma garça e outros pássaros em minhas árvores. Eu fosse inventado como as pedrinhas e as rãs em minhas areias. Eu escorresse desembestado sobre as grotas e pelos cerrados como os rios. Sem conhecer nem os rumos como os andarilhos. Livre, livre é quem não tem rumo¹.

Operar com o conceito de focos de experiência é migrar para um campo de análise em que o

sujeito passa a ser compreendido como uma invenção, como um andarilho sem rumo, uma vez que se constitui na própria experiência do viver, em um espaço de articulação entre formas de governo dos outros e governo de si, entre liberdade e verdade. Isso significa, para o pensamento foucaultiano, fazer certos deslocamentos teóricos em que não se trata de considerar a história do desenvolvimento da experiência humana em termos de conhecimento, tampouco de um mecanismo geral de poder que assujeita e de um sujeito que constrói sua história. Significa percorrer um campo em que o humano é compreendido como uma invenção, inclusive recente, mediante um conjunto heterogêneo de práticas que constituem certas modalidades de relação do sujeito consigo mesmo a partir de políticas ontológicas. Essas relações não são exclusivamente de formas de assujeitamento, mas, fundamentalmente, relações agonísticas, de formas de aleturgia^{2,3}.

Nesse sentido, considerar o vínculo nas práticas de cuidado como um foco de experiência é inspirar-se nesses deslocamentos epistemológicos no que se refere a problematizá-lo como modalidade de constituição de um sujeito na saúde, ou seja, de formas de subjetivação. O vínculo, nesse caso, não é pensado em termos do que significa, e sim daquilo com que se articula, na medida em que é analisado na superfície do que é dito, e não do que quer dizer. Portanto, tomar o vínculo como um foco de experiência é migrar do campo da metafísica para um campo das práticas, isto é, de enunciados performativos⁴. Além disso, também se trata de inscrevê-lo como um acontecimento, pois inventa novas modalidades de relação do sujeito com o campo da saúde.

A emergência das ciências humanas no século XIX, o que tornou possível a invenção do homem moderno, chancelou a subjetividade na articulação entre vida, trabalho e linguagem. Esse humanismo do século XIX permitiu que o humano tornasse aquilo que deve e pode ser pensado, não mais um objeto da filosofia, mas um dos fundamentos da ciência na modernidade: não é mais apenas aquilo que produz conhecimento – sobretudo, torna-se o próprio objeto a ser conhecido. Trata-se de um humanismo porque se centraliza na forma-Homem, na “necessidade de interrogar o ser do homem como fundamento de todas as positivities”⁵. Essas dimensões da vida, do trabalho e da linguagem permitem a constituição do humano tanto em termos de interioridade quanto de exterioridade. É essa relação agonística entre interioridade e exterioridade, entre práticas psicológicas e socioló-

gicas, da qual as ciências da saúde se aproximaram na segunda metade do século XX, que modifica as práticas de saúde.

Isso significa, neste procedimento de análise, considerar certas descontinuidades nas formações de saber para a manifestação de determinadas normatividades de comportamento. É preciso discutir dois pontos iniciais que conformam regimes de verdade na saúde, mediante a aproximação das ciências da saúde com as ciências humanas: o primeiro diz respeito ao vínculo no campo das práticas psicológicas; o segundo refere-se ao vínculo no neoliberalismo.

Práticas psicológicas e vínculo

As práticas psicológicas, no século XX, produzem um campo de experiência em que o sujeito, dotado de uma interioridade, passa a ser constituído mediante a articulação do indivíduo com a família. Essa aproximação do indivíduo com a família, em termos de constituição de si, tem como um dos vetores de subjetivação o vínculo. O vínculo é objetivado como uma qualidade do sujeito que se estabelece a partir da relação de cuidado na família, ou seja, é por meio da relação com o outro que o vínculo se torna um vetor fundamental na conformação do psiquismo do sujeito. O vínculo, nesse sentido, torna-se tanto um atributo individual quando diz respeito à capacidade ou não de vincular-se, quanto uma condição para o próprio desenvolvimento psicológico do sujeito no que tange à qualidade das relações familiares. Nessa formação de saber, o vínculo ocupa uma dimensão de interioridade que liga o sujeito a um campo de exterioridade. A relação entre interno e externo marca uma distinção e, ao mesmo tempo, uma dependência entre indivíduo e família.

