

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
GRUPO DE PESQUISA ESTUDOS CULTURAIS E MODOS DE SUBJETIVAÇÃO

LUTIANE DE LARA

Tese

**Participação comunitária e processos de privatização:
imunização, direito e vida**

Orientadora: Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

**PORTO ALEGRE
2015**

LUTIANE DE LARA

**Participação comunitária e processos de privatização:
imunização, direito e vida**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi.

PORTO ALEGRE

2015

Banca Examinadora

Professora Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi (Presidente – Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes
Universidade Católica Dom Bosco do Brasil - UCDB

Professor Dr. Alcides Silva de Miranda
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Professor Dr. Henrique Caetano Nardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Aos meus pais, João Antonio e Débora Margeri (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que transversalizaram o meu percurso de doutorado e me possibilitaram exercitar o pensamento para além das fronteiras das dicotomias e das naturalizações.

À professora Neuza Guareschi, pela orientação do doutorado e por me acompanhar no percurso de formação como pesquisadora. Nestes oito anos de trabalho conjunto, construímos parcerias para o trabalho e para a vida.

Ao movimento social Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, por ter se constituído como um lugar importante para o exercício e problematização da prática política.

À banca de professores, Anita Bernardes, Castor Ruiz e Henrique Nardi, pelas contribuições importantes na banca de qualificação que criaram condições para a escrita da tese e pelas contribuições que virão da leitura da tese. Agradeço ao professor Alcides Miranda pelo aceite em participar da banca de tese. Em especial, agradeço à professora Anita por ter me auxiliado na produção da tese em momentos extra-banca.

Ao grupo de pesquisa e-politics, pelos momentos felizes, inventivos e de produção de conhecimento. Aos colegas e amigos de grupo, Alessandra Miron, Carolina dos Reis, Daniel Dall’Igna, Karen Cavagnoli, Leticia Lasta, Luciana Rodrigues, Mariana Weigert, Rodrigo Kreher, Oriana Hadler, Zuleika Gonzales e Wanderson Vilton, pelo companheirismo.

Aos professores do PPGPSI, pela erudição e abertura ao diálogo, e ao secretário Israel Aquino, pela dedicação em resolver as demandas institucionais.

À Capes por proporcionar condições para a dedicação exclusiva ao processo de produção da tese.

À professora Kátia BONES Rocha, por gentilmente proporcionar o vínculo com a Agência de Salut Pública de Barcelona (ASPB). À professora Carme Borrell, ao Lluís Camprubí e à equipe da ASPB, por terem me acompanhado nas atividades que envolveram o estágio sanduíche e por me proporcionarem conhecer a realidade de saúde e dos movimentos contra a privatização na Catalunha.

Ao grupo GREDS/EMCONET, da Universitat Pompeu Fabra, e às amigas Montse Vergara e Ana Martínez, pelas contribuições e convite para participar nas atividades que

envolveram a produção do livro *Cómo comercian con tu salud: privatización de la sanidad en Catalunya*.

Ao professor Francisco Tirado, da Universitat Autònoma de Barcelona, pela gentil abertura à participação em seu grupo de pesquisa durante o ano do estágio sanduíche e, principalmente, por ter me apresentado a autores fundamentais à escrita da tese.

Ao Tiago Giordani, companheiro de vida e interlocutor da tese, por ter vivido comigo de forma intensa os anos do doutorado, por ter sido incansável nos momentos mais tensos e difíceis deste percurso, pelo seu amor e afeto.

RESUMO

Esta tese analisa a emergência histórica da participação comunitária no campo da saúde e as ressonâncias contemporâneas desta experiência na prática política do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, em sua luta contra a privatização da saúde. A participação comunitária emerge como um foco de experiência no contexto de irrupção da Reforma Sanitária e de defesa de um sistema público de saúde. As condições de possibilidade para a emergência deste foco de experiência vinculam-se à produção histórica dos diferentes lugares que ocuparam os sujeitos, como foco de investimento, na construção das políticas públicas de saúde brasileiras desde o século XIX. Esse foco de experiência produz os sujeitos como força política ativa na formulação e implementação da política pública de saúde. Ele tem como parte de seu regime de verificação a distinção entre público e privado, contornando o privado como aquilo do qual o público deve afastar-se, demarcando fronteiras dicotomizadas. O foco de experiência da participação comunitária, ao aproximar-se do direito, como estratégia política de luta e de institucionalização nas malhas do Estado, percorre o caminho em direção à imunização negativa do direito à saúde pelo Estado. A participação comunitária, quando encontra o direito, insere-se nesse universo dual do sistema de propriedades e passa a generalizar o comum de sua reivindicação em um sentido de propriedade pública, ou seja, propriedade estatal. Nesse sentido, propomos uma participação comunitária que não se limite a reproduzir modelos e que rompa com a dicotomia público/privado, em prol da noção de comum e da afirmação de uma norma de vida. Isso pressupõe uma inversão, não mais o direito e seu regramento reproduzindo modelos de vida, mas a vida produzindo normas de vida sem cessar.

Palavras-chave: Participação comunitária; Privatização da saúde; Paradigma Imunitário; Comum; Biopolítica.

ABSTRACT

This thesis analyzes the historical emergence of community participation in the health field and contemporary resonances of that experience in the political practice of the Forum in Defense of SUS of Rio Grande do Sul, in its fight against health privatization. Community participation has emerged as a focus of experience in the context of the Sanitary Reform and defense of a public health system. The conditions of possibility for the emergence of such focus of experience are linked to the historical production of different places the subjects have occupied, as a focus of investment, in the construction of Brazilian public health policies since the nineteenth century. This focus of experience has produced the subjects as an active political force in both the formulation and implementation of the public health policy. As an integral part of its veridiction regime, it has the distinction between public and private delineating the private as something from which the public should be moved away, thus drawing dichotomized borders. The focus of experience of community participation, by approximating to law, as a political strategy of fight and institutionalization in the State meshes, follows the path of negative immunization of the right to health by the State. Community participation, by associating with law, enters this dual universe of the system of properties and starts generalizing what is common in its claim as being public property, i.e. State property. In this sense, we have proposed a kind of community participation that is not limited to the reproduction of models and is able to disrupt the public/private dichotomy in favor of both the notion of common and the affirmation of a life norm. This presupposes an inversion - instead of the reproduction of ways of life by law and its rules, the incessant production of life norms by life itself.

Keywords: Community participation; Health privatization; Immunity Paradigm; Public/Private; Common; Bio-politics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

15M - Movimento 15 M

15MBCNSalut - Grup de Defensa de Sanitat Pública

ADIN - Ação de inconstitucionalidade

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ASPB - Agência de Salut Pública de Barcelona

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPS - Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEBs - Comunidades Eclesiais de Base

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS de Porto Alegre - Conselho Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

CRPRS - Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

CSEM - Centro Saúde Escola

CatSalut - Serviço Catalão de Saúde

EBAS - Entidades de Base Associativa

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro

ESF - Estratégia Saúde da Família

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAURGS - Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FAVB - Federació d'associacions de Veïns e Veïnes de Barcelona

FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado

GAPS - Grup d'Anàlisis i Programes Sanitaris

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões
ICS - Instituto Catalão de Saúde
IMESF - Instituto Municipal de Saúde da Família
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LAR - Reestruturação do setor público para agilizar a atividade administrativa
LOSC - Lei de Ordenamento Sanitário da Catalunha
MES - Ministério da Educação e Saúde
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPF - Ministério Público Federal
PDS - Plataforma Pel Dret a la Salut
PF - Polícia Federal
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PT - Partido dos Trabalhadores
PSF - Programa de Saúde da Família
RDL - Real Decreto Lei
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONGs - Organizações Não-governamentais
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OS - Organizações Sociais
SSC - Serviço de Saúde Comunitária
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
STF - Superior Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Tribunal de Contas do Estado
TCU - Tribunal de Contas da União
UBS - Unidade Básica de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	22
2.1 O sanduíche em Barcelona: estranhando o contexto brasileiro	28
2.2 O modelo público de saúde catalão e os movimentos sociais	29
2.3 O contexto de lutas dos movimentos sociais na Catalunha	31
3. MODOS DE SUBJETIVAÇÃO, BIOPOLÍTICA E PARADIGMA IMUNITÁRIO	36
4. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: A EMERGÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE	44
4.1 Primeira linha - O nascimento da medicina social: contornos de responsabilização da população	50
4.2 Segunda linha - Sanitarismo campanhista: esgotamentos da população com os padrões verticais de investimento	54
4.3 Terceira linha - O modelo previdenciário e o encontro da população trabalhadora com o direito à saúde	57
4.4 Quarta linha - O pensamento médico-social: o caráter político é inserido na saúde	62
4.5 Quinta linha - A emergência da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva: a participação comunitária aspira a ser um direito	66
4.6 Sexta linha - O direito à saúde é incorporado à Constituição de 1988: a participação comunitária no SUS	75
5. A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA ENCONTRA A LUTA CONTRA AS DINÂMICAS PRIVATIZADORAS	83
5.1 O Fórum em Defesa do SUS e a participação comunitária	91
5.2 A participação comunitária e o direito	98
5.3 A política de atenção básica de Porto Alegre e o IMESF	99
5.4 O Fórum em Defesa do SUS e a ADIN contra o IMESF	103
5.5 A participação comunitária e a função imunitária do direito	107
6. O COMUM NA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

"Estoy cansado de que el sol siga en el cielo; no veo el momento de que se desmorone la sintaxis del mundo."

Ítalo Calvino, *El Castillo de los destinos cruzados*

1. INTRODUÇÃO

A participação comunitária é um dos princípios e diretrizes definidos no capítulo II da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, regulando as ações e serviços de saúde no Brasil. A população, a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante coletivos organizados, passa a ter representatividade em instâncias colegiadas - as Conferências de Saúde, os Conselhos de Saúde (Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), os Conselhos Gestores, etc. A participação comunitária não diz respeito somente à institucionalização do lugar da população na política de saúde; ela é um foco de experiência que produz os sujeitos dessa política como sujeitos protagonistas. Trata-se de uma experiência que os produz como cidadãos sociais, ou seja, sujeitos ativos na dinâmica que faz circular e disseminar os direitos sociais a partir da Segunda Guerra Mundial como um ideal capaz de garantir melhores condições de vida. A participação comunitária irrompe no contexto de efervescência da Reforma Sanitária como um foco de experiência ativo do cidadão.

A participação comunitária é um foco de experiência no SUS que emerge enquanto um discurso no campo da saúde a partir das lutas travadas no contexto de crítica à ditadura militar e de construção/reactivação da democracia no Brasil, fortemente representada pelo movimento da Reforma Sanitária e pela defesa de um sistema público de saúde. A população, neste cenário, resistia aos modos totalitários de governo e aos modos de fazer saúde. Performava-se no Brasil a possibilidade de um governo democrático e de uma democratização de suas políticas, no caso, a política de saúde, mediante a institucionalização da participação da população na organização e funcionamento de uma sistema que prescindisse da influência privada. A institucionalização abria campo, ao mesmo tempo, para o fortalecimento e florescimento de movimentos sociais que têm em pauta a saúde como locus privilegiado para a construção de sujeitos protagonistas e implicados. A participação comunitária encontrou a política de saúde em um contexto efervescente de luta pela construção de um modelo público de saúde e, nos anos 80, encontrou-se com a negação do avanço privatizador que marca o

Brasil, bem como os países do continente americano e europeu, com o desenvolvimento das políticas neoliberais.

No domínio da política de saúde no Brasil, contemporaneamente, é possível afirmar que a participação comunitária é um discurso de verdade construído e reproduzido por trabalhadores, pesquisadores, controle social e gestores. É um ideal defendido nos espaços de gestão, atenção, ensino e controle social do SUS. No entanto, isso não aponta para um consenso; há dissonâncias com relação a esse discurso, e ele não tem um sentido único e último. Como tal, é uma prática social produzida nas relações de poder/saber (Foucault, 2004a). Importa pontuar que o discurso da participação comunitária atua nos diferentes domínios que constituem a experiência da política de saúde como irradiadora de modos democráticos de viver a experiência de si.

O discurso da participação comunitária, contemporaneamente, circula e faz existir diferentes movimentos sociais no campo da saúde. Não é diferente o caso do movimento social escolhido como campo desta tese, o Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul. O Fórum em Defesa do SUS é um coletivo independente, composto por entidades sindicais, movimentos sociais e categorias profissionais. Suas pautas centrais de luta são a defesa do “SUS público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito e para todos; lutar contra a privatização da saúde; e defender a Reforma Sanitária formulada nos anos 1980” (Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, 2011, p. 3). É pauta do Fórum em Defesa do SUS as formas contemporâneas de privatização da saúde, que, de acordo com o movimento, são: as fundações estatais de direito privado (FEDP), as organizações sociais (OS), a privatização dos laboratórios, as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Afirmar a importância da participação comunitária e da defesa de um sistema público de saúde é uma atitude que não propõe tomá-las como verdades em que se ressalta uma enormidade de fatores para justificar a inserção da população no debate, formulação e execução de políticas públicas de saúde. Entretanto, neste estudo, colocamos a participação comunitária e a defesa de um sistema público em uma economia do discurso sobre a saúde da população que historicamente passou a engendrar relações possíveis entre o público e a população por meio de estratégias biopolíticas. Essa composição tem consequências no modo

como são produzidos focos de experiências nos espaços de construção da política de saúde, sendo a militância um elemento constitutivo dela.

As análises constituídas na tese circunscrevem modos de existência que privilegiam o papel atuante da população na construção da política pública de saúde. A população deixa de ser apenas foco e alvo das intervenções estatais para ser propositiva, formuladora e executora das políticas. A população, mediante a formulação da experiência da participação comunitária, torna-se ativa no processo de investimento na vida. Essa análise situa a tese em um campo de produções possíveis entre relações de poder/resistência constituídas nas políticas públicas de saúde como uma urgência histórica.

Proceder ao levantamento da memória do discurso da participação comunitária e dos modos como ele faz existir e constituir o Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, acompanhá-lo como uma irrupção, como descontinuidade, e suas transformações, significa tratá-lo como uma heterogeneidade discursiva, como acontecimento, buscando constituir unidades a partir das dispersões de enunciados, como eles aparecem e como se distribuem no campo de análise (Foucault, 2004a). No entanto, isso não se dá de qualquer lugar ou momento histórico, mas do lugar de quem faz circular o discurso da participação comunitária e que, ao mesmo tempo, se vê afetado por dissonâncias de tal discurso, em especial as dissonâncias criadas pelos movimentos contemporâneos de crítica ao discurso da participação comunitária - a partir deste lugar confuso do entre.

