

PRÁTICAS DE SAÚDE, PRÁTICAS DO ASSISTENTE SOCIAL E TECNOLOGIAS DE PODER:  
DISCIPLINA, BIOPOLÍTICA E GESTÃO DA VIDA

Kássia de Oliveira Martins Siqueira<sup>1</sup>

**Resumo:** Este artigo pretende colocar em análise as tecnologias e relações de poder que produzem as práticas de saúde e as práticas do assistente social na saúde. Pretende também problematizar as subjetividades produzidas no cotidiano hospitalar, a partir de uma experiência profissional enquanto assistente social de um hospital público situado no Rio de Janeiro e enquanto pesquisadora em doutoramento no curso de Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para a problematização das experiências vivenciadas em âmbito hospitalar, a metodologia escolhida foi a pesquisa-intervenção, sendo essa uma ferramenta da Análise Institucional. Nesse sentido, parte do questionamento ao referencial positivista, que afirma a necessária neutralidade do pesquisador na produção do conhecimento. Dentre os resultados da análise de minhas vivências na área da saúde, destaco a relevância da compreensão das tecnologias de poder enquanto estratégias fundamentais presentes nas práticas de saúde e nas práticas do assistente social na saúde, para a produção do que se define, na contemporaneidade, como gestão da vida.

**Palavras-chave:** Assistente Social; Saúde; Biopolítica.

**Abstract:** This article intends to analyse technology and power relations that produce health practices as well as social workers practices in health. It also seeks to problematize the subjectivities produced in the hospital routine, from a professional experience as a social worker in a federal hospital located in Rio de Janeiro and as a doctoral student in Public Policy and Human Formation at the State University of Rio de Janeiro. For the questioning of experiences in hospital settings, the methodology chosen was the research intervention, this being a tool of Institutional Analysis. In this sense, it begins to question the positivist framework, which states the necessary neutrality of the researcher in the production of knowledge. Among the results of the analysis of my experiences in

<sup>1</sup> Assistente Social, especialista em Serviço Social e Saúde, mestre e doutoranda em Políticas Públicas e Formação Humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: kassia\_siqueira@yahoo.com.br

healthcare, I highlight the importance of understanding the technologies of power as fundamental strategies present in health practices and in the practices of social workers in health, for the production of what is defined in the contemporary period as life management.

**Keywords:** Social Worker; Health; Biopolitics.

## Introdução

O presente artigo foi escrito a partir de uma experiência profissional na área da saúde, em um hospital público localizado no município do Rio de Janeiro, em que atuei como assistente social por dois anos e seis meses. Ao longo desse período, durante todo o dia passava a maior parte do tempo atendendo pessoas com câncer, ouvindo suas histórias, suas dificuldades, seus sofrimentos, encaminhando para o recebimento de recursos, orientando sobre rotinas e normas, assim como sobre os seus direitos.

Para a problematização das experiências vivenciadas em âmbito hospitalar, a metodologia escolhida foi a pesquisa-intervenção, sendo essa uma ferramenta da Análise Institucional. O objetivo de utilizar tal ferramenta foi, dentre outros, romper com a visão positivista, que afirma a necessária neutralidade do pesquisador na produção do conhecimento. Como afirmam Coimbra e Nascimento (2007),

Dentro de uma visão positivista que afirma a objetividade e a neutralidade do pesquisador, as propostas da Análise Institucional tornam-se, efetivamente, uma subversão. Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades - consideradas absolutas, universais e eternas - seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam é romper com a lógica racionalista presente no pensamento ocidental e, em especial, na Academia. (p. 3)

Por ter vivenciado uma experiência profissional na política pública de Assistência Social, quando trabalhei em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) por um ano, ao

trabalhar na área da saúde compreendi que o trabalho do assistente social nessa área é atravessado por uma peculiaridade, pois além de lidar com a ausência das chamadas necessidades básicas \_ pessoas que não tem como se alimentar “adequadamente”, que demandam por cadeira de rodas, cesta básica, etc., informações sobre benefícios destinados aos que não têm renda ou têm uma renda familiar considerada insuficiente para o sustento da família, dentre outros “recursos assistenciais” \_ lida também com o sofrimento ocasionado pela doença. Assim, na área da saúde, as pessoas estão sofrendo pela doença e, sendo o câncer uma doença grave em muitos casos, esse sofrimento torna-se ainda mais intenso.

No entanto, o assistente social, mesmo fazendo parte da equipe multidisciplinar<sup>2</sup> de saúde, intervém de modo diferente na vida do “paciente”, pois sua intervenção não se dá diretamente no corpo \_ como ocorre com as demais categorias profissionais \_, mas na forma de viver, se comportar, sentir e pensar. Assim, esse profissional, apesar de não tratar diretamente a doença, suas causas físicas ou psíquicas, atua na produção de subjetividade coletiva. Trata-se de uma problemática, como afirmam Guattari e Rolnik (1986), “a problemática micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade. Ela se refere aos modos de expressão que passam não só pela linguagem, mas também por níveis semióticos heterogêneos” (p. 28). Para os autores,

Todos os fenômenos importantes na atualidade envolvem dimensões do desejo e da subjetividade. Não se consegue explicar o que está acontecendo no Irã ou na Polônia, por exemplo, se não se entender até que ponto está havendo uma produção de subjetividade coletiva que, com muita dificuldade, se expressa como recusa de um certo tipo de ordem social. As referências universitárias e políticas tradicionais, o marxismo clássico ou um *remendo freudo-marxista* não dão conta desses problemas do desejo em escala coletiva. (GUATTARI E ROLNIK, 1986, p. 28)

O assistente social, por ser aquele que orienta sobre direitos, leis, encaminha para recursos e ensina as rotinas/normas do hospital, indica também o caminho a ser seguido, conduz a certo modo de viver e, desse modo, ele passa a ser

---

<sup>2</sup> Composta por enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social dentre outros.

também, além dos outros profissionais, uma referência importante para o “paciente” ao longo do tratamento.