Essa forma de objetivação do vínculo será correlacionada com as objetivações da psicopatologia, de modo que o exame do vínculo em termos de capacidade, qualidade e condições faz parte das ferramentas de análise diagnóstica e prognóstica. Essa análise inscreve o indivíduo em uma história, uma história da família do próprio indivíduo. A história da família compõe um campo de explicações e justificativas da nosografia do sujeito. Isso torna o vínculo também uma estratégia de normatividade dos comportamentos, ou seja, de governo das condutas, na medida em que será sobre o vínculo que se investirá em termos de tecnologias psicológicas e psicopedagógicas. Dito de outro modo, o vínculo é necessário para o desenvolvimento do indivíduo, o

que o torna um sujeito vinculado à família, às terapêuticas, a um desenvolvimento sadio.

O vínculo, como um foco de experiência, constituído por práticas psicológicas, faz parte de um dispositivo de interiorização do sujeito, encontrando-se como um atributo interno, porém possível pela relação com a família; ao mesmo tempo, é um procedimento de investimento em certa modalidade de relação consigo quando, por meio dele, é possível desprender o indivíduo de um campo de incapacidades, tais como trabalhar, estudar, relacionar-se conjugalmente, etc. O vínculo torna-se uma estratégia para o investimento na liberdade do indivíduo: liberdade de doenças, liberdade da pobreza, liberdade da dependência⁶.

Vínculo e liberdade

O investimento nas liberdades faz parte de uma formação histórica na qual as práticas psicológicas aparecem, entre outras, como ofertas de serviço ao Estado. Essa formação histórica liberal que se engendra no século XVIII, mas que se potencializa a partir de novas coordenadas no século XX, com o neoliberalismo, constitui-se mediante o que Foucault⁷ considera como a emergência de um poder que recai sobre a vida e as formas de viver da população. A biopolítica focalizará a população no que tange aos fenômenos da vida e seu desenrolar, mediante um conjunto heterogêneo de estratégias de governo que não se localizam estritamente na figura do Estado, mas fundamentalmente nas micropolíticas da vida cotidiana, constituídas pela série segurança-população-governo. Considera-se, inclusive, que o Estado moderno é uma conformação biopolítica, ou seja, faz parte de um jogo estratégico de uma economia política. Trata-se da relação entre *o poder político operando no seio do Estado como quadro jurídico da unidade e um poder que podemos chamar de pastoral, cujo papel é velar permanentemente pela vida de todos e de cada um, ajudá-los, melhorar o seu destino*⁸.

Nessa racionalidade, é preciso estratégias que se voltem para a vida da população no que se refere a uma política de sociedade que não terá como princípio regulador a troca de mercadorias, mas mecanismos de concorrência. É justamente em razão destes que se torna necessário investir nas liberdades. As liberdades são as possibilidades de fazer parte dos mecanismos concorrenciais, ou seja, são mecanismos de não protecionismo que incidem sobre as liberdades individuais. O que se faz é criar um espaço econômico

mínimo que permita ao indivíduo assegurar a si mesmo. Esse espaço econômico mínimo permitiria que *todos os indivíduos alcançassem um nível de renda que lhes possibilitasse os seguros individuais, o acesso à propriedade privada, a capitalização individual e familiar, com as quais poderia absorver os riscos*⁷. Cabe ao indivíduo, dessa forma, a partir desse espaço mínimo, empreender o seu próprio desenvolvimento. A liberdade é dada para se escolher o quanto se quer investir em si mesmo – uma liberdade para ser empreendedor.

Para tanto, é necessário focalizar procedimentos de governo das condutas no que tange à constituição da figura do sujeito como empreendedor de si. Ser empreendedor de si é uma via para se alçar à liberdade. No que residiria o vínculo nessa racionalidade? O vínculo é aquilo que, em termos de capital humano, qualifica o indivíduo para tornar-se um sujeito empreendedor, ou seja, é uma faculdade humana que torna o sujeito capaz de agenciar a si mesmo a partir das condições constitutivas que lhe foram possibilitadas nos primeiros anos de vida – um atributo hereditário, mediante o que as práticas psicológicas produzem; é, ainda, aquilo que permite que o indivíduo faça parte de uma sociedade de risco e se engaje nos processos que a constituem: vincular-se aos mecanismos concorrenciais como modo de fazer parte da própria sociedade.

A partir dessas duas coordenadas – práticas psicológicas e neoliberalismo –, tem-se como condição para o vínculo uma dimensão interna, de capital humano, e uma externa, de formas de governamentalidade. O capital humano e a governamentalidade, esta como estratégia que encontra no capital humano uma formação de saber, permitem a articulação entre vínculo, liberdade e empresa de si mesmo. No que se refere ao campo da saúde, essa serialização será fundamental para as práticas de prevenção e de promoção em saúde que aparecem a partir da década de 1970, internacionalmente, mas que recaem sobre as políticas públicas de saúde no Brasil. A saúde será uma dimensão privilegiada de foco das formas de governamentalidade:

*A Conferência (Alma-Ata) enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde*⁹.