Tais eventos que trazem dissonâncias emergem dos movimentos antiglobalização, que têm acontecido no mundo a partir do ano de 2011. São práticas políticas sem líderes, sem representantes, sem militantes, sem aparelhos, sem instituições e sem burocracias, no limite, sem receitas (Toret, @datanalysis15M, 2013). Elas, em alguma medida e em alguns momentos, são experimentações de criações e invenções, são transgressões porque colocam a prática política em questão desde dentro, ou mesmo a partir da própria prática política (Marton, 2013). Ocupar esse lugar do entre não direciona a tese para analisar os movimentos antiglobalização como objeto, mas como contexto que atravessa o exercício de problematização da noção de participação comunitária em um movimento social constituído a partir da dinâmica da representação social. Os movimentos sociais que têm como uma das pautas a crítica à representação social funcionam como atravessadores da análise que nos ajudam no processo de estranhamento da participação comunitária como foco de experiência.

O exercício da tese se produz entre diferentes formas de viver a atuação política, entre movimentos sustentados pelo engajamento e movimentos transgressores, ora transitando pelo primeiro, ora transitando pelo segundo, ora buscando escapar de tal dicotomização. A pesquisa de tese procurou não polarizar e estabelecer paralelos ou comparativos com relação a elas. Esse lugar de deslocamento é condição teórico-metodológica para problematizar a prática política de um movimento social que se organiza a partir da estrutura representativa em um momento histórico em que essa estrutura está sendo questionada. Neste lugar entre práticas políticas representativas e práticas políticas que buscam transgredir, procuramos traçar percursos de defesa do modelo público de saúde, como um exercício para conhecer os procedimentos performados pela experiência militante no campo da saúde. Não para saber o que são eles, mas justamente para questioná-los, estranhá-los e, assim, construir outras realidades e outros modos de viver a experiência de si (Foucault, 2005a).

Esse processo de pesquisa opera no nível das angústias, incertezas, frustrações, afecções de uma trajetória de formação e atuação profissional permeada pela experiência da militância no campo da saúde, como uma experiência que reproduz os discursos que sustentam a experiência da participação comunitária e, em alguns momentos, busca transgredi-la.

Na tentativa de desindividualizar essa experiência, sem romper com a singularidade do percurso, tomamos a experiência como aquilo que funda o sujeito na articulação de formas de saberes possíveis, de normativas de comportamentos para os indivíduos, e que inventa modos de existência virtuais para sujeitos possíveis (Foucault, 2010). Uma experimentação que inaugura um *ethos* transformador de “si mesmo” voltado para fora, que se utiliza da prática da escrita para não ser mais o mesmo, para deixar de ser, para desaparecer e tornar-se outro. A noção de experiência é potente porque nos ajuda a descentrar o sentido de vivência subjetiva, individual, pois se refere a um campo de relações constituído por acontecimentos e práticas coletivas. Neste campo, o sujeito não é causa nem origem, mas é sempre forma. Por ser acontecimento, a experiência enfatiza o caráter descontínuo, intempestivo e o acaso da história (Prado Filho *et al.*, 2014).

Nesta tese, discutimos a emergência de profissionais envolvidos/implicados com sua prática como um modo de subjetivação possível para profissionais da saúde. Trata-se de uma análise da produção de profissionais que rompem com a pretensa neutralidade de suas práticas

a partir da resposta positiva ao “chamado” por implicarem-se com seu fazer e com a produção da política pública de saúde. É na perspectiva de uma história do pensamento que desacomodamos esse foco de experiência do lugar de um absoluto para entendê-la como experiência possível em nossa cultura.

A tese, ainda que fuja da pretensão de fazer uma cartografia pessoal das experiências no campo de lutas pela garantia do direito à saúde, constitui-se como um exercício de si, como um esforço em problematizar modos de existência, modos de viver a experiência de profissional atuante. Traz, portanto, o desejo de experimentar práticas de liberdade neste campo de lutas. Ela se produz no exercício da construção de uma história da experiência da participação comunitária a partir de um saber perspectivo, sem apagar o lugar de onde se olha, o momento histórico em que se está. O sentido histórico que tomamos emprestado de Foucault (2004b) é perspectivo porque anuncia o ângulo, porque sabe de onde olha e o que olha.

Em fragmentos do debate filosófico contemporâneo acerca da concepção da prática política, vemos a performance de ao menos duas matrizes de pensamento que marcaram o século XX e que, parece, provocam ressonâncias nos anos 2000: a experimentada por filósofos como Sartre, de engajamento crítico; e a experimentada por filósofos como Foucault, Deleuze e Derrida, de transgressão, na medida em que não pressupõe a transformação da sociedade, mas a transgressão daquilo que nos é imposto. O primeiro cenário, experimentado por Sartre, anuncia a possibilidade de revolução e o intelectual com um papel decisivo para discernir o que é lícito e ilícito na realidade, como aquele que toma a palavra porque é a consciência de todos e, por isso, é responsável e agente de transformação. No segundo cenário, na medida em que o sujeito deixa de ser identidade, passando a ser pluralidade e relação, a prática política não pode ser refratária de uma dinâmica estanque e binária de realidade, uma vez que não dispomos mais do cardápio das certezas acerca de nós mesmos e de nossa realidade, mas tem que ser um exercício constante de pensar o mundo em que vivemos para que possamos encontrar as brechas, rebelar-nos (Marton, 2013).

Os filósofos rebeldes ou transgressores, como caracterizado por Marton (2013), marcam sua ruptura com os filósofos revolucionários ao construírem um ponto de vista específico sobre a produção de subjetividade e, em decorrência, pelo entendimento da ação política e propriamente o papel do intelectual diante da problematização do sujeito e da

realidade. Para Foucault (2005a), a pergunta central em sua obra, “como nos tornamos o que somos?”, coloca a questão do sujeito a partir de uma abordagem histórica da subjetividade. O sujeito não é uma substância, mas uma forma, e uma forma que nunca é idêntica a si mesma. O sujeito não é instância de fundação, mas um efeito de uma constituição de práticas que fabricam modos de ser e de relacionar-se consigo mesmo e com o mundo.

A prática política no campo da saúde parece engendrar-se justamente nos polos dessas matrizes, ora pendendo para a conscientização das populações sobre a necessidade de implicar-se na produção de sua própria saúde e na construção da política de saúde, ora pendendo contra processos instituídos na política de saúde e aberta ao novo, ainda que sempre tendendo à publicização como norte e ponto a chegar. A tentativa da tese é justamente buscar por outra via e/ou ao menos compreender como são possíveis estes polos. No campo do exercício de estranhamento destes polos, o percurso singular da experiência é atravessado pelo Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, e o foco desta análise passa a direcionar-se às possíveis produções de experimentação de sujeitos militantes, resistentes, atuantes, protagonistas.

A prática política na saúde, na medida em que produz saberes sobre os modos de agir profissional, constrói também uma série de normas que permitem identificar ou, mais precisamente, produzir aquilo que pode ser o profissional implicado, em oposição àqueles desimplicados. Objetiva a defesa de uma política pública de saúde, em sua publicização, ao mesmo tempo em que constrói o campo do público na saúde. Daí decorre o interesse de analisar a produção do profissional ativo nas pistas encontradas em um percurso singularizado pela defesa da saúde pública. Procuramos, portanto, estudar a prática política na saúde, na medida em que ela constitui modos de ser sujeito.

Neste desdobramento, a implicação como condição para o pensar a si mesmo sofre uma torção e procura pensar a própria realidade do pensar, ou as condições de possibilidade do pensar como uma história do pensamento, exercício inspirado no percurso de Foucault (1984) pela tradição inaugurada por Kant da filosofia que pensa o presente a que pertence. A modernidade é o momento na história em que o próprio humano se torna objeto e sujeito de sua interrogação. O texto de Kant é, para Foucault (1984), como um ponto de emergência da filosofia que questiona seu próprio tempo e sua própria existência, ou seja, aberturas para uma genealogia da modernidade como questão. Pistas possíveis para ensaiar análises sobre os

processos que nos constituem como sujeitos do conhecimento e, ao mesmo tempo, como sujeitos que questionam sua realidade e os modos de governo da vida que a ela pertencem, neste caso, na experiência da participação comunitária na saúde.

Nesta tese, o exercício de pensar o presente ou, mais concretamente, questionar a experiência da participação comunitária no campo da saúde parte de um exercício de estranhamento desta política pública e da prática política. Tal estranhamento entende a Reforma Sanitária como um acontecimento no campo da saúde que, dentre outros princípios e diretrizes, afirma decididamente a necessidade de construção de um sistema público de saúde. Ela irrompe como uma força revolucionária que não se reduz à reformulação dos serviços de saúde, mas se constitui fundamentalmente como estratégia de conformação de outra racionalidade de governo entre Estado e sociedade, mediada pelo sistema jurídico. A Reforma Sanitária engendra um foco de experiência que produz os sujeitos como força política ativa na formulação e implementação da política pública de saúde. Esse foco de experiência tem como parte do regime de veridicção a distinção entre público e privado, contornando o privado como aquilo do qual o público deve afastar-se, demarcando fronteiras dicotomizadas.

A força política ativa da Reforma Sanitária assume esta bandeira de luta: apartar o público do privado, reforçando o público como aquilo que é de interesse coletivo, portanto, de responsabilidade do Estado. Isso significa focalizar a Reforma Sanitária como um acontecimento, ou seja, como aquilo que engendra uma racionalidade-inovação no campo das políticas públicas. O que se espera desta racionalidade-inovação? Qual posição de sujeito é engendrada no ativismo político? A que formas de pensamentos ela se refere? Não se trata da história que conta tudo o que se pode dizer sobre a Reforma Sanitária e da irrupção de um foco de experiência da participação comunitária, mas do intento de mapear alguns dos elementos operatórios para a constituição da participação comunitária na política de saúde. Trata-se, portanto, de fixar pontos de ancoragem desta produção (Foucault, 2006a) como um processo que racionaliza o lugar da população e forja o ativismo na saúde como uma nova economia das relações no campo do estatal. Diante disso, esta tese procura analisar a emergência histórica da noção de participação comunitária no campo da saúde e ressonâncias contemporâneas desta noção na prática política do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, em sua luta contra a privatização da saúde.

Para dar conta disso, na sequência desta introdução, apresentamos alguns elementos centrais do percurso do doutorado para a construção do objeto de pesquisa, como a construção do campo de pesquisa. Ressaltamos, neste ponto, a experiência do estágio sanduíche realizado na Agência de Salut Pública de Barcelona (ASPB) e a importância de conhecer outro sistema público de saúde e outras experiências de participação comunitária.

No Capítulo 3, realizamos uma discussão teórica acerca do exercício da política em contexto de biopolítica a partir dos filósofos Michel Foucault e Roberto Esposito. Este capítulo tem o objetivo de introduzir a discussão do paradigma imunitário como uma chave interpretativa importante para compreendermos os fenômenos de investimento na vida e, portanto, da saúde como uma estratégia de saber/poder.

No Capítulo 4, tramamos seis linhas que permitem a construção da participação comunitária como um foco de experiência. Para tanto, empreendemos um esforço de análise da política pública de saúde, especialmente a partir do século XIX, momento em que o nascente Estado brasileiro encontra a medicina como estratégia de controle da população. Tal recorte histórico não afirma a emergência da participação comunitária nesta época, no entanto, aponta elementos importantes para a construção de políticas voltadas à população que serão decisivos para a análise da segunda metade do século XX, este sim, período marcado pela Reforma Sanitária como uma irrupção e pela emergência da participação comunitária como um foco de experiência.

No Capítulo 5, analisamos o Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul a partir da experiência da participação comunitária, ou seja, como um fragmento das lutas que marcaram a irrupção da Reforma Sanitária. Na sequência deste capítulo, analisamos a atuação deste movimento social contra o modelo da fundação estatal de direito privado criada para fazer a gestão da atenção básica do município de Porto Alegre - o Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF) -, especialmente o uso da ação de inconstitucionalidade (ADIN) como recurso de luta. Na análise do IMESF, aprofundamos a relação entre a participação comunitária e o direito, mais especificamente, a função imunitária do direito com relação à comunidade.

No último capítulo, procuramos afirmar a importância das noções de alteridade e devir para a construção de uma prática política da transgressão. Conduzimos, dessa forma, o fechamento da tese para pensar uma participação comunitária que não se limite à reprodução

de modelos e que busque romper com a dicotomia público/privado, em prol da noção de comum. Nesse sentido, traçamos alguns indicativos de como a participação comunitária pode constituir-se como experiência de norma de vida, uma biopolítica afirmativa.

2. CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

(...) precisamos questionar essa oposição na qual as forças do progresso parecem obrigadas a assumir o lado do social contra as forças de reação que representam o individualismo, a competição, o mercado e semelhantes (Miller; Rose, 2012, p. 106).

No campo da privatização em saúde pós-crise financeira de 2008, têm sido reavivados os debates sobre a conformação público/privado (Bahia, 2010) e, de maneira mais ampla, as demais organizações dicotômicas e binárias que organizam nossa sociedade. Uma das pautas centrais destes movimentos tem sido a crítica às alianças que movimentos sociais têm feito com os governantes e o decorrente processo de institucionalização do controle social. De acordo com Ricci (2010), esse processo iniciou-se com a institucionalização de estruturas participativas (como os Conselhos de Saúde) na Constituição Federal de 1988 e com o aumento das parcerias com as Organizações Não-governamentais (ONGs) e organizações populares que promoveram a aproximação dos movimentos sociais da estrutura governamental e provocaram um distanciamento das lutas sociais de resistência que marcaram a década anterior. Além disso, com a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT) nas eleições presidenciais a partir da eleição do ano de 2002, houve uma migração importante de lideranças sociais expressivas para as instâncias de governo - um cenário em que os movimentos sociais têm migrado progressivamente para aquilo que até então era seu principal alvo, o Estado.

Na pauta desses movimentos contemporâneos, estão a discussão das estruturas políticas e o processo de cooptação dos movimentos sociais pelo Estado. Ainda que não se tenham maiores indicativos dos efeitos destas manifestações, o que interessa é chamar atenção para a denúncia realizada pelos movimentos da falência dos modelos modernos de fazer política e resistência e de pensar a sociedade que têm como central a problemática da garantia dos direitos comuns no cenário contemporâneo.

Coexistem com estas manifestações no campo da saúde, e é este o foco de análise da tese, movimentos que afirmam o discurso da defesa do modelo público, igualitário e de qualidade para todos os cidadãos, em que se reforça o lugar da sociedade civil em instâncias

de participação comunitária, a partir de uma lógica representativa na formulação e implementação da política em contraposição aos interesses do mercado econômico e das corporações médicas. Nota-se, nesse sentido, todo um esforço que tem sido feito desde os anos 1970 para engajar a sociedade civil e, em especial, os profissionais de saúde na luta pela garantia dos ideais da Reforma Sanitária. Esse engajamento acontece a partir de duas vias principais no Brasil: o fortalecimento do controle social no sistema de saúde e investimentos na formação de profissionais sintonizados com as necessidades do sistema de saúde.