A partir de Guattari e Rolnik, considero que as práticas profissionais na saúde produzem subjetividades, que são produzidas também por tecnologias definidas por Michel Foucault como disciplinar e biopolítica, sendo essas as tecnologias de poder voltadas ao “corpo” e à “população”. É nesse sentido que, nesse artigo, pretendo colocar em análise as práticas do assistente social na saúde e as práticas de saúde, assim como a relação dessas com as tecnologias de poder problematizadas por Foucault.

### **Tecnologias de poder e produção de saúde**

De acordo com Michel Foucault (2000), em sua obra *Em defesa da sociedade*, nos séculos XVII e XVIII apareceram técnicas de poder centradas no corpo individual, em que se assegurava a distribuição espacial dos corpos e a organização de todo um campo de visibilidade, a partir das práticas de separação, alinhamento, colocação em série e vigilância desses corpos. Tais práticas se situaram no que ele definiu como tecnologia disciplinar, que

eram também as técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, de maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho. (FOUCAULT, 1999 p. 288)

Foucault (2000) afirma que durante a segunda metade do século XVIII aparece outra tecnologia de poder que não exclui a técnica disciplinar, mas a embute, integra e a modifica parcialmente. Segundo o autor, ao que essa técnica de poder não disciplinar se aplica \_ diferente da disciplina, que se dirige ao corpo \_ é a vida dos homens, ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem enquanto ser vivo, enquanto espécie. Foucault chamou essa nova tecnologia de “biopolítica” da espécie humana.

As técnicas utilizadas nessa outra tecnologia de poder, a biopolítica, são mecanismos regulamentadores, que incidem sobre a população e que induzem a comportamentos de

poupança, que são vinculados ao hábitat, à locação do hábitat, as regras de higiene que garantem a longevidade ótima da população, as pressões que se exercem sobre a higiene das famílias; os cuidados dispensados às crianças; a escolaridade, etc.

Portanto, estamos num poder que incumbe tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o pólo do corpo e o pólo da população. Biopoder, por conseguinte, do qual logo podemos localizar os paradoxos que aparecem no limite de seu exercício (FOUCAULT, 2000 p. 302-303)

As práticas do assistente social na saúde atualmente se inserem em um contexto onde os corpos, assim como a “população”<sup>3</sup>, são alvos das estratégias de poder. Observa-se cotidianamente a existência de mecanismos tanto disciplinares quanto regulamentadores, como os problematizados por Foucault. Os saberes dos diversos profissionais de saúde pautam as práticas em voga, em que se detém a verdade sobre o adoecimento, a verdade sobre a cura, sobre o tratamento, sobre o cuidado que deve ou não ser destinado ao doente e também ao modo como se deve viver a partir do adoecimento para adquirir longevidade, para se viver mais e melhor. Essas são práticas de gestão da vida, incentivadas pelo discurso que defende e incentiva a “qualidade de vida”. Nesse contexto, o “paciente” não é apenas um receptor ou alvo dessas estratégias, mas também alguém que demanda por elas, reivindica por mais tratamento, cuidado e acompanhamento, legitimando essas práticas profissionais cotidianamente.

Como relação aos saberes que legitimam tais práticas, Fischer (2012) aponta sobre o pensamento de Foucault que

o aprofundamento do grande problema de como o homem se fez objeto de saber se dá, em *Vigiar e Punir*, pela centralização em um novo foco de investigação: o poder. Foucault quis fazer uma “história política dos corpos”, por meio da história das prisões. E descobriu o nascimento de uma sociedade das disciplinas, cujo foco é o controle

<sup>3</sup> Para Foucault (2000), “Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder (ou, enfim, com o corpo social tal como o definem os juristas); não é tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de “população”. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento [final do séc. XVIII e início do séc. XIX]”. (p. 292-293)



pormenorizado dos corpos, que devem se fazer dóceis e úteis. A prisão moderna, do dispositivo panóptico, descrita em detalhes desde o momento em que se configurou como ruptura em relação às clássicas formas de punição, essa prisão seria, segundo o autor, o modelo por excelência da sociedade disciplinar, da qual somos herdeiros, e na qual instaura uma nova economia do poder bem mais eficaz e muito menos dispendiosa. (FISCHER, 2012, p. 59)

Assim, trata-se de pensar de que modo os saberes dos profissionais de saúde vêm produzindo práticas que reiteram a normalização, a disciplina, o controle e como esses saberes passaram a fazer parte de um regime de verdade, qual seja: a saúde como necessidade e os profissionais de saúde como aqueles que a promovem.

Sobre práticas de saúde e produção de verdade, Michel Foucault em sua obra *Microfísica do Poder* nos aponta um caminho interessante sobre produção dessas verdades e a relação que elas podem ter com as nossas supostas “necessidades”. Foucault (1979) explica que em nossas sociedades, a “economia política” da verdade tem cinco características historicamente importantes, dentre elas, três que considero de grande relevância para essa problematização: a “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem e é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos ou econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação), sendo objeto de debate político e confronto social (FOUCAULT, 1979, p. 13). Entendo que a saúde e, a partir dela, os hospitais públicos, se inserem nesses grandes aparelhos políticos de que fala Foucault em suas análises acerca da verdade.

Apesar de reconhecer que há diferenças importantes entre o saber do assistente social e o dos demais profissionais de saúde<sup>4</sup> em diversos aspectos, cabe ressaltar que esses saberes são parte do contexto em que a concepção de saúde foi e é produzida. Pensar em saúde é pensar em “necessidade vital”: todos querem ter saúde, todos precisam buscar saúde, todos têm direito à saúde. Esse é o discurso governamental, o da

<sup>4</sup> A principal diferença entre o saber do assistente social e o dos demais profissionais de saúde consiste no fato de que entre todos os profissionais, o assistente social é o único que não tem em sua formação disciplinas voltadas para o estudo de patologias, de biologia ou do funcionamento do corpo humano.