Atenção primária e formas de governamentalidade

O modelo preventivista¹⁰, conjuntamente com a promoção de saúde do modelo canadense, produz uma ampliação da saúde, não apenas nos investimentos na atenção primária, mas também no modo como a atenção primária não se reduz aos problemas de saúde, e sim às necessidades de saúde da população no Brasil¹¹. O foco na atenção primária⁹ tem como escopo as condições de vida da população no que tange aos seus efeitos de conjunto: habitação, alimentação, educação, trabalho, assim como morbidades, mortalidades, nascimentos. Ou seja, por meio da ampliação das práticas de saúde, a partir de estratégias de governamentalidade biopolítica, as condições de vida constituídas como necessidades de saúde tornam-se problemas de saúde, problemas a serem governamentalizados.

Essa racionalidade de governo, em que se equalizam necessidades de saúde com problemas de saúde e se focalizam as ações no nível da atenção primária, tem como campo de justificativas a noção de que *representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde*⁹.

Esse modelo de saúde que começa a engendrar-se apresenta um plano de bifurcação ou, dito de outro modo, constitui-se por estratégias heterogêneas em termos de políticas sociais: por um lado, as formulações da década de 1970 constituem-se como uma racionalidade crítica a um modelo de saúde mercantilizado a partir dos efeitos da relação entre biopolítica e biomedicina: *su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial*¹²; ao mesmo tempo, não se constitui em um campo de exterioridade à economia política enquanto forma de saber específica da governamentalidade: *la salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este res-*

pecto¹². Trata-se, sobretudo, de uma relação agonística que produz novas modalidades de governo das condutas, que, portanto, recaem sobre as formas de governo de si¹³.

São relações agonísticas que produzem focos de experiência que se amparam tanto em regimes de verdade nos quais se cruza o vínculo das práticas psicológicas com a liberdade do neoliberalismo, quanto em uma racionalidade que pretende descolar saúde do capital. É um jogo entre política social e política social econômica que se estabelece no nível da atenção primária, na medida em que esta representa o primeiro contato da população com o sistema de saúde: *a Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e outras de vinculação de clientela têm representado importantes iniciativas nesse sentido*¹⁴. É sobre esse primeiro contato da população com o sistema de saúde que se estabelecerá outra articulação do vínculo.

O primário torna-se básico

*A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes*¹⁵.

A atenção primária à saúde que emerge na Alma-Ata⁹ toma forma na política de saúde no Brasil a partir da primeira década do século XXI como atenção básica. A equivalência dos termos é possível em razão de um mecanismo de sofisticação de investimentos biopolíticos no que diz respeito às formas de objetivação da atenção primária. Trata-se de investimentos biopolíticos, na medida em que recaem como estratégia de governamentalidade da vida da população no seu cotidiano, considerando-se não apenas quando o sujeito chega à rede de saúde, mas como a rede de saúde chega ao sujeito – *ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária*¹⁵. Esses mecanismos biopolíticos acentuam a necessidade de foco não exclusivamente no que é primário, em termos de porta de entrada na rede de saúde, mas fundamentalmente naquilo que é forjado como dimensão básica da existência da população, ou seja, a forma de localização e esquadramento possíveis pela centralização no território e na família:

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qua-

*lificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais*¹⁵.

Esses procedimentos que focalizam a família e o território não são propriamente recentes no que diz respeito a políticas públicas de saúde. Foucault¹⁶ apontava que a nosopolítica do século XVIII, na Europa, apresentava como uma de suas características um investimento na família em termos de figura medicalizada-medicalizante. O que se torna interessante considerar é que a ampliação da forma de objetivação da saúde tem como correlato outra forma de subjetivação. Na Carta de Ottawa¹² encontra-se uma das formulações da noção de ampliação da saúde: *La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas*. Essa ampliação que se tece na articulação entre recursos sociais, pessoais e atitudes físicas, por um lado, e, por outro, entre fonte de riqueza e vida cotidiana estabelece outro conjunto de procedimentos, focalizando a atenção primária segundo duas dimensões: uma estrutura política, em que recursos sociais são equalizados com direitos sociais; e outra em que os recursos pessoais e aptidões físicas se encontram com um estatuto social e político dos indivíduos em termos de cidadania, de modo que as políticas sociais possam “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”¹².