O cenário de lutas para a consolidação do sistema público envolve uma série de pautas, dentre elas, destacamos a superação do modelo biomédico e hospitalar, o fortalecimento da atenção básica, a garantia de financiamento público adequado e a luta contra a privatização. No pano de fundo destas pautas de lutas, está a defesa de um sistema que seja garantido pelo Estado e disponível a toda a população, em contraposição à lógica de mercantilização do direito à saúde. Diante disso, o grande embate se dá entre dois grandes âmbitos - o Estado em oposição ao mercado econômico -, tendo o sistema jurídico como principal mediador e operador.

A relação entre o Estado e o mercado econômico em um sistema capitalista guarda muitas peculiaridades e controvérsias. É comum a menção aos dois termos como pertencentes a sistemas diversos e dicotômicos. No campo da saúde, eles são utilizados para fundamentar a existência de dois sistemas de saúde - um primeiro que é público e estatal, o SUS, e um segundo privado, onde estão inseridos os planos de saúde e instituições privadas, chamados de Saúde Suplementar.

O SUS é caracterizado como um modelo de assistência cuja ideia central se assenta no Estado de bem-estar e na lógica do direito social, direcionado ao usuário em função de seus direitos de cidadania. Já o modelo privado centra-se na lógica do consumo e da livre competição econômica e oferece serviços a clientes de acordo com seu direito de consumidor. No entanto, quando nos aproximamos das políticas públicas, começamos a perceber um cenário de mix entre o público e o privado e a quase impossibilidade de identificação do que é público em oposição ao privado. O que se visualiza é justamente uma mistura entre os termos e a completa amarração entre os campos estatal e econômico, ainda que a sociedade civil, engajada na luta contra a privatização, reforce a necessidade de garantia da publicização e do afastamento daquilo que é privado para garantir a qualidade e gratuidade dos serviços de

saúde. Nesse sentido, perfila-se um contexto de militância marcado pela defesa da saúde pública em oposição ao mercado privado.

O contexto dual que separa políticas públicas de saúde e mercado econômico, ainda não formulado em termos de publicização/privatização, foi o disparador do desejo do ingresso no doutorado. Buscávamos compreender como as formas de governo da vida das populações operam a formulação do sujeito de direitos das políticas públicas de saúde em um contexto neoliberal. A intenção era discutir a relação estabelecida pela luta em favor das políticas públicas de saúde e contra o mercado, deslocando o antagonismo que opõe direitos sociais a políticas neoliberais. Assim, buscávamos traçar leituras acerca de como o mercado econômico constrói o sujeito de direitos e, em consequência, a prática política no campo da saúde. Estas indagações, que ao longo do curso foram mudando, tratavam de questões que o percurso do mestrado havia tangenciado, porém deixado em aberto.

Buscava-se desnaturalizar o lugar das políticas públicas de saúde como uma construção linear e um projeto socialista desenvolvido em um país neoliberal. Inquietavam o discurso de verdade que sustenta a saúde pública no lugar de uma conquista que deve ser fortalecida, sustentada, desenvolvida, e também a solidificação da existência de um lado bom - a política pública de saúde - e um lado mau - o mercado econômico.

No percurso, estiveram os estudos sobre a governamentalização da vida desenvolvidos por Michel Foucault e outros autores pós-estruturalistas contemporâneos que ajudaram no exercício de problematização de nossas práticas e da produção de nós mesmos. As aulas publicadas na obra *O Nascimento da Biopolítica* (Foucault, 2008) foram importantes para esclarecer como historicamente foi sendo possível construir a relação entre Estado, direito e economia e como estas noções foram sendo forjadas em um campo entramado e, longe de antagônicas, foram aproximadas, principalmente nas sociedades neoliberais. Isso indicava a impossibilidade de pensar a construção da política pública de saúde em contraposição ao mercado econômico e, portanto, a inviabilidade de pensá-los como lados opostos.

Ao final do primeiro ano do doutorado, a aproximação ao movimento social Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul foi importante para a consolidação de um campo de pesquisa que traz justamente o debate da relação entre a política pública de saúde e os interesses do mercado econômico, materializados na luta contra a privatização da saúde.

Assim, a dualidade inicial - direito à saúde e mercado econômico - foi desdobrada em publicização da saúde/privatização da saúde. Além disso, o campo permitiu avançar na problematização da produção da prática política na saúde como uma atuação que propõe a mudança e transformação da saúde no país. Assim, consolidamos um campo que pensa a construção da saúde pública como um discurso de verdade e a produção de sujeitos que atuam na defesa desta construção.

O Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul integra a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que também é composta por diversas entidades, dentre elas, fóruns de saúde, movimentos sociais, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários. A Frente constituiu-se no ano de 1998, com a pauta específica de fortalecimento do movimento pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade - (ADIN)¹ de nº 1.923/98, contrária à Lei 9.637/98, que cria as Organizações Sociais (OS) e tramita no Supremo Tribunal Federal para julgamento desde aquele ano. A Frente, que naquele momento se chamava Frente Nacional Contra as OS pela procedência da ADIN 1.923/98, foi composta inicialmente pelos estados de Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo e pelo município de Londrina. Atualmente, a Frente Nacional ampliou sua pauta para além das OS, abarcando a luta contra todas as formas de privatização da saúde, dentre elas, as Fundações Estatais de Direito Privado, as OSCIP, a EBSERH, etc. O objetivo central da Frente e também do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul “é fortalecer as lutas contra a privatização nos estados e municípios, articulando e aprofundando-as em nível nacional” (p.5).

O Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul foi criado no ano de 2008 como um coletivo de entidades que se organizou de forma independente para discutir e traçar estratégias para intervir nas plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS de Porto Alegre).

Havia a necessidade de organização dos conselheiros representantes das entidades, com e sem assento no Conselho, para articular as intervenções no plenário e traçar estratégias relacionadas a projetos encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde ao Conselho Municipal que, segundo avaliação dos conselheiros participantes do Fórum, conflitavam com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (Terres, 2014, p. 7).

¹ “Ação que tem por finalidade declarar que uma lei ou parte dela é inconstitucional, ou seja, contraria a Constituição Federal. A ADI[N] é um dos instrumentos daquilo que os juristas chamam de ‘controle concentrado de constitucionalidade das leis’. Em outras palavras, é a contestação direta da própria norma em tese” (STF, 2014).

O Fórum em Defesa do SUS constitui-se como um espaço coletivo para articular interesses em comum de diferentes entidades e, posteriormente, militantes sem vínculo com elas, para somar forças contra as estratégias criadas pelos governos para privatizar o sistema de saúde. Esse movimento reúne-se, em média, uma vez ao mês e, eventualmente, chama reuniões de acordo com as pautas decorrentes dos processos de privatização que acontecem nos municípios, estado e União. Além das reuniões, a sistemática de trabalho envolve chamamento para atos públicos contra as privatizações, organização de debates sobre as privatizações e uso de recursos judiciais contra ações governamentais que instituem modelos privativos de saúde. Atua contra uma série de ações consideradas privatização da saúde no Rio Grande do Sul, e não mais apenas no município de Porto Alegre.

O campo da pesquisa foi construído a partir da participação como representante do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) no Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, durante o período de novembro de 2011 a julho de 2013. A participação envolveu o acompanhamento das atividades do Fórum em Defesa do SUS, tanto em reuniões periódicas quanto em atividades de protesto, seminários, reuniões nacionais e sessões jurídicas. Embora a participação no Fórum em Defesa do SUS tenha envolvido a amplitude das pautas deste movimento contra a privatização da saúde no estado e na União, centramos a análise no processo de luta contra a privatização da atenção básica de Porto Alegre, por meio do modelo de gestão da fundação estatal de direito privado adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com a criação do Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre (IMESF).

Tal escolha teve a intenção de trazer para o campo da dicotomia público/privado a relação com o sistema jurídico como potente mediador entre sociedade civil e Estado em nossas sociedades, portanto, como um caminho para buscar pelos efeitos da construção da experiência da participação comunitária no SUS. Esse caminho trazia como potencial a problematização dos efeitos da institucionalização da participação comunitária na política como uma dissonância apontada pelos movimentos antiglobalização. Tal relação com o direito foi estabelecida por intermédio da ação política do Fórum em Defesa do SUS, que utilizou como recurso de questionamento ao poder público a ação de inconstitucionalidade (ADIN) contra a Lei Municipal que criou o IMESF como uma fundação estatal de direito privado.

O IMESF é uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado voltada à gestão e à execução de serviços de atenção básica à saúde da família, tendo sido apresentada pela prefeitura de Porto Alegre em 2010 como um projeto de lei ordinária. O projeto foi aprovado no Legislativo municipal e foi sancionado pelo Chefe do Poder Executivo, originando a Lei Municipal nº 11.062/2011, que autorizou a sua criação.

A ação política contra a institucionalização de uma fundação pública com personalidade jurídica privada foi atrativa porque já tem em sua estrutura a presença da disputa entre o mercado e as políticas públicas, advogada pela sociedade civil organizada. Além disso, a luta contra o IMESF apresenta outro elemento interessante, que diz respeito à centralidade do recurso da ação de inconstitucionalidade, ou seja, a utilização por um movimento social de um recurso jurídico para a luta contra uma instituição criada pelo poder público.

Diante disso, temos a seguinte configuração: o movimento social que é contrário à criação de uma fundação pública com personalidade jurídica privada para fazer a gestão da atenção básica municipal e que utiliza como principal estratégia de luta o recurso jurídico da ação de inconstitucionalidade. O campo foi permitindo a construção da análise da atuação do movimento social contra a privatização, buscando compreender os arranjos entre sociedade civil, Estado e o direito. Intrigava basicamente a defesa da publicização mediante a utilização do recurso jurídico contra o poder público porque isso sugere uma amarração da ação política à construção do público e, portanto, fortalecimento do Estado. Uma questão ressoava: o que faz com que os movimentos sociais reivindiquem mais ação estatal em suas vidas, mais governo? E mais: como é possível que o direito seja a principal instituição a ser acionada para atingir tal reivindicação?

Não se trata de buscar a verdade sobre a privatização da saúde da família nem a valoração de uma saúde pública ou privada, tampouco de buscar conhecer a verdade ou a melhor maneira de atuar dos movimentos sociais da área da saúde. Não tratamos de uma análise da verdade. Distanciamos-nos da tradição filosófica que empreende a incursão pelo real, verdadeiro, e da busca de evolução do pensamento e da prática de pesquisa. Trata-se de uma ontologia da verdade, que indagará as condições de emergência da noção de participação comunitária no SUS e os efeitos dessa noção, na medida em que ela se torna um foco de experiência e produz a luta do Fórum em Defesa do SUS.

Nesse sentido, problematizamos a participação comunitária para colocar em análise a luta contra a privatização da saúde empreendida pelo Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, para, assim, lançar possíveis análises que questionam o lugar de verdade da militância em saúde e, ao mesmo tempo, perguntam pelos efeitos nos modos de governo da vida da produção da experiência da participação comunitária.

2.1 O sanduíche em Barcelona: estranhando o contexto brasileiro

A conclusão do campo no Brasil aconteceu pouco antes do início do estágio de doutorado sanduíche, de agosto de 2013 a agosto de 2014, na Agência de Salut Pública de Barcelona (ASPB)², na cidade de Barcelona, Espanha. A proposta do estágio sanduíche inicialmente era estudar como os movimentos sociais da Catalunha realizavam a crítica às fundações estatais de direito privado, semelhante ao foco que tinha na tese até o primeiro semestre de 2013 no campo brasileiro; os primeiros dois meses de estágio em Barcelona apontaram outro direcionamento ao estágio e também movimentaram, posteriormente, a tese.

Aos poucos, fomos percebendo que a questão central aos movimentos sociais eram pautas decorrentes de retrocessos de direitos já garantidos e perdidos durante o processo da crise econômica de 2008, e também que um fenômeno interessante havia se configurado neste processo - a problematização das formas de atuar em defesa das garantias de direitos em sentido amplo e também no direito à saúde. Referimo-nos aos debates entre o modo de atuar “tradicional” e o modo de atuar dos movimentos criados pós-crise, “filhos” da queda de confiança institucional nos governos, partidos políticos e sindicatos, ou seja, dos movimentos antiglobalização aqui já referenciados. Tensionava o cenário dos movimentos sociais na Catalunha o embate que critica os modelos de atuação da sociedade civil na Espanha, assim como em outros países, impulsionado pela criação de novos modelos que questionam os movimentos “tradicionais”, como o movimento 15M (Ripa; Rodriguez; Fuente, 2013). Tal movimento social foi assim denominado em alusão às manifestações que tomaram as praças espanholas durante o mês de maio de 2011 como crítica às medidas de corte dos direitos sociais adotadas pelo governo espanhol pós-crise financeira. Nesse contexto, avaliamos que

² Orientado pela professora Dra. Carme Borrell i Thió.

seria interessante acompanhar parte deste processo para poder traçar possíveis relações entre a coexistência de movimentos “tradicionais” e “novos” em torno da temática da privatização da saúde. Essa experiência permitiu constituir o lugar do entre no qual exercitamos a escrita da tese, conforme descrito acima. Os enfrentamentos, questionamentos e problemáticas existentes entre os movimentos sociais antiglobalização e os movimentos sociais de cunho representativo foram ajudando a conhecer a realidade da prática política na Catalunha e a estranhar as dinâmicas da participação comunitária no Brasil. O estágio aos poucos conformava para a construção da tese o próprio conceito de participação comunitária como um problema na análise da prática política. Essa questão somente foi assim claramente delineada depois de terminado o estágio; portanto, como um dos efeitos dele, e não como um objetivo de pesquisa do estágio.

Evidentemente que o objetivo da realização do estágio, na medida em que conflui para a escrita da tese, não foi buscar por uma verdade sobre a noção de privatização, de público e privado, tampouco sobre a melhor e mais eficaz maneira de atuar contra modelos de privatização da saúde. Distanciando-se deste modelo mais estruturado de organizar a prática da pesquisa, a perspectiva foi a de um afastamento da realidade brasileira de privatização da saúde e, ao mesmo tempo, do modelo de atuação do movimento social estudado no Rio Grande do Sul, para produzir outras questões ao objeto de estudo da tese.