“sociedade civil”, o dos movimentos sociais e até o das universidades. Talvez a saúde seja se não a mais, uma das práticas mais naturalizadas atualmente na sociedade. Esta naturalização da saúde pode ser problematizada a partir do entendimento de Foucault sobre o biopoder. Como aponta Fonseca (2012a)

O conceito de *biopoder* trabalhado por Foucault aponta para uma nova perspectiva sobre as relações de poder entre o Estado e os indivíduos. A racionalidade (bio) política incide sobre um elemento fundamental: a vida. Isso significa que o Estado, em suas ações de governos sobre os indivíduos e a população, apoia-se neste elemento e desenvolve uma série de intervenções políticas que vão configurar o que Foucault chama de *biopolítica*. (FONSECA, 2012, p. 78)

Com isso, o assistente social é o profissional que, além de reiterar a naturalização dessas práticas, tem em seu cotidiano a tarefa de regulamentar a vida dos “pacientes”, no sentido de que esses contribuam com a previdência social, por exemplo; que sejam incentivados a morar da forma considerada adequada, a cuidar de seus filhos dentro dos parâmetros instituídos como saudáveis, de ampliarem sua escolaridade, etc. Além disso, por ter sua atuação direcionada ao tratamento de pessoas com câncer, o fim da vida também está presente como passível de intervenção e regulamentação.

Segundo Foucault (2000) nessa biopolítica, não se trata simplesmente do problema da fecundidade. Trata-se também do problema da morbidade. Não é de epidemias que se trata no final do século XVIII, mas daquilo que se poderia chamar de endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população, sendo a doença entendida como um fenômeno de população: “não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida \_ é a epidemia \_ mas como a morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece” (p. 290-291).

De fato, há uma preocupação importante com a promoção de saúde atualmente e, no caso do hospital em que atuei, com a morbidade da população por câncer de mama, com o prolongamento da vida e com o cuidado ao fim de vida. As políticas públicas estão voltadas para essa “necessidade de ter saúde”, apesar de em nosso cotidiano ou mesmo na academia, pouco ser problematizado sobre o que é saúde, sobre o que esse modelo institucionalizado de saúde produz ou como

essas práticas são produzidas. A naturalização da saúde e sua defesa estão presentes em todos os espaços. A concepção de saúde atual tornou-se, em nosso tempo, uma “necessidade” incontestável.

A esse respeito, cabe problematizar algumas questões: o que está sendo produzido a partir das políticas, dos discursos e práticas de promoção de saúde? É no hospital que devemos aprender a forma certa de viver e morrer?

### **Disciplina, biopolítica e normalização na saúde**

Durante os mais de dois anos em que atuei no hospital, vivenciei a disciplina intensamente, tendo em cada uma das horas de trabalho uma rotina a cumprir. E a partir de minha experiência, pude perceber que tanto a disciplina \_ referente ao poder disciplinar \_ como a regulamentação da vida \_ referente ao biopoder \_ giram em torno de algo incomum: a norma. O hospital produz normas e suas práticas também são produzidas por saberes \_ os nossos \_ que normalizam. Para Foucault (2000),

De uma forma mais geral ainda, pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. (FOUCAULT, 2000, p. 302)

O autor afirma ainda que,

A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante ao jogo duplo das tecnologias da disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. (FOUCAULT, 2000, p. 302)

Enquanto profissional que deve “garantir” e “orientar” os direitos da “população”, o assistente social muitas vezes o faz de modo a ensinar também ao “paciente” e suas famílias sobre as normas e as rotinas hospitalares, o que é algo a ser problematizado, levando em consideração que a justificativa



para a orientação acerca dos direitos é a suposta “autonomia” dos “sujeitos de direitos”, pautada nas concepções de “justiça” e “cidadania”, também naturalizadas e pouco problematizadas no cotidiano.

Segundo Fischer (2012), no pensamento de Foucault o sujeito é usado no estrito sentido etimológico da palavra. Ela aponta que, em latim, a palavra denota aquilo que é “colocado por baixo”, tendo o mesmo significado que a palavra “súdito” (p. 55). Foucault afirma que há dois sentidos para a palavra sujeito: aquele que está submetido ao outro - através do controle e da dependência - e o sujeito que está preso à sua própria identidade, através da consciência ou do conhecimento de si. Tal conhecimento de si é produzido por saberes que afirmam identidades, devendo o homem ser sempre enquadrado ao que ele supostamente é. A produção de identidades relaciona-se também a produção de saberes, dentre eles o saber médico, que afirma verdades sobre a vida, a morte, o sofrimento, a sexualidade, a loucura, etc.

Assim, para Foucault, em ambos os casos a palavra sujeito sugere uma forma de poder que subjuga e assujeita. Nesse sentido, ser um “sujeito de direitos” para Foucault não corresponde ao sujeito “empoderado” dos discursos que atualmente defende as práticas de judicialização da vida, já que Foucault entende o direito como um procedimento de sujeição e não como uma legitimidade a ser estabelecida.

Fonseca (2012b) aponta que, de acordo com as análises de Foucault, há a lei, que implica uma normatividade a ela inerente e há a norma, relacionada aos procedimentos técnicos de normalização. Estas podem estar implicadas ou não – podem se opor, quando a norma atua ao contrário de um sistema de leis, podem permanecer à margem uma da outra, ou implicarem-se mutuamente, ou seja, agir uma a partir da outra.