Desse modo, ampliar a saúde é produzir modos de subjetivação em que o sujeito passa a ser cidadão de direitos, com capacidade de autonomia e controle social¹⁷. Isso recai sobre as formas de governo, que, a partir do século XVIII, passam a investir no corpo, no biológico, no somático como realidade biopolítica e que migram, no século XX, para um corpo jurídico, autônomo, que exerce controle social. O básico terá um papel fundamental na produção dessa forma de subjetivação: *deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social*¹⁵.

Proporcionar à população suportes para melhorar sua própria saúde, bem como formas de

controle/participação sobre si, cria a necessidade de um conjunto de ações que invistam na relação que o sujeito estabelece consigo mesmo e com a rede de cuidados em saúde: *a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado*¹⁵. Trata-se de uma relação pragmática em que o sujeito da saúde precisa ascender a níveis maiores de controle sobre si mesmo, exercidos por meio de recursos no seu próprio espaço de vida. O primário, como aquele primeiro campo de problemas de saúde, torna-se básico como aquele campo que territorializará tanto a população quanto suas necessidades de saúde, *a sua reconversão com vistas à organização dos serviços de atenção básica, fortemente orientados para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando-se romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar*¹⁴. Assim, cria-se um escopo das ações de saúde voltado não mais especificamente para as práticas tecnológicas, no que tange às formas de intervenção, mas para os requisitos necessários para que as intervenções sejam possíveis: o vínculo. Além disso, a racionalidade que se opera em termos de reconversão modifica as condições de acesso. Essa modificação reside na estratégia de a saúde migrar até o sujeito e não mais de o sujeito migrar para a saúde, como nas tecnologias hospitalares.

Para tanto, a ampliação da saúde sustenta-se em outro regime de verificação, no qual a crítica a um modelo biomédico/assistencialista orienta as práticas para *ruptura desse pacto deletério à saúde dos coletivos que somente poderá ser viabilizada assumindo-se a centralidade das estratégias vinculatórias (ESF ou outras), para as quais todo o arsenal tecnológico e terapêutico deveria servir de estrutura de suporte e retaguarda especializada*¹⁴. Isso significa uma modificação, uma descontinuidade na conformação das ações de saúde. O vínculo sai de uma região de interioridade do indivíduo e passa a constituir uma condição básica/central para estabelecer as formas de cuidado. As estratégias terapêuticas devem subsumir-se às vinculatórias. Nesse sentido, a governamentalidade biopolítica passa a agir no nível da vida cotidiana, porém focalizando o vínculo que deve se estabelecer entre população e serviços de saúde: *o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico*¹⁵.

Vínculo e políticas de subjetivação: algumas considerações finais

A capilarização dos procedimentos de governamentalidade, ou seja, um poder cada vez mais descentralizado e sutil, encontra nas práticas de cuidado um instrumento privilegiado de seu exercício. As práticas de cuidado tornam-se aquilo que qualificará a rede de atenção à saúde, na medida em que amplia a saúde e a clínica segundo uma justificativa, como já foi escrito anteriormente, não mais tecnicista, e sim vinculativa. Essa justificativa se tece como regime de verdade, emergindo outra modalidade ontológica. Aquele humanismo que permitiu a emergência da forma-Homem no século XIX agora se conforma nas práticas de humanização da saúde. Do humanismo que tornou o Homem aquilo que é necessário conhecer, torna-se humanização daquilo que, pelo tecnicismo da biomedicina, acabou por supostamente perder-se, ou seja, a ênfase na cura, e não propriamente na arte de curar:

*Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado*¹⁸.

O básico encontra-se nessas dimensões sociais e subjetivas: não é uma ontologia do dentro, tampouco do fora, mas da rede. Uma rede que se torna possível pelo vínculo que as práticas de cuidado tornam possíveis. A territorialização da rede mediante estratégias vinculatórias sustenta-se em uma política de subjetivação que articula o sujeito da saúde com o de direito em termos de responsabilização, autonomia, protagonismo. Essa ontologia de humanização na saúde se faz possível por uma estratégia de governamentalidade que absorveu o sujeito das lutas políticas da década de 1970 na própria constituição do sujeito da saúde na contemporaneidade:

*tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social*¹⁸.

Assim, se estabelece uma série entre cuidado-governo-vínculo. Essa série, como um foco de

experiência, tem como subjetividade possível o sujeito cidadão, autônomo, protagonista, corresponsável.

Essa figura é forjada por aquilo que constitui as práticas psicológicas no século XX, o que Foucault¹⁹ considera como a descoberta do sentido, que se iniciou no final do século XIX e que passa a:

*tomar o homem não no nível desse denominador comum que o assimila a todo ser vivente, mas no seu próprio nível, nas condutas nas quais se exprime, na consciência em que se reconhece, na história pessoal através da qual se constitui*¹⁹.