2.2 O modelo público de saúde catalão e os movimentos sociais

Na segunda metade do século XX, o ocidente avançou na definição da saúde como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de doença” (OMS, 1948). Vinculadas à ampliação do conceito de saúde, deflagraram-se as criações de sistemas públicos de saúde no contexto europeu como parte do interesse de prover a garantia dos direitos sociais. As bases do sistema sanitário público catalão avançam nesta linha a partir da década de 1960 e 70 e ainda posteriormente, durante a restauração do governo democrático em 76, com a morte do ditador Francisco Franco. Isso aconteceu pela introdução de experiências em saúde pública e com a criação do Serviço Nacional de Saúde da Catalunha e do Mapa Sanitário da Catalunha, que seguiam os preceitos da Organização

Mundial de Saúde (OMS), promovendo, pelo Departamento de Saúde e Assistência Social do Estado da Catalunha, uma perspectiva mais integral e menos assistencialista (Lo Cascio, 2008).

As mobilizações nos âmbitos técnico-políticos, em consonância com as pautas das reivindicações dos movimentos comunitários da época, exigiam a “promoção da saúde, prevenção do adoecimento, demanda e defesa de um sistema sanitário público e de qualidade que não reproduza o padrão consumista de serviços” (Martí, 2010, p. 309). Estas demandas confluíram com as demandas internacionais pela construção de modelos públicos de saúde. Assim, na Catalunha, como no resto da Espanha, a partir da promulgação da Constituição de 1978 e da Lei Geral Sanitária de 1986, a saúde possui financiamento público, com a previsão de acesso universal e gratuito para toda a população.

Os movimentos sociais em defesa da saúde pública na Catalunha, assim como as primeiras propostas técnico-políticas para sua construção, fortaleceram-se nos anos 1970. O material sobre a atuação dos movimentos sociais na construção do sistema de saúde catalão é bastante escasso, no entanto, recorreremos a uma tese de doutoramento que discute a importância dos movimentos de vizinhos³ para a luta da conquista do direito à saúde pública. Em termos da criação dos movimentos sociais em saúde, além dos movimentos de vizinhos, destaca-se, na década de 1980, a criação do Grup d’Anàlisis i Programes Sanitaris (GAPS), que depois se denominaria Centre d’Anàlisis i Programes Sanitaris (CAPS), como uma iniciativa do Colégio de Médicos de Barcelona. Essas iniciativas e a participação de profissionais e trabalhadores de saúde, algumas ainda durante a ditadura militar, ajudaram a definir as demandas por democracia e construção do sistema público. Esse processo desencadeou as assembleias de comarcas e de bairros, que levaram suas reivindicações, posteriormente, à Assembleia da Catalunha (Martí, 1981), organismo unitário de forças políticas e sociais de oposição à ditadura.

Acompanhamos, portanto, a existência de certa ênfase na participação dos movimentos sociais na construção do sistema público de saúde. No entanto, ela é bastante incipiente em comparação à ênfase dada ao papel decisório da participação comunitária na construção da Reforma Sanitária e do SUS no Brasil. Isso, durante o estágio, causou muito

³ Os movimentos de vizinhos são organizações legais de moradores de bairros que atuam em prol dos interesses coletivos dos moradores do território representado.

estranhamento. A principal ênfase nos textos sobre a construção do modelo público catalão está na tendência dos países europeus em construir modelos de saúde pública, a exemplo da Inglaterra, a partir do fim da Segunda Guerra Mundial e no término da ditadura militar espanhola. Essa história causou um grande estranhamento porque uma das primeiras coisas que indagávamos aos catalães era pela Reforma Sanitária catalã, no entanto, eles respondiam trazendo algumas histórias isoladas da atuação dos movimentos sociais. Ao fazer a pergunta, explicávamos a eles que no Brasil é pouco provável que a história do SUS seja contada sem uma grande ênfase na atuação do movimento da Reforma Sanitária na consolidação da política.

A estranheza que sentimos possivelmente é um efeito do processo de naturalização da importância da participação comunitária na construção de modelos públicos de saúde. Dar-nos conta disso ajudou no processo de suspensão do modo como aprendemos a contar a história da política pública de saúde no Brasil, ou seja, reproduzindo a Reforma Sanitária como uma evidência, uma verdade, algo inviolável. Esse estranhamento ou desconforto foi fundamental para seguir no exercício de problematização do lugar dos movimentos sociais na produção da saúde pública brasileira porque permitia experimentar formas de desacomodar o mesmo e assim amadurecer a perspectiva de não tomar a participação comunitária no SUS como uma evidência histórica, mas como parte de emergências históricas e, portanto, como um problema. Diante disso, entendemos que o estágio de Barcelona atravessa esta tese como um campo de provocação que permite deslocar e reforçar o exercício de estranhar/desacomodar os discursos de verdade que envolvem a construção da política de saúde e da importância da participação comunitária no SUS.

2.3 O contexto de lutas dos movimentos sociais na Catalunha

As dificuldades em definir os limites com o privado no sistema catalão iniciaram com o estabelecimento das competências sanitárias⁴. O sistema de saúde catalão agregou a sua rede pública aos serviços já existentes anteriores a esse período; a intenção foi aproveitar

⁴ A Espanha estrutura-se a partir de Comunidades Autônomas; cada uma delas possui autonomia legislativa e competências executivas. Ao todo, são 17 comunidades autônomas, e a Catalunha é uma delas. Além das Comunidades Autônomas, existem duas cidades autônomas: Ceuta e Melilha.

todos os recursos existentes, tanto públicos quanto privados. Para isso, criou-se um sistema de cobertura pública de provisão mista mediante a compra, por parte do setor público, de serviços de prestadores privados. O modelo catalão avançou seu desenho em 1990 com a criação do Serviço Catalão de Saúde como um ente público dotado de personalidade jurídica própria. Essa configuração jurídica permitiu gerir o sistema de saúde a partir das normas do direito privado e da adoção de fórmulas de gestão múltiplas.

A dificuldade em determinar o que é público e privado intensificou-se em 1995 com a Reforma da Lei de Ordenamento Sanitário da Catalunha (LOSC), que completou a separação das funções de financiamento e provisão. Essa Reforma permitiu ao poder público criar qualquer fórmula de titularidade e gestão admitidas na taxonomia jurídica e viabilizou que centros de atenção primária pudessem conveniar Entidades de Base Associativa (EBAS) (Lo Cascio, 2008), ou seja, convênio com prestadoras de serviços de saúde com ou sem ânimo de lucro mediante gestão indireta feita por entidades formadas por profissionais de saúde. Assim, o modelo de gestão de saúde catalão caracteriza-se, basicamente, pela separação de compra e provisão no âmbito público; dessa forma, na mesma rede pode integrar serviços públicos, semipúblicos e privados contratados pelo Serviço Catalão de Saúde (CatSalut) para assegurar a assistência sanitária. Permite, assim, que entidades, planos de saúde, fundações, consórcios e centros da Igreja sejam amplamente utilizados, o que implica um alto grau de provisão do setor privado nos serviços oferecidos publicamente. No sistema catalão, diferentemente do resto da Espanha, a presença do seguro privado de saúde é forte, principalmente, nas camadas mais privilegiadas economicamente (Canals, 2010).

Diante desse contexto de mistura entre o público e o privado, os movimentos sociais na Catalunha preocupam-se com a gestão indireta dos serviços públicos por empresas privadas operadas em geral por concessão de serviços públicos à empresa privada. A questão da gestão estatal da saúde submetida ao direito privado (como é o formato das fundações estatais brasileiras) foi alvo de debate por algum tempo na Catalunha, mas atualmente parece haver certa aceitação deste modelo de gestão, pois existe a previsão, na Constituição Espanhola de 1978, de que a administração pública possa adotar, entre as opções de direito público ou privado, a que considerar mais adequada. “A gestão direta de fundações e tarefas públicas através de entidades públicas ou em mãos públicas submetidas ao Direito Privado não suscita hoje maiores objeções” (Rexach, 2010, p.158). Existe, por parte dos movimentos

sociais na Catalunha, a análise de que, na gestão pública submetida ao direito privado, a atividade, no caso, a garantia do direito à saúde, continua configurada como função pública ou serviço público. Tal ponto chamou muita atenção porque os movimentos sociais estavam direcionando a luta contra a privatização aos efeitos da crise financeira e do retraimento de direitos até então já garantidos. Diante disso, resolvemos seguir na pista que os movimentos sociais traziam ao lutar contra esses efeitos.

Depois do início da crise financeira de 2008, as medidas de cortes dos investimentos em saúde, que entre 2010 e 2014 passaram de 10.000 milhões de euros a 8.500 milhões, ameaçam a universalidade e a qualidade do acesso à saúde na Catalunha. Em 2011, o governo catalão publicou a Ley Omnibus, também conhecida como “Reestruturação do setor público para agilizar a atividade administrativa” (LAR, 11/2011), que introduziu mudanças importantes no sistema, como, por exemplo, permissão jurídica para alugar a provedores privados as unidades de hospitais que deixaram de funcionar com os cortes, facilitando, assim, a fragmentação do principal provedor público, o Instituto Catalão de Saúde (ICS) (Puig-Barrachina, *et. al.*, 2013).

Em 2012, essas medidas sofrem uma radicalização no conjunto do estado com o Real Decreto Lei 16/2012 (RDL), estabelecendo-se critérios de exclusão de imigrantes em situação administrativa irregular no acesso ao sistema sanitário e distintos tipos de co-pagamento a serviços públicos de saúde. Essas medidas promoveram uma mudança substancial no modelo de seguro público de saúde ao retrocederem com relação ao direito universal de acesso à saúde e ao estabelecerem cortes entre quem está assegurado e quem não está, da mesma forma, avançando na diminuição do acesso gratuito à saúde. A redefinição de quem possui acesso à saúde e o escalonamento de serviços a serem ofertados remodelam o acesso e promovem uma grande mudança no volume de cuidados de saúde com financiamento público. Mais concretamente, a mudança do RDL significa passar de um modelo de sistema nacional de saúde a um modelo de seguridade social que rompe com a perspectiva de acesso universal.

A crise econômica e suas consequências sociais ameaçam os direitos sociais, afetando de maneira desproporcional as populações empobrecidas e as minorias étnicas. As medidas que atacam o sistema público de saúde promovidas pelos governos pós-crise e as sucessivas mudanças que afetam o caráter universal e gratuito do Sistema Nacional de Saúde

Catalão desencadearam a reorganização de “antigos” e “novos” movimentos de cidadãos e profissionais que lutam pela defesa do sistema público (Puig-Barrachina *et. al.*, 2013).

Nesse sentido, definimos que durante o estágio realizaríamos um estudo buscando contribuir para a compreensão da relação e coexistência de movimentos “antigos” e “novos” em torno do tema da privatização da saúde a partir da análise de entrevistas, de manifestos e de materiais escritos de três movimentos sociais selecionados por sua representatividade que estão envolvidos nos embates entre movimentos de cunho representativo e movimentos criados na lógica dos movimentos antiglobalização: o Centre d’Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), o Grup de Defensa de Sanitat Pública (15MBCNSalut) e a Plataforma Pel Dret a la Salut (PDS)⁵. O Caps é o movimento mais antigo estudado; foi criado em 1983 como uma entidade científica que produz conhecimento para ajudar a melhorar as condições de vida, saúde e sistema de saúde da população (Martí, 2013). Para garantir seu objetivo de produção de conhecimento, do Caps participam, principalmente, profissionais de saúde. O 15MCNSalut foi criado no interior do 15M/AcampadaBCN como parte do movimento 15M espanhol. Movimento criado no contexto das manifestações sociais contra as medidas do governo pós-crise financeira de 2008, o 15MBCNSalut identifica-se como sendo “filho da crise”, ou seja, do desgaste político, econômico e social decorrente do neoliberalismo. O 15MBCNSalut centra sua convocatória via internet; é um movimento sem muita organização e sem a presença de organizações sindicais, partidos políticos e movimentos sociais antigos. O modelo de organização da PDS está entre os outros dois movimentos analisados, pois se nutre de uma perspectiva mais organizativa, influenciada por movimentos como o Caps e, ao mesmo tempo, menos estruturada, com influência do 15MBCNSalut. Ele foi criado em 2012 pelo enlaçamento de comissões de saúde dos bairros, da Federació d’associacions de Veïns e Veïnes de Barcelona (FAVB), serviços de saúde e sindicatos, com a participação dos outros dois movimentos estudados. A PDS foi criada objetivando congregar uma rede de interação para convocar ações contra os ataques ao sistema público de saúde.

A análise dos movimentos sociais realizada mapeou a tendência atual de movimentos que questionam o padrão orgânico e estruturado dos movimentos provenientes dos anos 70 e

⁵ Com relação à pesquisa desenvolvida no estágio, foi elaborado um artigo, intitulado “Discursos de movimientos sociales sobre privatización de los servicios de salud catalanes”, de autoria de Lutiane de Lara, Lluís Camprubí, Neuza Guareschi e Carme Borrell, encaminhado para publicação na revista catalã *Athenea Digital* em julho de 2014.

80, mas, ao mesmo tempo, a coexistência de movimentos que mantêm padrões tradicionais de atuação.

Parte dos movimentos antiglobalização, por sua característica dispersa, sem lideranças, apartidários, assindicais e com o uso de novas ferramentas, tanto de informação quanto de estratégia de ação, tem provocado questionamentos importantes quanto às formas de resistir em contextos de capitalismo avançado e crises financeiras decorrentes destes processos. Esses movimentos são caracterizados pela presença marcante do uso da internet e, em especial, das redes sociais digitais para a organização e disseminação da informação das revoltas sociais (Toret, @datanalysis15M, 2013).

Estes são movimentos de uma nova geração de protagonistas, com idade entre 20 e 30 anos, que por intermédio das redes sociais têm pulverizado uma maneira peculiar de atuação. Podemos citar os movimentos de junho de 2013 no Brasil, a Primavera Árabe no mundo árabe, a expansão do movimento Occupy nos Estados Unidos e, na Espanha, o movimento 15M (também chamado #spanishrevolution ou movimiento de los indignados) (Toret; @datanalysis15M, 2013). Esses movimentos puderam singularizar-se, na medida em que foram refratários às instituições e à democracia representativa. São favoráveis à relação direta e horizontal, que nega hierarquias e vanguardas. Os movimentos de junho de 2013, no Brasil, foram o somatório de muitos agrupamentos com suas inúmeras prioridades e demandas, sem lideranças coletivas, sem vanguardas, sendo anti-institucionalistas e autonomistas. São movimentos que confrontam as organizações de representação social e política consolidadas no século XX (Ricci, 2014) e, na mesma medida, servem de combustíveis nesta tese para a problematização das condições contemporâneas para o exercício da resistência.