Interessante notar que ao mesmo tempo em que o assistente social orienta sobre os direitos das pessoas com câncer e sobre os direitos de seus acompanhantes e familiares, ele orienta também sobre as normas, sobre como se portar no ambiente hospitalar e fora dele, muitas vezes dizendo aos familiares o que eles devem ou não fazer. Curioso pensar que o assistente social é o profissional que ensina as normas, sendo ele também aquele que orienta sobre os direitos e encaminha para os recursos (cadeira de rodas, passagens, leite, cesta básica)

do voluntariado, ou seja, presta a assistência que muitos usuários buscam entendendo-a como ajuda. Nesse contexto, a orientação sobre as leis é sempre feita com a justificativa de que os direitos são “necessários” e bons, o conhecimento da lei é importante, as normas organizam o hospital e as regras devem ser cumpridas, ressaltando-se que “todos são iguais perante a lei”. As normas e os direitos são iguais para todos, não se admite a possibilidade da diferença, como ocorreu com uma usuária que acompanhei na enfermaria oncológica.

A usuária era portadora de uma deficiência e estava gravemente doente em decorrência do câncer, com metástase nos ossos, pulmão e outras partes de seu corpo. O hospital não permitia que homens permanecessem como acompanhantes durante a internação, com a justificativa de que por tratar-se de uma enfermaria feminina, há a exposição dos corpos das mulheres. Essa é uma norma que deveria ser cumprida, definida pela direção do hospital, apesar de não estar prevista em lei, em alguns casos até mesmo contrariando a lei.

Esta senhora tinha em seu companheiro a sua principal referência. Por ser mais dependente, chamava pelo marido todo o tempo. Já em seus últimos dias de vida, solicitei à equipe de enfermagem a possibilidade de permitirmos a presença do marido como acompanhante, o que foi negado, com a justificativa de que “os direitos são iguais para todos” \_ apesar de a proibição do homem na enfermaria não ser um direito, mas uma norma. Algo que também dificultou a permanência do marido da usuária como acompanhante foi o fato de que ele questionava as regras e rotinas e, com isso, passou a ser visto como uma pessoa “complicada”.

Diante da recusa da equipe de enfermagem em permitir a presença do marido, ele mesmo afirmou durante uma conversa que a levaria para casa. Como ela estava morrendo, questionamos sua decisão, pois ela poderia morrer no caminho, ao que ele disse: “aqui todos são iguais. Ela não é igual, vou levá-la pra casa. Eles não conhecem a (nome da usuária) por isso nos tratam como iguais”.

Com isso, o conceito de igualdade pode ser pensado em sua relação com o direito, com a lei e com a liberdade, criando um fenômeno de indiferenciação, que se coloca como impedimento ao respeito pela individualidade/singularidade da pessoa em tratamento. A igualdade como indiferenciação

subjugante foi percebida pelo companheiro da usuária, mas não pela equipe de enfermagem. Importante pensar também que o fenômeno da indiferenciação, neste caso, produziu também a indiferença, ou seja, a total desconsideração quanto ao sofrimento vivenciado pela pessoa que estava morrendo e a extrema insensibilidade diante de um momento único e de fundamental importância da vida, que é o momento da morte.

Desse modo, a relação entre direito, igualdade e liberdade constrói-se cotidianamente, como aponta Fischer (2012),

O nascimento dessa alma moderna, segundo Foucault, se dá com a ruptura ocorrida durante o século XVIII, quando os governos, na sociedade ocidental, passaram a se preocupar com a população e com o corpo dos indivíduos: é o político se transformando no biopolítico; são as tecnologias disciplinares passando a ser aceitas, sob a forma de “igualdade e liberdade”. (p. 59)

Essa situação vivenciada na enfermagem me fez pensar na força que tem o poder disciplinar em nossas práticas cotidianas e, com isso, a importância das hierarquias, em detrimento da interdisciplinaridade, do trabalho em equipe. Além disso, demonstrou a dificuldade que há em considerar as diferenças em um espaço cujas normas devem ser seguidas por todos e em que os direitos iguais são utilizados como a principal justificativa para as relações que se estabelecem. Esses direitos são sempre condicionados às normas do hospital, cujo discurso reitera a condição de igualdade. Desse modo, o discurso que defende as normas e o que defende os direitos se confunde nas falas dos profissionais, chefias e gestores do hospital.

A norma, enquanto operador de poder tanto no regime disciplinar quanto no regime da biopolítica, é constituída e requer sua justificação nos procedimentos científicos de constituição de saberes. É assim com o saber médico, com a pedagogia, com as ciências da saúde em geral, através de seus relatórios, registros, exames, classificações etc, onde padrões de conduta e níveis ideais de ocorrência de certos fenômenos coletivos são almejados por instituições como escolas e hospitais e por políticas de saúde como as que se referem à prevenção de epidemias. Além disso, vale destacar que somente a partir de um fenômeno de normalização (irradiação da norma em todos os setores da sociedade) que abarca um conjunto de indivíduos e instituições é que podemos pensar numa generalização do poder disciplinar e, conseqüentemente, numa “sociedade disciplinar”. (FONSECA, 2012a p. 82)

Penso que as práticas de saúde no hospital em que atuei, estão atravessadas por processos administrativos que investem em um tratamento padronizado, em que as pessoas são desconsideradas em suas diferenças. Segundo Rocha (2010), ao analisar a formação, o que escapa ao controle se constitui em “potência de campos de afecção, de territórios de intensidades geradores do movimento a que chamaremos de práticas de formação como acontecimento” (p.38). Seria interessante pensar também nas práticas de saúde como potência que escapa aos padrões instituídos, produzindo, assim, territórios de intensidade que possibilitariam a diferença. Mas como fazê-lo em um contexto onde “todos são iguais”?