É forjada, ainda, pelo neoliberalismo, em termos de sujeito empreendedor de si mesmo. O sujeito cidadão é tanto aquele corresponsável no que concerne a práticas de cuidado em saúde, quanto o sujeito protagonista, uma empresa de si mesmo no que tange à responsabilidade por si. Essa articulação entre formas de subjetivação distintas se faz quando a governamentalidade tem como foco *construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais*¹⁵.

Entretanto, como se trata da invenção de um sujeito que é autônomo e protagonista, as práticas de cuidado defrontam-se com aquilo mesmo que as constitui: a possibilidade ou não de o sujeito vincular-se. O vínculo torna-se, nesse sentido, uma linha feiticeira, nômade, no campo da saúde. Ao constituir-se como estratégia de cuidado, também se torna uma possibilidade de práticas de liberdade.

Como práticas de liberdade, ou como forma de relação entre liberdade e verdade, o vínculo pode tornar-se uma tecnologia de governo de si em ter-

mos de relação entre ética, estética e política. O vínculo não é apenas aquilo que constrange as formas de subjetivação, na medida em que produz certas políticas ontológicas, mas também uma estratégia que permite formas de negociação do sujeito com a verdade. O vínculo, neste caso, é tanto uma estratégia das práticas de cuidado, quando considerado o seu caráter de enunciado performativo, quanto aquilo com que as Políticas de Saúde se defrontam e que, segundo a ética cínica, seria *a verdade pondo a vida à prova: trata-se de ver até que ponto as verdades suportam ser vividas e de fazer da existência o ponto de manifestação intollerável da verdade*²⁰, ou seja, uma dramática do discurso que abre para um risco indeterminado.

Esse plano de bifurcação permite operar com o vínculo como emergência de um dizer a verdade; nesse caso, seria uma forma de aleturgia em que o sujeito que enuncia uma verdade faz valer sua própria condição de liberdade de quem fala. O dizer a verdade, no caso do vínculo como prática de cuidado, é justamente essa condição disposta ao sujeito de ligar-se ou não àquela rede que o constitui como objeto do cuidado. O vínculo acaba por tecer certas condições mediante as quais o sujeito se aproxima da relação entre verdade e liberdade, o que faz do vínculo uma estratégia de um dizer a verdade pelo nomadismo, pela trajetória na rede, pelas composições aleatórias, e não apenas regulatórias, das práticas de cuidado.

Não se trata, então, de qualificar propriamente a rede de saúde, mas de considerar a possibilidade de a rede tornar-se, pelas estratégias vinculatorias, uma “verdade como ruptura e escândalo intempestivo”²⁰ de potências de vida, das necessidades, e não dos problemas de saúde.

Colaboradores

AG Bernardes, EC Pelliccioli e CF Marques participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPq pelo financiamento da pesquisa.

Referências

1. Barros M. *Menino do Mato*. São Paulo: Leya; 2010.
2. Foucault M. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
3. Foucault M. *Do governo dos vivos*. Curso no Collège de France, 1979-1980 (excertos). São Paulo, Rio de Janeiro: Centro de Cultura Social, Achiamé; 2010.
4. Austin J. *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós; 2010.
5. Foucault M. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
6. Foucault M. Michel Foucault: a Segurança e o Estado. In: Foucault M. *Ditos & Escritos VI*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 170-175.
7. Foucault M. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
8. Foucault M. Omnes et singulatim: uma crítica da razão política. In: Foucault M. *Ditos & Escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003. p. 355-385.
9. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde*. URSS; 1978.
10. Arouca S. *O Dilema Preventivista*: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
11. Camargo JKR. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis* 2007; 17(1):63-76.
12. Carta de Ottawa. *Primera Conferencia internacional sobre La Promoción de La Salud*. Ottawa; 1986.
13. Foucault M. A Governamentalidade. In: Foucault M. *Ditos & Escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003. p. 281-305.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: MS; 2006.
15. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
16. Foucault M. O Nascimento da Medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1995. p. 79-98.
17. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da união* 1990; 19 set.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004.
19. Foucault M. A Psicologia de 1850 a 1950. In: Foucault M. *Ditos & Escritos I*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002. p. 133-151.
20. Gros F. A parrhesia em Foucault (1982-1984). In: Gros F, organizador. *Foucault: a coragem da verdade*. São Paulo: Parábola Editorial; 2004. p. 155-166.

Artigo apresentado em 05/11/2012

Aprovado em 09/12/2012

Versão final apresentada em 13/12/2012