No capítulo que segue, realizamos uma discussão sobre os modos de subjetivação em contextos de investimento biopolítico na vida. Esse capítulo tem como foco introduzir o filósofo italiano Roberto Esposito como um interlocutor importante na construção das análises da tese, principalmente no que se refere ao conceito de paradigma imunitário como uma chave para desfazer o nexo entre investimento/desinvestimento na vida que acompanha o percurso biopolítico.

3. MODOS DE SUBJETIVAÇÃO, BIOPOLÍTICA E PARADIGMA IMUNITÁRIO

O ser humano não é a base eterna da história e da cultura humanas, mas um artefato histórico e cultural. Esta é a mensagem de estudos provenientes de uma série de disciplinas que têm apontado, de diferentes maneiras, a especificidade da nossa concepção ocidental e moderna de pessoa (Rose, 2011, p. 39).

Nunca o cuidado com a vida esteve tão no foco de investimentos quanto nos séculos XX e XXI. Somos convocados de diversas formas ao cuidado da nossa saúde e dos recursos que envolvem nossas vidas e a vida do planeta. Multiplicam-se os argumentos que nos chamam à responsabilização para conosco e com a vida, em sentido amplo. De todos esses saberes, chegam-nos informações para que nos posicionemos ativamente. Multiplicam-se, na mesma proporção, os espaços ativistas de defesa dos direitos humanos, que atuam englobando as quatro gerações descritas por Bobbio⁶.

Neste processo, as práticas privadas de cuidado com a saúde somam-se às práticas estatais de investimento na população. Deste encontro, vemos emergir um foco específico de exercício de protagonismo ligado à cidadania e à democracia participativa. O apelo do cuidado da saúde liga-se ao Estado e ao direito. O sujeito do cuidado é, nesta instância, sujeito que exercita seu direito à saúde a partir de um lugar ativo na construção das políticas públicas. Constantemente, esse processo é analisado como parte da evolução das sociedades modernas em direção à democratização e à garantia de melhores condições de vida mediante efetivação de direitos.

Nesta tese, elegemos justamente furtarmo-nos destes argumentos universalizantes. Partimos do pressuposto de que não há uma realidade essencialista nos sujeitos ativos, participativos; isso tampouco é fruto de uma evolução da humanidade que nos leva de escravos a protagonistas de nossas vidas. Menos ainda, há um percurso histórico que trilha as sociedades em direção à democracia e ao aparelho que a sustenta. O humano não é uma

⁶ Os direitos de primeira geração dizem respeito aos direitos civis e políticos, os de segunda geração dizem respeito aos direitos sociais, e os de terceira geração referem-se aos direitos difusos (cuidado com ambiente, por exemplo). Já os de quarta geração concernem aos efeitos traumáticos da pesquisa biológica (Bobbio, 2004).

realidade preexistente, essencializada e a-histórica. Não existe uma essência na noção de participação comunitária positivada no exercício de defesa do direito à saúde pública e de qualidade como uma experiência de cidadania e democracia.

Os modos de subjetivação são obras dos acasos, das discontinuidades e dos acidentes da existência. Rompemos com análises do ser humano a partir de universais e essencialismos, para compreendê-las como produções feitas em circunstâncias particulares que produzem positivities, por exemplo, o eu, o sujeito, o ativista político e singularidades (Foucault, 2005a).

A análise das positivities, enquanto singularidades puras não referenciadas a uma essência, operam no nível das condições de aceitabilidade que produzem as redes singulares de tais objetivações históricas. Esse empreendimento trata-se de uma genealogia dos modos de subjetivação que tenta “retribuir condições de aparição de uma singularidade a partir de múltiplos elementos determinantes, de onde ela aparece não como o produto, mas como o efeito” (Foucault, 2005a, p. 51). Não se trata, portanto, da participação comunitária em si, mas das condições de possibilidade para tal experiência nas políticas públicas de saúde ao considerar-se essa experiência como uma relação em um campo de interações de saberes e poderes produzidos no cenário biopolítico de investimento na vida.

O conceito de biopolítica foi introduzido por Foucault (2005b) em meados da década de 1970 como tecnologia de poder capaz de problematizar os fenômenos do século XX de estatização da vida biológica, em que o nazismo foi a experiência limite. Esse conceito é uma ferramenta importante para o mapeamento das condições de aceitabilidade da experiência da participação comunitária nas políticas públicas de saúde, pois a construção de sujeitos protagonistas é possível quando a população passa a convocar e a ser convocada a exercer papel ativo na dinâmica de governamentalidade. Junto a isso, as discussões que envolvem a biopolítica engendram análises sobre as condições do exercício político no contemporâneo e também nas políticas públicas.

O processo de investimento na vida, tal como descrito por Foucault (2005b), configurou uma normalização da vida que juntou uma tecnologia disciplinar a uma tecnologia regulamentadora ou previdenciária, a primeira com o polo no corpo e a segunda com o polo na população. Na modernidade, o humano “é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão” (Foucault, 2007, p. 156), não mais um animal vivo capaz de existência

política, como na Polis grega. Como efeito, a modernidade passou a condicionar o exercício político ao fato biológico da existência, ou seja, é em função de nossa existência biológica que exercemos nossa política e é o biológico que entra em questão no debate político.

As estratégias de regulação biopolíticas da vida constituem nossa experiência política permeadas por modelos e gerenciamentos da conduta individual e coletiva, de forma que a prática política tende a reproduzir os modelos institucionais de acesso aos direitos e, dessa forma, à estatização da vida e ao aumento do poder do Estado nas dinâmicas da vida. Isso é possível porque, na construção do investimento biopolítico, a norma foi agregada à lei. Assim, a lei funciona cada vez mais como norma e o sistema jurídico tem se integrado gradativamente a aparelhos médicos, psiquiátricos, psicológicos, etc., assumindo funções reguladoras (Foucault, 2007), como na internação compulsória de usuários de drogas realizada conjuntamente por aparatos de saber/poder que unem Estado, Polícia Militar, profissionais da saúde e família. Essa normatização atua, inclusive, regulando a atuação da sociedade civil nos diferentes âmbitos da sociedade por meio de legislações que promovem e regulamentam as formas de participação possíveis, como é o caso da participação comunitária prevista no SUS ou da legislação que rege o direito à greve.

O deslocamento proposto por Foucault redirecionou as análises sobre o exercício do poder e sobre seus efeitos. Ele retirou súditos e soberanos, norma e lei de um campo de análises polarizadas, rompendo, portanto, com a tradição filosófico-jurídica moderna. O cerne desta ruptura é a não-suposição da existência dos sujeitos como uma realidade preexistente ao poder, mas como unidades que se constituem ao mesmo tempo (Foucault, 2005b). Em questão, está o problema da soberania, que deixava suas nuances clássicas em que o soberano possuía o direito sobre a vida e sobre a morte dos súditos, para um exercício de soberania moderna que constitui a figura do soberano como prerrogativa para se poder viver e fazer viver (Rabinow; Rose, 2006).

Nas sociedades pré-modernas, a relação com o soberano era dada a partir da manutenção e defesa do soberano enquanto tal. O uso da força e a usurpação das riquezas dos súditos imprimiam um poder encarregado de barrar, dobrar e destruir. Na época clássica, essa relação sofrerá uma importante mudança, que retira a lógica do confisco da centralidade da ação soberana para passar a incitar, produzir forças, fazer crescer e ordenar os indivíduos e, posteriormente, a população (Foucault, 2007).

No entanto, para o autor, isso não significa apagar a figura do paradigma soberano, mas reconhecer nele um mecanismo de funcionamento. Esse mecanismo de funcionamento consiste na sujeição a uma ordem jurídica e política, ao mesmo tempo em que o direito é o instrumento utilizado pelo soberano para impor sua dominação. Assim, desfaz-se a polaridade que separava poder e lei. Nesta relação, o direito não dirime o poder, mas é o instrumento consagrado para o exercício da força. A reivindicação da garantia dos direitos humanos e sua disseminação em nível nacional e internacional não contrapõe os direitos dos súditos aos direitos do soberano, mas são investimentos biopolíticos e funcionais do poder soberano (Esposito, 2011a). Da mesma forma, a reivindicação por garantia do direito à saúde não se contrapõe às dinâmicas de poder, mas é a elas acopladas.

Sem entrar minuciosamente nos processos descritos por Foucault relativos ao poder disciplinar e da biopolítica⁷, cabe aqui destacar que um dos principais efeitos do processo de governamentalização é que os fenômenos que envolvem a vida passaram a ser a meta política dos governos e também das manifestações da sociedade civil. Muito embora a vida exceda por todos os lados as jaulas jurídicas que tentam encerrá-la, a experiência do nazismo na Alemanha apontou-nos os caminhos pelos quais somos levados por essa biologização do político, em que o predomínio da categoria vida sobre a existência expôs a própria vida à morte. A questão está em problematizar os efeitos desta relação monocausal entre vida e política que, na ordem posta em questão nesta tese, vincula direito à saúde e prática política (Esposito, 2011a).

Para o filósofo italiano Roberto Esposito, a resposta que dá Foucault à pergunta “por que, ao menos até hoje, uma política de vida ameaça sempre a se voltar como ação de morte?” (2011, p.16) não foi definitiva. A questão retoma a problemática a que chegou Foucault quando analisou fenômenos fascistas e comunistas como efeitos pertencentes à mesma racionalidade política. Fenômenos totalitários e a modernidade não seriam antagônicos e, ao mesmo tempo, guardariam uma dinâmica diferenciada de relação com o poder soberano. De acordo com Esposito (2011a), Foucault em alguns momentos considerou o totalitarismo resultado dos momentos que o precediam, o que abre a leitura de que o poder encerrou desde sempre a vida em suas estratégias. Em outros momentos, Foucault entendeu o totalitarismo

⁷ Para tal intento, sugerimos as aulas de Michel Foucault: “Em defesa da sociedade”, “Segurança, território e população”, “O Nascimento da Biopolítica”.

como uma deformação temporária do poder e, nesse sentido, condicionou a leitura para compreender que a vida é capaz de vencer todo poder que queira violentá-la.

Teria faltado a Foucault debruçar-se sob os conceitos de política e vida para compreender tal relação paradoxal inerente à biopolítica. O percurso que Esposito realiza para aprofundar os conceitos e o nexos entre política e vida passa pela construção do paradigma imunitário como chave interpretativa (Esposito, 2011a).

O paradigma imunitário, nesta formulação, é um plano transversal que atravessa a modernidade e a dinâmica biopolítica. Ele permite compreender a relação de investimento e desinvestimento na vida que constitui os fenômenos inerentes à governamentalidade. Para analisar essa dinâmica, Esposito retoma a categoria *communitas* e os correlativos investimentos do poder soberano sobre a comunidade, entendendo-o a partir de uma relação de *compensatio/dispensatio* (Esposito, 2011a).

Esposito (2007) critica o pressuposto moderno que considera a comunidade como propriedade dos indivíduos que os une e os qualifica como pertencentes ao mesmo conjunto. O central em sua crítica é que a comunidade, ainda que seja para os comunistas, segue amarrada à semântica do *proprium*. Dessa forma, “é comum o que une em uma única identidade à propriedade - étnica, territorial, espiritual - de cada um de seus membros. Eles têm em comum o que lhes é próprio, são proprietários do que lhes é comum” (p.25). Isto pressupõe que os direitos, como o direito à saúde, estará distribuído em um sistema de propriedade comum.

Para tomar distância desta semântica, retoma a etimologia do termo latino *communitas*, não centrando a análise no adjetivo *communis* porque deriva dele tal sentido por oposição a próprio, para centrar-se no termo *munus*, que indica uma caracterização social. Essa relação de oposição que deriva do *communis* concerne ao que é de um, a muitos ou a todos, portanto, ao que é público em contraposição ao privado. O termo *munus*, e esta é a função central para Esposito, tira a ênfase do público/privado e a coloca na acepção de dever que pressupõe uma dinâmica de renúncia da própria identidade individual (Esposito, 2007); tal ponto será trabalhado melhor mais adiante nesta tese.

A função da comunidade é justamente expor a vida à dinâmica do *compensatio/dispensatio*, a sua direção afirmativa, tentando assumir plenamente o negativo do *munus* como seu principal objeto de reflexão. Comunidade e imunidade, lidas a partir da sua própria

oposição, levam a vida perante a violência: enquanto a primeira assenta na exposição direta, a segunda ativa uma violência numa forma potencialmente ainda mais perigosa (Drezzadore, 2014).

Para Esposito, existe uma ligação profunda entre a própria biopolítica e a questão da imunidade, que coloca a imunidade como categoria central na modernidade. O acento na questão imunitária significa que o investimento biopolítico na vida em seu aspecto positivo contém sempre uma relação de simetria contrastante que estabelece uma interrupção no circuito dialético entre a negação e a proteção da vida; a proteção da vida é sempre negação ou uma proteção negativa da vida (Drezzadore, 2014).

Conforme Esposito, a vida e o poder não são pensados como originalmente separados e, posteriormente, unidos. Ao contrário, são pensados como elementos de uma mesma unidade que assume sentido unicamente a partir da relação entre eles. “O poder não é exterior às dinâmicas da vida mas ‘vive’ juntamente com ela: deste ponto de vista, se a doença fortalece a vida, a sua presença é portanto necessária no interior do próprio corpo comunitário” (Drezzadore, 2014, s/p).

A noção de imunização, até mesmo em seu sentido pulverizado, conecta a esfera da vida com a do direito. O paradigma da imunidade, ao inscrever-se no ponto de intersecção entre direito e biologia, recoloca a comunidade no campo da política, uma biopolítica. A conexão entre o *bios* e a política, na filosofia de Esposito, é o que conecta as duas faces da biopolítica foucaultiana - que em sua dupla face fratura a intervenção na vida a partir da redução ao biológico e à dissolução da política -, a união do que, ao mesmo tempo que protege, nega a vida. Como nos mecanismos das doenças autoimunes, os limites de proteção operado pelas defesas naturais do organismo humano são atravessados e passam a causar a morte ao próprio corpo (Esposito, 2012).

A noção imunitária, ainda que seja inaugurada na esfera jurídica, atravessa todas as linguagens da modernidade, sejam biológica, teológica, antropológica. O paradigma imunitário conjuga os dois elementos que compõem a biopolítica (*bios* [vida] e *nómos* [política]), que resultam constituintes da unidade inquebrável que somente adquire sentido em sua relação. Dito de outro modo, vida e política são componentes de um mesmo conjunto que assume sentido unicamente a partir da relação entre eles. A imunidade não somente vincula vida e poder, mas é o poder de conservação da vida. Nesta assertiva, não existe poder exterior

à vida, assim como nunca se produz vida fora das relações o poder. Isso quer dizer que a política é a condição de possibilidade para manter a vida com vida. O que condena a concepção política moderna à sua impraticabilidade é a tentativa de conservação da vida mediante a extinção dos conflitos (Esposito, 2011a). Como poderemos acompanhar ao longo da tese como um de nossos argumentos centrais, a aproximação entre a participação comunitária e o direito tende a conservar a vida e a torná-la menos comum.