Para Sibilía (2012), a partir do século XIX, o Estado passou a encarnar a solidez do instituído, que ao mesmo tempo era fortemente instituidor. Nesse período, “surgia a lei universal, sob cujo amparo se gerou um tipo de subjetividade que alguns autores denominam, precisamente, “estatal” ou “pedagógica” (p. 23). Lewkowicz afirma que “o Estado-nação delegava a seus dispositivos institucionais a produção e reprodução de seu suporte subjetivo: o cidadão” (LEWKOWIKZ, 2010 apud SIBILIA 2012, p. 23). Para Sibilía,

Esse tipo de sujeito era tanto a fonte quanto o efeito do princípio democrático que postulava a igualdade perante a lei, ou seja, um indivíduo constituído em torno desse código (...) Trata-se, portanto, de um modo peculiar de ser e estar no mundo, que ia se formando minuciosamente desde o nascimento de cada indivíduo; assim, em seu desenvolvimento progressivo rumo à idade adulta, ele seria capaz de transitar entre todas essas instituições irmanadas por um fim idêntico, que usavam a mesma linguagem e se alinhavam sob uma causa comum. (SIBILIA, 2012, p. 23-24)

No discurso reiterado pelas normas, o hospital parece ser o lugar da suposta igualdade pela defesa da “cidadania”: todos devem estar deitados no leito; Todos devem usar as mesmas roupas; Todos devem se alimentar no mesmo horário; Todos devem aguardar calmamente as intervenções dos profissionais no leito; Todos devem permanecer no mesmo espaço; Todas as famílias devem ser tranquilas, pacíficas e, do contrário, pacificadas. A igualdade é justificada pelo fato de que todos são cidadãos e têm os mesmos direitos e, nesse contexto, há pouco espaço para o questionamento, para a diferença, para a singularidade.



Assim, a subjetividade produzida pelas práticas de saúde é serializada, tornando-se uma máquina de produção de subjetividades massivas. Para Soares e Miranda (2009),

a essa máquina de produção de subjetividade eu oporia a ideia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de 'processos de singularização', uma maneira de recusar esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e tele comando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. (p.421)

Sobre a importância do conceito de produção de subjetividade para pensar as práticas de saúde, Fischer (2012) afirma que,

obviamente, não estamos aqui falando em um sujeito psicológico, nem entendendo subjetivação e subjetividade como processos ou estados "da alma", da experiência única e individual de cada pessoa (...). É preciso que se diga que as concepções foucaultianas de sujeito do discurso e de subjetividade têm uma abrangência muito específica. Assim, o termo subjetividade, segundo o autor, refere-se ao modo pelo qual "o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade no qual está em relação consigo mesmo" (...), ou seja, o modo - as práticas, as técnicas, os exercícios, num determinado campo institucional e numa determinada formação social - pelo qual ele observa e se reconhece como um lugar de saber e produção de verdade. (p. 54)

## **Práticas de saúde e produção de verdade**

De acordo com Foucault (1979), há um combate "pela verdade", ou ao menos, "em torno da verdade". Por verdade, o autor não quer dizer "o conjunto das coisas verdadeiras a se descobrir ou a fazer aceitar", mas "o conjunto das regras as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder" (p.13). Foucault entende que não há um combate em favor da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha. Segundo ele "é preciso pensar os problemas políticos dos intelectuais não em termos de "ciência / ideologia", mas em



termo de “verdade/poder” (p. 13).

A relação verdade-poder relacionada às práticas de saúde, e às minhas práticas enquanto assistente social, reitera e legitima os direitos e as normas, regulamentando certas formas de viver e morrer que são definidas como boas, certas e cientificamente corretas, por isso, aceitas como verdadeiras, em detrimento de outras formas de viver e morrer que são desqualificadas, porque não pautadas em um discurso científico, por estarem em desacordo com os cuidados prescritos pelos profissionais. O poder que constitui as práticas do assistente social é proveniente desse movimento: ainda que as pessoas aceitem o discurso das normas e dos direitos, ao mesmo tempo elas reivindicam a possibilidade de infringir essas normas e buscam o assistente social como profissional que possibilitará as exceções compatíveis com os seus desejos e necessidades “individuais”. Entendo essa busca da exceção às regras e padronizações, como possibilidade de resistência, como tentativa de fazer aparecer nas “rotinas” algo que as singularize.

Nesse sentido, havia uma demanda muito intensa e recorrente por parte das pessoas internadas e de suas famílias, direcionada ao assistente social, com relação à possibilidade de abrir exceção às inúmeras regras existentes no cotidiano. Os familiares com frequência nos procuravam solicitando a possibilidade de estar na enfermagem em momentos em que a presença da família não é permitida, solicitando a possibilidade de acompanharem as usuárias na internação para os casos não previstos em lei, solicitando também o acesso a recursos assistenciais, quando esses não estavam previstos na rotina.

No ambulatório, as usuárias nos procuravam frequentemente quando precisam de laudo médico e não havia tempo para solicitá-lo de acordo com as rotinas do hospital, quando demandam por uma consulta urgente, em que não poderiam aguardar a espera necessária para o agendamento. Até mesmo quando havia proibição de um dos familiares entrarem no hospital, o que ocorria frequentemente na portaria \_ pois havia uma regra que determinava só poder entrar um acompanhante por vez \_ procurava-se nesses casos o assistente social, para abrir uma exceção que viabilizasse o acesso ao hospital. Por outro lado, os profissionais e gestores do hospital viam os assistentes sociais como aqueles que deveriam ensinar e cobrar o cumprimento dessas regras. Assim, as práticas do

assistente social no cotidiano hospitalar se situavam tanto no ensino dos direitos e leis, quanto no ensino das normas e em muitos momentos, permitindo a exceção dessas.

Assim, havia resistência por parte dos usuários ante as regras e normas, ao mesmo tempo em que solicitavam, reivindicavam e legitimavam por essas mesmas normas, muitas vezes reiterando o discurso que ressalta a necessidade de mais segurança<sup>5</sup>. Isso mostra o que Foucault já afirmou em suas análises: que as relações de poder não se dão pela relação “vítima - opressor”, mas são antes de tudo relações produtivas, já que o poder não se reduz a proibição, mas é principalmente aquilo que produz o nosso cotidiano: os discursos, os saberes, as verdades e também as resistências.