O paradigma imunitário estabelece um nexos peculiar entre biopolítica e modernidade; ele é capaz de explicar a dinâmica de proteção negativa da vida que caracteriza a gênese biopolítica moderna. A vida foi eminentemente traduzível à política, ou seja, para que a política seja biológica, a ameaça de morte deixará de ser apenas funcional para a manutenção da ordem, como antes da política nazi, para ser produzida em quantidade cada vez maior. A tanatopolítica condicionará a potencialização da vida à extensão da morte (Esposito, 2011a).

A categoria de imunização possui a condição de avançar com relação às duas versões do paradigma de biopolítica - afirmativa (produtiva) e negativa (mortífera) - ao considerar que há uma articulação entre elas. Assim, a versão negativa não é a forma de sujeição violenta que o poder impõe sobre a vida desde fora, mas o modo antinômico em que a vida se conserva pelo poder, que em seu limite a leva à morte. Tal como a imunização realizada pela vacinação, a imunização do corpo político funciona introduzindo parte da substância da qual se quer proteger o corpo para bloquear e contradizer seu desenvolvimento natural (Esposito, 2011a).

O pensamento deste autor não se propõe a negar a lógica imunitária, ou a restituir certa ética perdida de política, mas é um instrumento de análise do nosso tempo que nos auxilia a construir modos de viver a participação comunitária permeados por uma política da vida e por pensamento do comum. A análise desta relação traz a crítica à ontologia individualista que supõe a dialética entre o sujeito e a comunidade, articulada em torno da centralidade da propriedade. Isso quer dizer que, na medida em que os investimentos biopolíticos buscam salvaguardar a comunidade, a dispensam de sua mais importante característica, tornando-a menos comum (Esposito, 2011a). Partir da análise da *communitas* por Esposito significa que toda a dicotomia da *res publica* em face da esfera privada não poderá mais se sustentar. “A *communitas* não pode ser directamente pensada como uma *res*,

mas como a falha na qual os sujeitos correm o risco de cair, uma vez expostos” (Drezzadore, 2014, p. 12).

O paradigma imunitário é instrumento para repensar as relações entre participação comunitária e luta contra a privatização, pois os entendemos também expostos e ameaçados pelo processo que imuniza as condições de experiência do comunitário tanto na prática política quanto no acesso aos bens-comuns. Conduzimos a tese a partir de uma negação da oposição entre público/privado, publicização/privatização, buscando o comum como uma terceira via de análise, capaz de negar essas dualidades e de recolocar a relação entre política e vida na dimensão da participação comunitária.

No entanto, antes de avançarmos na ruptura de tais dicotomias, no capítulo que segue, compomos alguns traços da construção da política pública de saúde no Brasil, buscando mapear a rede de relações que criaram condições de possibilidade para que a participação comunitária emergisse como força irruptiva e, logo em seguida, se institucionalizasse como uma instância ou um braço do processo de gestão da política de saúde. Como já apontamos, tal análise converge para uma racionalidade-inovação, na medida em que tais arranjos constituem novas formas de governo das populações e a conformação de um campo de experiências como sociedade civil. São formas mais eficazes e eficientes de governo, uma vez que deslocam os lugares pré-fixados de interesse público e privado, convocando os sujeitos ativistas políticos, enquanto sujeitos públicos e privados, a produzirem governo das populações.

4. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: A EMERGÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE

É importante, porém, não se deixar enganar. O que hoje é reivindicado como exigência de modernidade, de progresso, de racionalidade pode na verdade representar unicamente a atualização de um velho projeto elaborado no passado e constitutivo da configuração de poder contra a qual justamente se pretende lutar (Machado *et. al.*, 1978, p. 153).

Traçar as linhas, os percursos e os percalços que permitiram a emergência da participação comunitária na política pública de saúde não significa uma busca pela origem deste foco de experiência, porque não buscamos sua essência exata ou identidade estática como prática política. Neste exercício, há um segredo revelado por Foucault, a partir de sua incursão nietzschiana - a pressuposta essência é algo que foi minimamente construído a partir de eventos, situações que lhe eram estranhas e aleatórias, e, portanto, não se trata de buscar a verdade dos fatos (Foucault, 2004b).

Uma história que não busca a verdade originária e as instâncias de fundação da participação comunitária preocupa-se em compor os acasos, os tropeços, os acontecimentos em suas intensidades, não para lançar luz aos fatos que ficaram no passado e marcaram a evolução do papel da população na política. Antes o inverso, busca pelas dispersões e acidentes que permitiram a emergência deste foco de experiência, como marcas da exterioridade dos acidentes que nos constituem como sujeitos (Foucault, 2004b).

A emergência da participação comunitária, como um possível ponto de surgimento, configura o aparecimento de uma singularidade no jogo casual das relações de poder entre governantes e súditos. Ela “é portanto a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e sua própria juventude” (Foucault, 2004b, p. 24b), buscando compor políticas públicas a partir das demandas do conjunto da população. No entanto, não é a leitura que busca encontrar de onde provêm as forças e as fraquezas nas relações de poder ou, dito de outro modo, se as forças provêm do Estado ou se têm verdadeiras condições de emanar do conjunto da população, mas a leitura da própria dinâmica de forças que configuram as relações de poder entre Estado e população e que dispõem, assimetricamente e em lugares sempre provisórios, os sujeitos. Não

há, dessa forma, um responsável pela emergência, já que ela sempre irrompe no interstício. As dinâmicas de força nem ao menos são parte da mesma significação; “são efeitos de substituição, reposição e deslocamento, conquistas disfarçadas, inversões sistemáticas” (Foucault, 2004b, p. 26).

A genealogia é a história do aparecimento das singularidades, do aparecimento desses deslocamentos e acontecimentos, sem a busca por um ponto fixo ou constância histórica que sirva como apoio. Ela propõe destruir sistematicamente esses apoios, ou essas verdades; a genealogia convida a um reencontro com o descontínuo que nos constitui como sujeitos (Foucault, 2004b) protagonistas/militantes/ativos na construção da política pública de saúde, mediante a construção do foco da experiência da participação comunitária.

A genealogia, como a entendem Nietzsche e Foucault, é diferente da história tradicional porque não trata de estabelecer uma continuidade ideal para os acontecimentos. Portanto, não nos cabe contar uma história ideal da política de saúde no Brasil, dando conta de abarcar todos os fatos. Diferentemente disso, cabe-nos analisar os acontecimentos que marcaram esse percurso histórico e mapear as dinâmicas subjetivas de ativismos na área da saúde que foram possíveis a partir deles. Para a genealogia, o acontecimento é justamente o que marca a inversão das relações de força, e essas forças não obedecem aos desejos da idealização, da estagnação, nem a uma mecânica, mas ao acaso das relações de poder (Foucault, 2004b).

A construção de uma genealogia da participação comunitária serve na tese para desnaturalizar, em um primeiro plano, propriamente a participação comunitária como uma evolução da história da política de saúde e, em um segundo plano, para desnaturalizar e desessencializar a existência da luta em defesa do público e contra a privatização da saúde. Constituir esta discussão no campo da governamentalidade significa pensar as práticas políticas de grupos organizados da sociedade civil que, na dinâmica das relações de poder, em alguns momentos produzem resistência, linhas de fuga às práticas de governo da vida, mas que em seguida são agregadas a novas dinâmicas de governo.

A análise das relações de poder que marcam a emergência da participação comunitária como um foco de experiência constitui-se a partir de um campo relacional de conceitos de poder e resistência. De tal sorte, poder não é uma realidade natural ou uma essência ligada a alguém que o detém; não é do Estado e, em momentos, da população, mas é

uma prática social constituída historicamente e disseminada na sociedade. O poder é algo que se exerce e que circula em toda a estrutura social, positivando individualidades e constituindo os modos de nos relacionarmos conosco mesmos. Daí que toda luta é resistência dentro da própria rede do poder. “E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social” (Machado, 2004, p. XIV). Como poder e resistência são realidades que somente existem juntas, não podemos naturalizar um lugar para cada uma delas; assim, o poder não é do Estado, tampouco a resistência é da população. Eles são conceitos que encontramos dispersos nas diferentes práticas que constituem os sujeitos na sociedade.

As lutas sociais acontecem nas malhas do poder de forma a questionar as maneiras como somos governados. As lutas do século XX ensinaram-nos algo nesta linha, levaram-nos à consolidação das estruturas do poder e auxiliaram na sofisticação de sua individualização, sejam elas lutas pela garantia dos direitos sociais (educação, saúde, transporte, moradia) ou pela livre orientação sexual, pelo direito ao corpo, etc. Ao fim e ao cabo, o que elas nos têm ensinado é que a resistência em algum momento é assimilada pelas malhas do poder e produz novos modos de governo da vida (Branco, 2001).

Cabe, no entanto, acompanhar o percurso da obra de Foucault em seu último domínio, a sua busca por sair de um campo niilista de produção de conhecimento. A estética da existência traz à noção de resistência uma novidade, na medida em que descentra as lutas sociais dos campos institucionais e as inscreve no campo da ética e da liberdade (Branco, 2001), ou seja, como campo de problematização dos modos de existência e da constituição dos sujeitos consigo mesmos e com o mundo.

O exercício de si diz respeito a colocar em questão como nos constituímos como sujeitos, num esforço que, ao indagar de si e de sua realidade, experimenta práticas de liberdade. A ética coloca-se como uma prática de liberdade, e a liberdade, como uma condição ontológica da ética, na medida em que propõe uma posição de liberdade refletida. Para que sejam possíveis práticas de liberdade, é preciso que as relações não estejam organizadas em um sistema de dominação, mas em relações de poder, e que se tenha a clareza de que é preciso conhecer como nos posicionamos nessas relações e quais efeitos decorrem delas, inclusive para buscar outros modos de governo (Foucault, 2004c).

Ao operar com as noções de poder e resistência, buscamos traçar algumas linhas que constituem condições possíveis para a construção do foco de experiência da participação comunitária, com pauta específica contrária à privatização, o que denota a luta contra a privatização e em favor do SUS do ponto de vista de uma existência possível no campo das relações de poder, e não como evidências meramente boas ou ruins ou como parte de uma evolução no campo do público. Trata-se de compreender, portanto, a participação comunitária, como o que é público e privado na saúde, como virtualidades constituídas a partir das táticas gerais da governamentalização da vida (Foucault, 2009).

No caso do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, entendemos que a condição de sua emergência histórica ou as malhas de poder enquanto uma instância de participação comunitária que pauta a luta contra a privatização se vinculam à construção das políticas públicas de saúde no Brasil e, mais recentemente, ao movimento da Reforma Sanitária. O uso do termo *público* em oposição a *privado* na saúde não é proveniente de um processo natural ou de uma evidência histórica que os foi progressivamente constituindo como noções em separado, ou mesmo, mais contemporaneamente, imiscuídas ou mistas. O que podemos observar é que são termos que foram historicamente engendrados e que na modernidade encontraram o campo da saúde como efeito do gradativo processo de estatização do biológico constituído pelo investimento biopolítico na vida. Diante disso, a Reforma Sanitária e seus desdobramentos em termos de construções de coletivos produzem fragmentos de defesas de pautas específicas em termos da garantia do direito à saúde.

Não se trata de tomar a história da política pública de saúde ou Reforma Sanitária como objeto de estudo. A intenção é questionar a *ratio*, as racionalidades que a construção da política de saúde colocou em circulação quando criou condições para enunciar a participação comunitária na produção da própria política de saúde e, ao mesmo tempo, sustentou o público como um discurso de verdade. Trata-se do processo em que a cidadania encontra a política de saúde ou, mais especificamente, os profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços e a população (agora usuária da política), como uma realidade possível com a emergência da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária como uma racionalidade-inovação traz a implicação tanto do profissional quanto dos demais sujeitos envolvidos na saúde como uma novidade que desempenha um papel na constituição da política pública de saúde.

No Brasil, a Reforma Sanitária constituiu-se por volta da década de 1970 como movimento de crítica ao conceito de saúde biológico e médico-centrado e em defesa do social como determinante no processo de saúde-doença. “Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo - a medicina social - na sua referência à realidade brasileira” (Cohn, 1989, 124).

Neste ponto específico da emergência do discurso da medicina social no campo da saúde brasileira, convém retomar a discussão que Foucault (2004d) faz, contrapondo a dimensão da medicina individual à da medicina social no contexto capitalista. O que nos chama atenção é que a medicina moderna, ainda que privilegie uma relação individualizante e individualista, é em si uma medicina social porque tem como tecnologia o corpo social. A medicina não teria passado na modernidade de uma prática social para uma prática privada, individual; ao contrário, o capitalismo socializou o corpo enquanto força de trabalho. Daí a afirmação do corpo como uma realidade biopolítica e a medicina como uma estratégia biopolítica.

Foucault (2004d) referia-se ao processo que aconteceu na Europa ocidental dos séculos XVIII e XIX, a constituição da biopolítica como tecnologia de poder que investiu massivamente no corpo-espécie, a população. Do mesmo modo, a Reforma Sanitária, ainda que pressuponha um conceito de saúde para além do biológico, não insere a medicina em uma dimensão coletiva, pois a medicina social brasileira se constituiu no século XIX. Essa medicina atuava como uma estratégia de controle da população, ainda que em seu viés dicotômico de uma saúde campanhista e de uma saúde médico-privatista, característico dos anos que a precederam.

Diante disso, tal inovação que a Reforma Sanitária trouxe não diz respeito à criação de uma medicina social ou diretamente ao alcance populacional da política, uma vez que se trata também da universalização do acesso à saúde, mas a uma expansão dos condicionantes que passam a ser considerados nesta estratégia de investimento na vida e ao papel da população neste processo. Trata-se de uma incorporação, no campo da intervenção em saúde, de todos os âmbitos da vida da população, tanto biológico (corpo somático) e psicológico (interioridade psíquica) quanto sociológico (realidade externa do sujeito) e político (protagonismo comunitário), às estratégias de condução das condutas. Isso remete à ampliação dos condicionantes e do campo de atuação do Estado sobre a vida das populações,

em suma, da estatização da vida. Interessa-nos justamente decompor o elemento político destes condicionantes de saúde, ou seja, o da participação comunitária.