De acordo com Fischer (2012) Foucault depositou, no decorrer de toda a sua obra, um olhar profundamente crítico a todas as formas de sujeição do homem, visíveis nos diferentes campos institucionais e em todas as técnicas, mas seu olhar jamais foi benevolente ou paternalista, daquele tipo que enxerga a verticalidade das relações, a grandeza da moral dos oprimidos em contraposição à perversão dos poderosos. Para a autora,

Em suas aparentes díspares investigações, ele sempre apontou para a ideia de que o poder existe em ato, e de ambos os lados: do lado de quem exerce o poder e do lado daquele sobre o qual o poder é exercido. Em ambos os lados há agentes, e há sempre espaço para respostas, reações, efeitos. Enfim, o poder se exerce sobre aquele que é livre. (FISCHER, 2012, p. 57)

Os assistentes sociais, que têm em seu código de ética, nos princípios fundamentais, a liberdade como valor ético central<sup>6</sup> tornaram-se uma referência importante para as pessoas por ser o profissional que não apenas diz não, ensinando normas e rotinas, mas também autorizam exceções e orientam direitos. Talvez por isso o ensino das normas e da lei seja tão eficaz ao vir desse profissional, talvez por isso esse profissional seja tão funcional aos aparelhos de Estado, pois ele não é apenas aquele

---

<sup>5</sup> A segurança era um dos principais argumentos utilizados por profissionais e gestores do hospital para justificar a rigidez das rotinas e a necessidade do cumprimento a risca das normas estabelecidas.

<sup>6</sup> Código de ética dos assistentes sociais atual: “Princípios Fundamentais: I Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”.

que proíbe, mas principalmente aquele “dá”: encaminhamentos, bolsa de alimentos, orientações sobre previdência social, dinheiro da passagem, enfim, que atua garantindo acesso a recursos importantes que gerenciam a vida e “fazem viver”, ocupando um lugar privilegiado na tecnologia biopolítica.

Por outro lado, existem, ainda, outras demandas direcionadas ao assistente social em uma equipe de saúde, relacionadas ao fato de que ele é visto como o profissional responsável pelo social - a ele cabe resolver tudo o que está relacionado a essa ampla gama de “problemas sociais”: pobreza, conflitos familiares, violência, “maus tratos”, “negligência”, situações que envolvem justiça, encaminhamento a recursos fornecidos por políticas públicas e também ao voluntariado do hospital. Assim, em sua prática cotidiana, o assistente social não apenas nega, mas principalmente afirma, orienta, ensina, “dá”, ou seja, tem em sua rotina a tarefa de produzir, de gerir a vida.

Uma das demandas mais recorrentes pela atuação do assistente social na enfermaria, por exemplo, é a internação por motivo social. Havia uma usuária internada na emergência que implorava para não retornar à sua casa. Moradora de um morro localizado na zona norte do Rio de Janeiro, ela reclamava da insuficiência de cuidados por parte de sua família. Tinha apenas uma irmã, com 70 anos, que não conseguia realizar sua higiene. Ela própria não conseguia andar, pelo peso, pela condição de saúde. Ela tinha apenas uma sobrinha que a auxiliava, o que ocorria esporadicamente. Afirmou que passava dias sem tomar banho e sem fazer o seu curativo - ela havia realizado uma cirurgia recentemente. Com isso, após ser levada à emergência, a usuária foi reinternada por “curativo mal cuidado”, permanecendo semanas na enfermaria cirúrgica do hospital, no que foi definido como “internação social”. O serviço social a acompanhou durante toda a sua permanência no hospital, realizando vários atendimentos à sua família e articulando o trabalho dos demais profissionais. Quando a internação é social entende-se que o assistente social é o responsável, havendo até mesmo uma cobrança, muitas vezes diária, para que as intervenções sejam feitas, no sentido de que o leito possa ser liberado.

Há também aquela internação em que a alta é social, ou seja, não há possibilidade de alta por “problema social”. A

demanda mais frequente das equipes médica e de enfermagem direcionada ao serviço social nesse sentido ocorre nos casos em que a família não pode ou não quer levar seu familiar doente para casa. Houve recentemente uma conversa de equipe, em que um médico relatou a experiência em que vivia no outro hospital onde trabalhava: “havia um advogado para informar aos familiares que era um dever deles prescrito em lei levar seus doentes para casa, pois caso contrário o hospital acionaria o ministério público”. O médico afirmou que essa estratégia funcionava e reivindicou que os assistentes sociais do hospital público em questão também atuassem desse modo. É comum os profissionais entenderem que cabe ao assistente social obrigar a família a levar seu familiar doente e, muitas vezes, esse profissional é cobrado como aquele que deve encontrar uma “solução” para o problema.

Nesse contexto, o assistente social é considerado um profissional fundamental quando a situação social de um “paciente” é desfavorável do ponto de vista do necessário “suporte familiar”. Quando se pensa em social entende-se que a família do “paciente” pertence ao assistente social e que ele deve dar conta de todos os impasses, conflitos ou “problemas familiares”.

Desse modo, torna-se interessante notar que todos os outros profissionais da equipe multidisciplinar interferem de algum modo no corpo do doente: seja através da medicação, como é o caso da farmácia, dos cuidados de enfermagem, da saúde mental, como é o caso da psicologia. O assistente social é o único da equipe que não intervém no corpo biológico ou psíquico. Talvez por isso as práticas dos assistentes sociais são as que mais intensamente verifica-se o poder que regulamenta a vida, o biopoder, através da transformação técnica dos indivíduos. Como aponta Fischer (2012),

Colocando em suspenso alguns postulados tradicionais nas análises de poder, como o que fundamenta a “hipótese repressiva”, o autor se dedica a fazer uma história da sexualidade, cujo primeiro passo é justamente descrever o domínio do funcionamento das relações de poder. Aprendemos tudo o que ele “não é”: o poder não se possui, não é uma propriedade, não está localizado no Estado, não é mera superestrutura, enfim, não atua pelos mecanismos da repressão e da ideologia. Por oposição, também aprendemos que o poder, antes de tudo, é um “efeito de conjunto”: é uma estratégia, é algo que está em



## PRÁTICAS DE SAÚDE, PRÁTICAS DO ASSISTENTE SOCIAL E TECNOLOGIAS DE PODER: DISCIPLINA, BIOPOLÍTICA E GESTÃO DA VIDA

jogo, ele incita, promove, produz e é positivo. Produz o quê? Sujeitos, discursos, formas de vida. Como? Através da transformação técnica dos indivíduos. (FISCHER, 2012, p. 61)

Ao mesmo tempo em que havia o poder regulamentador no hospital em que atuei, havia também o poder da disciplina, que se traduzia em relações hierárquicas rígidas e rotinas fixas que deviam ser seguidas diariamente. Um exemplo delas eram as rotinas de pré-operatório, destinadas aqueles que passariam por procedimentos cirúrgicos, dentre eles a mastectomia, que ocorre entre a segunda e sexta-feira no ambulatório, com exceção das quartas-feiras: às 8 h todos os “pacientes” deveriam chegar ao hospital e comunicar ao setor de Psicologia. Sentar-se nas cadeiras disponíveis, aguardando em seguida serem chamados para o atendimento psicológico, que ocorria individualmente. Não era permitido entrar na sala do psicólogo acompanhado.

Após esse atendimento a pessoa deveria aguardar sentada em frente à sala do Serviço Social, onde seria chamado para a realização de uma avaliação social. Durante essa avaliação eram realizadas aproximadamente 80 perguntas, em que a pessoa era questionada sobre composição familiar, condições de saúde, habitação, mobilidade urbana, situação trabalhista e previdenciária. Seria orientada sobre seus direitos e encaminhada ao voluntariado e às políticas públicas, quando necessário.

Ao término de mais esse atendimento, as pessoas deveriam sentar novamente em frente à sala do Serviço Social e aguardar serem chamadas para a palestra com a enfermeira e com a assistente social, em que seriam orientadas sobre as rotinas hospitalares para a internação, às 11h30. Neste horário as pessoas são chamadas uma a uma e levadas para a sala onde será realizada a palestra. Lá estavam a assistente social e a enfermeira para orientá-las sobre as rotinas hospitalares. Ao término da palestra, abre-se um pequeno intervalo.

Às 13h todas as pacientes devem estar sentadas em frente à sala da enfermagem, onde serão chamadas uma a uma para novamente serem orientadas.

Essa rotina é a mesma há mais de 10 anos. As pessoas que trabalham nesse hospital ao longo desses mais de dez anos



fazem as mesmas coisas, no mesmo horário, diariamente, por anos consecutivos. Eu participei dessa rotina por mais de dois anos e observei que, de acordo com Foucault (1984),

em nossos dias estaria prevalecendo aquele tipo de poder que atinge prioritariamente o cotidiano imediato das pessoas, que se ocupa de saber o que se passa nas cabeças e consciências individuais, explorando almas e segredos, produzindo verdades nas quais todos devem se reconhecer e pelas quais são reconhecidos. (FOUCAULT, 1984, p. 304-305).

Os saberes de assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos se colocavam como fundamentais para a realização da cirurgia, já que o pré-operatório não era afirmado como uma possibilidade, ao contrário, ele era definido como necessário à realização do procedimento cirúrgico. A pessoa que iria realizar a cirurgia estava com câncer e, evidentemente, não se recusava a passar por esses atendimentos. Em nenhum momento é perguntado a ela se deseja ser orientada sobre os seus direitos ou se gostaria de passar pelo atendimento psicológico. Em alguns momentos as pessoas reclamavam de tantas horas de espera, afirmavam estar sentindo fome, cansaço, perguntavam se o atendimento era obrigatório, mas eram informadas que era “necessário” estar ali e, com isso, a maioria delas permanecia aguardando horas pelos atendimentos. Eram raras as vezes em que alguém se recusava a esperar e a ser atendido. Como questiona Fischer (2012), “como e por que duvidar daquele que se dirige a nós e nos investiga, para supostamente servir-nos de uma melhor forma?” (p. 57)

A permanência por tantas horas no ambiente hospitalar, seja por parte dos profissionais, das famílias, dos usuários nesses momentos e, principalmente na internação, remete ao confinamento presente na disciplina. O confinamento como recurso disciplinar, de acordo com Sibilía (2012) tem como objetivo manter a ordem, nos sendo aplicado desde a infância, em que crianças permaneciam durante horas nos colégios e também circulando nas diversas instituições que subsidiaram a industrialização no mundo, até a idade adulta. Para a autora,

sua chave consistia em encerrar os indivíduos num espaço delimitado por paredes, grades e fechaduras, com o interior idealmente diagramado para os fins específicos de cada instituição, em intervalos regulares de tempo, cujos limites e pautas devem ser igualmente estritos. Rotinas idênticas e progressivas se repetem em tais condições,

## PRÁTICAS DE SAÚDE, PRÁTICAS DO ASSISTENTE SOCIAL E TECNOLOGIAS DE PODER: DISCIPLINA, BIOPOLÍTICA E GESTÃO DA VIDA

com frequência diária e durante longos períodos da vida de cada sujeito. (SIBILIA, 2012, p. 28-29)

Nesse contexto de tanta espera justificada por tantas supostas “necessidades”, as orientações e as prescrições eram naturalizadas. Incentivava-se a ser de determinada forma, a sentir de algum jeito, a morar de algum modo, a pagar a previdência. Falava –se em o que era desfavorável para a saúde, o que era o bom ou insuficiente “suporte familiar”. Prescrevia-se modelos de boa ou má saúde mental, boa ou má adaptação à doença, recursos internos ou externos que eram “favoráveis à vida”, favoráveis ao “tratamento da doença”. E o mais importante: incentivava-se a falar. Nesse aspecto, Fischer (2012) aponta que a compulsão aprendida de tudo falar, de tudo confessar, não significa univocamente que o dito libera, o falado em si produza verdade. Para a autora “é como se estivéssemos de fato num jogo de verdade, falsidade e confissão – com todas as técnicas de exposição ilimitada de si mesmo – para permanecer como prática desejável e permanente (...)”. (FISCHER, 2012, p. 69).