Seguimos, para isso, tramando algumas linhas que permitiram a construção do foco de experiência da participação comunitária. O conceito de linhas, tomamos de empréstimo de Deleuze e Parnet (2004) para tramarmos essa malha da participação comunitária. Sujeitos, grupos, comunidades são feitos por linhas diversas que possuem várias naturezas. Esses autores descrevem três possíveis linhas e anunciam a existência de uma infinidade delas. Uma destas três é a de segmentaridade dura, que nos acomoda em diferentes segmentos sociais, como família, profissão, trabalho, e nos fragmenta em todos os sentidos como professores, pais-mães, adultos, etc. A outra aponta para que essas linhas possam ainda, ao mesmo tempo, ser de segmentaridade mais flexível ou molecular, traçando-se pequenas discontinuidades, desvios que irrompem como linhas de devires e microdevires nas linhas de segmento. A terceira é a linha de fuga que nos leva em nossos segmentos a destinos desconhecidos, estranhos e imprevisíveis. Essas linhas são imbricadas umas nas outras e podem desenhar outras. No trabalho desta tese, tramamos seis linhas na construção da participação comunitária como foco de experiência, e outras tantas poderiam ter sido desenhadas. Nelas habitam possibilidades de segmento e de segmentaridade que cruzam os arranjos das relações de poder e resistência.

Estas linhas são tecidas ao longo da história da construção da política pública da saúde no Brasil como um efeito possível dos diferentes arranjos de investimento na vida que formulam condições para constituir-se a comunidade e a participação comunitária como tecnologias de governo da vida. Assim sendo, tramamos seis linhas a partir do caminho percorrido pelos sujeitos na construção da política pública de saúde brasileira.

Uma primeira linha que tecemos trama no nascimento da medicina social a emergência do investimento sobre a população e o desenho de uma população que foi convocada a responsabilizar-se por sua saúde. Essa população, tecendo uma segunda linha, nas primeiras décadas do Brasil República, assume formas reivindicativas de experiência do coletivo que afirmam a necessidade de outros contornos para a política de saúde, permeados pelos interesses da população, opondo-se às medidas verticalizantes que caracterizavam o sanitarismo campanhista. O modelo previdenciário de saúde, como uma experiência de exercício de governo social no Brasil, é uma linha que fragmenta a população em população

trabalhadora ao reconhecer nela o foco de investimentos de saúde. Essa fragmentação conecta trabalhadores ao direito à saúde e, portanto, ao exercício dos direitos sociais e da experiência do protagonismo como um exercício político-jurídico. O pensamento médico-social, durante os anos da ditadura militar, faz a amarração que leva os profissionais da saúde até a comunidade e com ela passa a ter o compromisso de transformar a sociedade, tramando, assim, a quarta linha. Nos anos seguintes, a Reforma Sanitária e o discurso da Saúde Coletiva delineiam as condições para afirmar a participação comunitária como um direito e um dever da comunidade; portanto, enunciam o campo do direito como espaço que regerá esse exercício político. O significante *coletivo* presente na Saúde Coletiva performa a entrada da coletividade, que será traduzida por comunidade, como força social capaz de retirar a centralidade do Estado da construção da política de saúde. A sexta linha conecta o foco de experiência da participação comunitária à Constituição de 1988 e às legislações do SUS. Essa institucionalização permite, portanto, que o sujeito ativo das políticas públicas de saúde se torne uma tecnologia de governo. Essa tecnologia de governo que governa por meio da comunidade instrumentaliza fidelidades pessoais e responsabilidades ativas na luta contra a privatização da saúde.

4.1 Primeira linha - O nascimento da medicina social: contornos de responsabilização da população

As intervenções estatais na saúde constituem-se no Brasil Colônia, no entanto, somente se consolidaram no Brasil República. Essas intervenções permitiram a construção de uma saúde pública a partir da construção da medicina social. No Brasil, a medicina social emerge no início do século XIX com forte ideal de uma higiene pública, desejosa por normalizar e medicalizar a vida social brasileira, então associada com vadiagem, vagabundagem e preguiça. A saúde pública é uma das responsáveis pela construção da urbanização e pela produção de estratégias preventivistas. Essa noção constituiu o Estado como espaço hegemônico de investimento na vida e na morte da sociedade a partir da centralidade do discurso biológico (Birman, 2005).

São as primeiras ações em direção à uma governamentalização da vida que, aos poucos, vão fiando a linha que costura os sujeitos na construção desta política e os especifica

como seus sujeitos ativos. Portanto, o nascimento da medicina social é uma linha na trama da história que permitirá, no futuro do país, a construção do foco de experiência da participação comunitária porque possibilita a inserção da população nos alvos de investimento do Império e aos poucos performa a aproximação da população a práticas de autocuidado que inauguram a responsabilização da população com sua saúde privada.

Até o início do século XIX, a medicina, ainda que rara em função da escassez de profissionais dispostos a imigrarem de Portugal ao Brasil, era um cargo administrativo da Coroa, com salários e obrigações específicas. Aos médicos e demais funcionários encarregados da saúde, era delegada a função de atuar sobre a doença com uma terapêutica do tipo individual e curativa, ou seja, uma medicina individual. Mais especificamente, a função era a garantia de que a peste não atingiria o interior das cidades, sem, no entanto, haver uma intervenção direta na vida da cidade como um todo. Existia uma preocupação com a sujeira e com as imundícies que eram lançadas nas ruas e nas praças, mas pouco se fazia com relação a isso porque não havia uma organização da atuação destes profissionais. A intervenção era mais num sentido de defesa da cidade do que um projeto de prevenção dos fatores desencadeantes de adoecimento (Machado *et. al.*, 1978).

A partir do final do século XVIII e início do século XIX, irrompe uma inovação no campo da saúde do Brasil Colônia, permitindo a emergência da medicina social. Decisivas nesta nova racionalidade foram as mudanças nas intervenções sobre pestes e epidemias, que aos poucos passaram a ser feitas a partir da elaboração de projetos de urbanização e higienização do espaço urbano. Nesta nova *ratio*, a medicina passa a ter papel decisivo para o controle constante e a vigilância contínua sobre o espaço e o tempo sociais (Machado *et. al.*, 1978).

Esse é o nascimento no Brasil de uma ação preventiva no campo da saúde e a inserção do profissional médico como agente central para a higiene do espaço urbano. Essa higiene estendeu-se a fatores morais da vida da população, com claras prescrições com relação a comportamentos e controle da ociosidade, da desordem social e da permissividade no contexto nacional (Machado *et. al.*, 1978). O investimento biopolítico da medicina social passou a responsabilizar a população por sua saúde mediante práticas moralizantes e prescritas. A medicina social tece o povo como foco de investimento e como alvo a ser higienizado e civilizado, ou seja, transforma o povo em população.

Nesta nova *ratio*, os fenômenos da população incluem a saúde como uma das atribuições do governo. Nesse sentido, reforçamos que não seria a medicina social uma exigência médica do século XX, em que se luta por um projeto anticapitalista no campo da saúde. A medicina social é uma construção no Brasil do século XIX e, portanto, parte da produção do capitalismo local como condição de possibilidade para intervir na população de maneira global a fim de garantir os interesses da Coroa Portuguesa. A medicina aliou-se ao Estado e tornou-se o apoio científico indispensável para o exercício do poder político. Importante ainda assinalar que tal movimento significa um deslocamento da prática médica da doença para a saúde, antes centrada no adoecimento, depois nas práticas de prevenção das causas que poderiam gerar adoecimentos (Machado *et. al.*, 1978).

A preocupação com a saúde pública encontrou na polícia médica os meios para uma biopolítica da população. A polícia médica é um conjunto de teorias, políticas e práticas que visam a garantir a saúde e o bem-estar da população desde a concepção, desdobrando-se em todos os âmbitos da vida. A nascente medicina social no Brasil dizia-se possuidora dos meios para alcançar uma sociedade ordenada e disciplinada. Daí que o Estado precisou da medicina para normalizar a população, mas também a medicina precisou da legitimidade do Estado para intervir nas doenças em suas causas, ou seja, sobre o ambiente. A medicina, para garantir essa relação, já no século XIX iniciou sua incursão nos cargos políticos, garantindo os interesses da corporação (Machado *et. al.*, 1978).

Neste contexto de desenvolvimento urbano e de criação do Estado nacional, iniciou-se a normalização médica da família. A chegada da família real ao país em 1808 e as demandas do capitalismo europeu acentuaram o quadro dos problemas urbanos pelos quais passava o país. O Brasil passou por um processo de ocidentalização tanto no que se refere à cidade quanto com relação à população. No entanto, a família deixou-se modelar pela cidade, mas não se converteu ao Estado. A adequação das famílias brasileiras aos novos costumes impostos pela Coroa e pela medicina serviu de motor para um aburguesamento e, portanto, como arma de combate aos portugueses (Costa, 2004).

Os governantes utilizaram o recurso da higiene, a partir de meados do século XIX, como estratégia para aproximar as famílias dos interesses do Estado nascente. A família passou a deixar o higienista intervir sobre ela, pois se acreditava respeitada e trocando velhos privilégios por novos benefícios. Ela passou a se autorregular e tornou cada um de seus

membros agente de saúde individual e estatal (Costa, 2004), configurando os primeiros movimentos para aproximar a população de um lugar ativo na construção da política de saúde, assim tecendo uma primeira linha para a construção do foco de experiência da participação comunitária. No entanto, neste momento, o ativo aplica-se, na medida em que o sujeito é agente que atua sobre si a partir das dinâmicas de saúde definidas pela medicina social e pelo Estado; não é, desse modo, ativo na formulação e proposição destas práticas, como mais tarde seria possível.

Os focos de investimentos no público no Brasil davam-se a partir de investimentos estrangeiros, uma vez que o Brasil ainda era uma Colônia de Portugal e, como tal, era um espaço de extração de riquezas, e não de produção. A constituição deste investimento será habitada por uma experiência privada em dois sentidos: privada de independência do Império e privada porque a Colônia era propriedade da nação portuguesa (Bernardes, 2006). Pode-se pensar na emergência do público em sua aproximação com a saúde da população como efeito da problemática da segurança da Colônia e da necessidade de manutenção de sua propriedade. Trata-se, portanto, de um público enquanto exterioridade em relação a Portugal e periculosidade com relação ao adoecimento e sua improdutividade. Essa *ratio* conforma a experiência do público como espaço social não tido como espaço de troca e mercado, como na Antiguidade Clássica, nem mesmo tido como espaço de produção, mas como espaço de exterioridade em relação a Portugal e de periculosidade (Bernardes *et. al.*, 2009).

A irrupção da medicina social permite a construção de uma política de saúde centrada na saúde da população, deixando de intervir apenas no adoecimento. Essa torção permite que o foco dos investimentos se desloquem apenas do controle das pestes e epidemias para a promoção de melhores condições de vida nas cidades como parte do projeto de urbanização e higienização. Nesta nova racionalidade, a população passa a ser fundamental porque é tecida como agente de saúde individual e estatal. Ela ingressa, então, no campo das políticas de saúde como agente que passa a ter responsabilidade pelos seus hábitos de saúde. A construção da medicina social performa, portanto, modos ativos de inserção na política de saúde.

4.2 Segunda linha - Sanitarismo campanhista: esgotamentos da população com os padrões verticais de investimento

Nos últimos 20 anos do século XIX, podemos acompanhar a crise do modelo imperial escravagista no Brasil e a redefinição da hegemonia nacional do capitalismo. A expansão cafeeira inicia o processo de substituição da mão de obra escrava pela inserção dos imigrantes europeus como nova força de trabalho. As pressões internas e externas contra o escravismo revelam a crise da monarquia e a transição para um capitalismo republicano (Nunes, 2000).

O Brasil, nas primeiras décadas do século XX, encontra-se assolado por epidemias (malária, varíola, febre amarela, peste bubônica, cólera, etc.), decorrentes, em grande maioria, dos aglomerados urbanos, que se formaram sem planejamento. Para responder a esses problemas que afetam diretamente a economia baseada na agroexportação, intensificam-se as medidas de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e erradicação de doenças que poderiam prejudicar a exportação. A principal intervenção dos higienistas consistia no saneamento das áreas indicadas pelos políticos mediante a vigilância de praticamente todos os espaços – fábricas, estábulos, hospitais, bares e cemitérios.

A saúde pública organizou-se em torno do modelo campanhista, de forma centralista, tecno-burocrática e médico-corporativa. “Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social” (Luz, 1991, p. 79).

Foram criados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. Oswaldo Cruz (ex-aluno de Pasteur) implementou instituições públicas de higiene e saúde. Ao mesmo tempo em que adotou o modelo das “campanhas sanitárias”, destinadas a combater epidemias urbanas e rurais (Luz, 1991), Oswaldo Cruz, em 1904, obrigou a população, mediante reiteração da lei sobre vacinação do ano 1837, a vacinar-se. Para atacar a resistência da população, criou uma polícia sanitária e uma campanha com estrutura militar com poderes para desinfetar casas, dispondo, inclusive, do uso da força. A população desconhecia os efeitos da injeção de líquidos no próprio corpo, por isso, negava-se a vacinar-se.

As medidas de saneamento adotadas por Oswaldo Cruz e a política de urbanização preconizada pelo presidente Rodrigo Alves levaram a população à resistência que ficou

conhecida como “Revolta da Vacina”. A oposição política e a mídia local somaram-se ao descontentamento popular com a vacinação e com as más condições de vida, o que resultou em uma ridicularização das ações e num levante popular.

Carroças e bondes foram tombados e incendiados, lojas saqueadas, postes de iluminação destruídos e apedrejados. Pelotões dispararam contra a multidão. Durante uma semana, as ruas do Rio viveram uma guerra civil. Segundo a polícia, o saldo negativo foi de 23 mortos e 67 feridos, tendo sido presas 945 pessoas, das quais quase a metade foi deportada para o Acre, onde foi submetida a trabalhos forçados (Porto, 2003, p. 53).

O potencial de resistência da Revolta da Vacina enunciava o descontentamento de políticas verticalizadas e impostas. O povo enfrentou o governo e a medicina, negando-se a vacinar-se e assim conformando experiências de protagonismo que afrontaram a política sanitária e resistiram à apropriação de seu corpo pelo Estado. Ela tece a linha que conforma modelos ativos de prática política que afirma a necessidade de aceitação do povo com relação às intervenções da política de saúde. A Revolta da Vacina indica a indignação do povo com as práticas verticais e afirma a necessidade de políticas que sejam mais palatáveis.

Em um primeiro plano, as resistências da massa representavam a condição de resistir do povo, que logo fora sufocada pela ação violenta do Estado, o qual atuou atualizando o mecanismo de privatização da violência em suas mãos. Em um segundo plano, elas indicavam a ineficiência de políticas verticais e a necessidade de criar outras estratégias de investimento que fossem mais eficazes e apresentassem menores resistência da massa. Trata-se de investimentos que criariam indivíduos que não precisassem ser governados por outros, pois governam a si mesmos, cuidam de si mesmos, ou seja, de povo à população (Miller; Rose, 2012).