Todas essas horas seguidas no hospital, nas rotinas de pré-operatório, em que grande parte desse tempo a pessoa estará falando de si, muitas vezes sem o desejar, mas para que seja necessariamente ouvida, para que seja necessariamente orientada, detalhes de suas vidas são ditos e escritos em prontuários, pois nesse contexto a prática do registro é fundamental. Como afirma Fischer (2012),

uma das realidades mais intrigantes de nossa cultura – e que certamente merece a atenção de estudiosos (...) seja talvez a que diz respeito à intensa prática da confissão, já que a ideia de que “tudo deve ser dito” parece ter se tornado uma obsessão para o homem contemporâneo. (p. 68)

Isso evidencia a normalização em que estão baseadas as práticas profissionais na saúde cotidianamente: há um jeito normal de sentir, de viver, de adoecer, de morar, mesmo quando se está com câncer ou principalmente quando se está doente. Todos devem ter família ou o “suporte” necessário. Todos devem ter previdência. Todos devem ter uma boa saúde mental. Todos devem, finalmente, aderir ao tratamento e aceitar a realização da cirurgia. Essa é a norma do pré-operatório realizado diariamente, essas são as tecnologias de poder justificadas pelo discurso da igualdade, do direito à saúde, da defesa da lei, que

são produtoras, no hospital em que atuei, das subjetividades contemporâneas.

## **Considerações finais**

As práticas de saúde e também as práticas do assistente social na saúde são produzidas cotidianamente, apesar de naturalizadas e aceitas como verdadeiras. A própria concepção de saúde como a entendemos hoje, foi também produzida pelos discursos e pelas práticas profissionais. Tal compreensão coloca a importância da análise micropolítica na contemporaneidade, ou seja, a análise do cruzamento entre os diferentes modos de apreensão de uma problemática (Guattari e Rolnik, 1985).

Desse modo, torna-se fundamental problematizar as relações de poder que produzem as concepções e os discursos na área da saúde, no sentido de possibilitar que as práticas sejam analisadas não apenas como algo necessário, verdadeiro e bom, mas principalmente como produtoras de sujeição, assujeitamento e controle da vida das pessoas atendidas.

A concepção de saúde atual, ao transformar pessoas em “pacientes”, transformam os profissionais de saúde naqueles que definem as formas de tratamento, seja na perspectiva da cura ou da “boa morte”. Nesse contexto, as diferenças não são consideradas e, com isso, são produzidas subjetividades de modo serializado, justificadas pelo discurso da igualdade de direitos.

Assim, as tecnologias disciplinar e biopolítica estão presentes simultaneamente nas rotinas hospitalares. Essas estratégias de poder não se excluem, mas estão embutidas. Tanto a regulamentação quanto a disciplina produzem normalização no cotidiano, interferindo na vida das pessoas atendidas.

Por todas essas questões, afirmo que há, na saúde, uma produção de subjetividade voltada para a gestão da vida. E arrisco dizer que o assistente social é o profissional que atua de modo de estratégico nessa gestão, pois a ele é dada a tarefa de orientar, dar assistência, conduzir a vida de uma determinada forma e ao mesmo tempo dizer o que não é permitido, a partir do ensino das normas e das rotinas.

Apesar disso, não se pode dizer que as pessoas atendidas são vítimas dessas tecnologias de poder, pois além de resistir a

elas \_ seja no momento em que recusam se submeter às normas instituídas, seja quando solicitam exceções às regras \_ os “pacientes” e seus familiares muitas vezes utilizam o discurso que reitera a necessidade de mais saúde, de mais normas. Desse modo, solicitam a intervenção dos profissionais em suas vidas, como forma de terem seus direitos atendidos, possibilitando e legitimando a ampliação dessas práticas.

### Referências Bibliográficas

CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

COIMBRA, C; Nascimento, M.L. Sobreimplicação: Práticas de esvaziamento político?. In: ARANTES, E.; NASCIMENTO, M. L.; FONSECA, T. (Org.). *Práticas PSI Inventando a vida*. Niterói: EdUFF, 2007. p. 27-38.

FISCHER, Rosa M. B. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte: Autêntica Ed., 2012.

FONSECA, J. Normalização e Biopoder na obra de Michel Foucault. *Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia Faculdade Católica de Pouso Alegre*, 2012a. p.p.75-90. Disponível em: [http://www.theoria.com.br/edicao11/normalizacao\\_e\\_biopoder\\_na\\_obra\\_de\\_michel\\_foucault.pdf](http://www.theoria.com.br/edicao11/normalizacao_e_biopoder_na_obra_de_michel_foucault.pdf). Acesso em: 25/08/2013.

FONSECA, M. A. *Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Saraiva Ed., 2012b.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975 - 1976)*. São Paulo: Martins Fontes Ed., 2000.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade vol 1. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1999.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade Vol. II: O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal Ed.; 1984.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1979.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes. 1985.

ROCHA, M. A formação como acontecimento: solidão, pensamento

e autogestão. In: MACHADO, A. M; FERNANDES, A. M. D; ROCHA, M. L. (orgs.). *Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. p.37-48.

SIBILIA, P. *Redes ou paredes: a escola em tempos de dispersão*. Rio de Janeiro: Contraponto Ed., 2012.

SOARES, L. B. e MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? *Estudos e pesquisas em Psicologia*. UERJ, Rio de Janeiro, Ano 9, n. 2, p. 408-424. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a10.pdf> Acesso em: 25/08/2013.

**Recebido em: 20/03/2014 - Aceito em: 13/05/2014**