O processo de produção começava a alterar-se com a incipiente industrialização e com a formação do proletariado urbano. Com o proletariado, emergem as organizações de luta e resistência dos trabalhadores, como ligas, associações de auxílio mútuo, uniões, etc. Nestas primeiras duas décadas do século XX, na linha da Revolta da Vacina, ocorreu resistência da população, reivindicando melhores serviços urbanos ou contestando contra políticas locais (Gohn, 2000).

O dispositivo do público (Bernardes, 2006), nos primeiros anos do século XX, encontrava-se com os interesses de construção da nação brasileira. A constituição do investimento no público camponês atingiu os espaços de circulação das mercadorias,

mediante intervenções tanto no espaço urbano quanto propriamente no corpo dos indivíduos como locus de epidemias e pestes. A saúde dos indivíduos era o objeto primeiro das intervenções, na medida em que por ela passavam os interesses do capitalismo incipiente. O público encontra-se com a saúde para garantir os interesses do liberalismo econômico emergente e toma as intervenções na população como meio para atingir objetivos econômicos.

Os anos de 1914 a 1930 representaram a crise do modelo agroexportador em decorrência da diminuição da importação de café e da borracha em função da Primeira Guerra Mundial. Desenhavam-se os primeiros movimentos para a industrialização do país e, nesse sentido, a construção do proletariado brasileiro e do movimento operário e sindical. As formas de resistência do operariado ocorreram neste período, especialmente em 1910, com a Revolta da Chibata no Rio de Janeiro, e em 1917, com a Greve Geral em São Paulo. No anos 20, aconteceram várias lutas e movimentos das camadas médias da população urbana e revoltas militares, bem como movimentos messiânicos no nordeste, como o liderado pelo Padre Cícero no Ceará (1926) e por Lampião na Bahia (1925-1938). Nas regiões urbanas, destacaram-se a Revolução dos Tenentes (1925-1938), a Coluna Prestes e as lutas pela educação (Gohn, 2000).

A emergência do público, como saúde pública, é possível quando a vida e a saúde se tornam objetos de saber e de intervenção. Porém, não é a saúde de qualquer grupo populacional que está em jogo; trata-se da saúde dos pobres, das populações pauperizadas que ameaçam o progresso (Bernardes *et. al*, 2009). A saúde pública brasileira emerge como condição de possibilidade da existência do público, e o público passa a atuar enquanto um dispositivo⁸ moderno, um dispositivo de publicização. O dispositivo da publicização, quando encontra as práticas de saúde, tece relações que permitem a produção de sujeitos no campo da saúde. O público e a produção de um dispositivo de publicização da saúde no Brasil são possíveis a partir de formulações sócio-históricas que promovem as formas de viver do coletivo em um determinado tempo-espaço (Bernardes, 2006).

⁸ “Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que pode estabelecer estes elementos” (Foucault, 2004e, p. 244).

Os arranjos e as formas de viver do coletivo nos primeiros anos do Brasil República vão permitindo a pulverização de resistências da população com relação ao modelo sanitaria e às demais pautas que envolvem o processo de urbanização do país, principalmente, as pautas operárias. São linhas reivindicativas de experiência do coletivo que afirmam a necessidade de outros contornos da política, permeados pelos interesses da população.

O público constitui-se como um campo de lutas entre a medicina social, a polícia, o Estado, os movimentos de resistência, como os operários e os conflitos urbanos (Bernardes, *et. al*, 2009), em estratégias que tomam a população como objeto de governo do Estado e aos poucos vão conformando territórios existenciais de modos de viver protagonistas no público, reivindicando ao Estado melhores condições de vida. Ele é possível na medida em que o investimento da população se torna uma urgência histórica, um problema a ser resolvido na ordem social que produz diferentes estratégias para tal (Foucault, 2004).

4.3 Terceira linha - O modelo previdenciário e o encontro da população trabalhadora com o direito à saúde

O período do regime Vargas (1930-45) prometeu renovar o país e criar um novo homem brasileiro a partir da produção da população e da nação brasileira associada aos “trabalhadores do Brasil”, unindo trabalho e direitos de cidadania. A política do período supunha a existência de um Estado forte mediante intervenção e organização dos interesses sociais em conflito (Hochman, 2005).

O campo da saúde pública durante esse período sofreu fortes movimentos de publicização na construção de um Estado forte e de uma política de saúde centrada na condução nacional. No ano de 1930, é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que em 1937 passaria a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde (MES), como uma realização parcial das reivindicações do movimento sanitaria da Primeira República e como parte da reforma administrativa. Tal reforma propunha fortalecer e racionalizar a organização administrativa federal (Hochman, 2005).

Durante a gestão do ministro Gustavo Capanema (1934-45), houve duas reformas importantes para a consolidação da saúde pública: uma mais geral de estrutura administrativa e outra mais específica nas ações de saúde. Aqui nos interessa principalmente a reforma na

estrutura, que criou no plano institucional as Delegacias Federais de Saúde, os Serviços Nacionais e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Em especial, destacamos as CNS, que deveriam reunir periodicamente representantes de todos os estados em um espaço nacional de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública. Destas conferências, participavam gestores e técnicos de saúde de todos os estados, dos municípios e da União, com o objetivo claro de estabelecer parâmetros nacionais de intervenção em saúde (Hochman, 2005). As CNS emergem como uma estratégia de unificação das ações realizadas no território nacional e, portanto, de fortalecimento e pulverização da figura do Estado.

Na mesma linha de fortalecimento do papel do Estado, é promulgada uma série de leis, dentre elas, a legislação do trabalho. A questão social, até então resolvida como questão de polícia, passa a receber atenção de setores específicos do governo (Gohn, 2000). “O aparecimento do operariado torna-se uma ‘questão social’ em virtude não somente das greves, mas da sindicalização e da partidarização” (Bernardes, 2006, p. 73). A população trabalhadora passa a ser um problema específico que precisa de políticas públicas que a mantenham como força ativa no processo de produção.

Nas sociedades modernas, em nome da segurança pública e privada, a vida tem sido compreendida como uma dimensão “social”, governada por uma série de dispositivos para a administração da insegurança. O social é uma categoria constituída no final do século XIX e início do XX como uma nova fórmula para o exercício político, capaz de produzir respostas às necessidades decorrentes do liberalismo, como domar e administrar as consequências da vida industrial (Miller; Rose, 2012).

A noção de governamentalidade, a que se refere Foucault, está ligada à emergência do social como problema e à “socialização da sociedade” como possível solução aos problemas de se governar uma sociedade a partir de uma governabilidade democrática. As duras condições de trabalho nas fábricas, decorrentes da industrialização, “prejudicavam a saúde, criavam perigo através da irregularidade do emprego e encorajavam o crescimento do trabalho militante” (Miller; Rose, 2012, p. 247). No contexto europeu, a fórmula encontrada foi o Estado de bem-estar social. No Brasil, não chegamos a ela, mas podemos dizer que criamos uma série de tecnologias de governo que socializaram, quer a cidadania individual, quer a vida econômica em nome da segurança coletiva.

O modelo previdenciário de Getúlio Vargas, como uma resposta às demandas sociais desencadeadas pela industrialização, é um exemplo dessa nova fórmula de governo. Foram expandidas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), criadas em 1923, a outras categorias profissionais, instituindo os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) àqueles trabalhadores que representavam quadro fundamental na economia agroexportadora e que permitiam o desenvolvimento urbano industrial, em ascensão na época (Luz, 1991).

Essas políticas intensificaram na saúde a fragmentação entre uma saúde pública, direcionada aos pobres e ao saneamento do espaço urbano, e uma medicina privada, dirigida aos que poderiam pagar ou que possuíam carteira assinada. O modelo previdenciário se constrói a partir da perspectiva de que os benefícios são vinculados ao mérito, em que somente tem direito à saúde aquele que vende a força de trabalho. A saúde, ainda que seja um direito do trabalhador, neste caso, é um bem mercantilizado, na medida em que é uma transação de venda da força de trabalho que possibilita o acesso aos bens sociais (Laurell, 1996).

A dinâmica do modelo previdenciário estabeleceu novas conexões entre normas e procedimentos “públicos” e a vida dos sujeitos em sua economia “privada” e em sua conduta, de forma a enfraquecer a “privacidade” das esferas privadas da família e da fábrica. O social, como uma nova fórmula do exercício de governo, socializa o sujeito político como “cidadão”, com direitos sociais em troca de responsabilidades sociais, sem, no entanto, ferir o esquema de liberdades e privacidades liberais (Miller; Rose, 2012).

A emergência dos direitos trabalhistas consolidados no Estado Novo (1942) em resposta às necessidades do avanço industrial marca os investimentos de saúde na população trabalhadora. Essa emergência insere a população trabalhadora no campo do exercício dos direitos sociais e, dessa maneira, tece a linha que performa a experiência de protagonismo como um exercício político-jurídico em que o direito é convocado a mediar a relação entre a população e o Estado na política pública de saúde. No entanto, longe de ser uma política gratuita, o acesso à saúde é um direito garantido mediante a união entre trabalhadores, empregadores e Estado. Assim, “o trabalho passa a ser um marcador de acesso a suportes de saúde” (Bernardes, 2006, p. 74), excluindo do acesso a assistência médica aos não-trabalhadores. O trabalho assalariado será o foco do dispositivo de publicização neste período, e ele é justamente o domínio que se buscou regulamentar e o que sempre escaparia desta

regulamentação, em função dos movimentos de resistência que passam a tomar corpo com o aparecimento do operariado brasileiro (Bernardes, 2006).

As legislações trabalhistas e a construção de uma saúde previdenciária estabelecem novas conexões entre o público e o privado, que remodelaram as relações entre o “público” e os sujeitos privados, ou entre o Estado e os indivíduos e as fábricas. As barreiras entre o privado e o público começavam a refazer-se a partir da atuação de dispositivos reguladores, que cada vez mais lançaram mão de legislações e políticas sociais para ditar, organizar, esquadrihar, classificar, legislar a vida dos privados. A compra de serviços do setor privado da medicina mediante parceria entre Estado, trabalhador e empregador estabelece uma das possibilidades de arranjo entre a dicotomia público/privado na direção de governamentalizar a vida como uma estratégia de proliferação de redes de governo sobre acontecimentos, populações e lugares (Miller; Rose, 2012).

A imunização das lutas dos operários positiva-se nos primeiros passos da construção do Estado social brasileiro mediante a criação dos direitos trabalhistas e do direito de acesso à saúde aos trabalhadores formais. Esse processo tornou de propriedade dos trabalhadores o acesso à saúde, desde que a partir de trabalho formalizado e mediante contribuição do empregador, do empregado e da União. As reivindicações da população são, portanto, mediante criação de leis ou regramentos, comprimidas e traduzidas em propriedade dos trabalhadores formais.

As primeiras garantias do direito à saúde no Brasil são direcionadas aos trabalhadores formais, estabelecendo um corte entre aqueles que são alvo do investimento estatal e aqueles que não o são. Trata-se de uma descontinuidade no campo da saúde que garante direitos àqueles que interessam ao setor industrial. O campo de negociação de direitos privilegia populações que, em alguma medida, são elencadas ou destacadas como problemas a serem resolvidos. Diante disso, a concessão de direitos, no caso, o direito à saúde, passa a ser utilizada como moeda nas disputas travadas entre Estado e população.

Nota-se, como salientado por Foucault (2005b), que o investimento biopolítico, na medida em que configura o aparecimento da noção de população como um problema político, no caso em questão, a população trabalhadora, discorre sobre a irrupção de mecanismos muito diferentes daqueles disciplinares, mas de estratégias científico-políticas capazes de controlar as previsões, estimativas estatísticas dos fenômenos biológicos da massa global. Para tanto,

configuram-se mecanismos reguladores que não têm somente interesses disciplinares de máxima extração de forças, mas de intervenção sobre o meio mediante controle dos espaços por onde a população circula (Foucault, 2009).

A população é o fim e o instrumento do governo. Isso quer dizer que a racionalidade política que emerge com o processo de governamentalização da vida não irá privilegiar intervenções verticalizadas sobre a população, mas irá levar em conta os desejos, necessidades da população, ainda que somente para os trabalhadores neste momento, para se chegar aos fins desejados. A população é o

sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo. [Ela aparece] como consciente, diante do governo, do que ela quer, e também inconsciente de cada um dos indivíduos que constitui a população e o interesse como interesse da população, quaisquer que sejam os interesses e as aspirações individuais dos que a compõem (...) (Foucault, 2009, p. 140).

As primeiras décadas da República constituíram o investimento na população por meio de estratégias biopolíticas, possibilitando uma linha de inserção ativa de determinadas fatias da população em termos de sujeito de desejos, necessidades, mas predominantemente como objeto de intervenções estatais (Foucault, 2009), uma vez que a recém-criada classe operária passa a ser um problema político.

O protagonismo da classe trabalhadora inaugura, na saúde, o campo da participação mediado pelo direito de acesso à saúde. A política previdenciária e as tecnologias de governo adotadas socializaram a cidadania do trabalhador, na medida em que garantiram direitos sociais em nome dos avanços da industrialização. A partir dessa linha que se tece, não será mais possível pensar o protagonismo que não reivindique o direito como principal categoria na sua prática política. É o sonho das governamentalidades liberais sendo desenhado no Brasil republicano; neste sonho, o governo fundir-se-á com as obrigações voluntariamente assumidas pelos sujeitos de direitos, que passarão a fazer o máximo de sua existência ao conduzirem de maneira responsável suas vidas (Miller; Rose, 2012).

4.4 Quarta linha - O pensamento médico-social: o caráter político é inserido na saúde

As primeiras fissuras no discurso da saúde pública começam a ser delineadas com a chegada do projeto preventivista ao Brasil nas décadas de 50 e 60. Essa chegada constituiu condições para conformar-se, posteriormente, o discurso da Saúde Coletiva. O modelo preventivista, a partir de sua influência norte-americana, foi criado como alternativa no campo da saúde e como resultado das transformações que se seguiram à Segunda Guerra Mundial (1939-45) (Nunes, 2006).

A prática deste modelo baseava-se na tecnologia da prevenção, com forte apelo à alta densidade da medicina diagnóstica. Pressupunha a incorporação do profissional médico na comunidade e nos serviços públicos de saúde, a partir de práticas de promoção e de proteção da saúde do indivíduo e de sua família. De acordo com esse movimento, o adoecimento é um processo que segue uma história natural, que evolui como resultado de causas múltiplas. Uma boa prática de medicina, portanto, seria a interrupção da doença o mais cedo possível (Arouca, 1975). A medicina preventiva inaugurou, no campo da saúde, o privilégio dos fatores psicológicos e sociais, além dos já hegemônicos biológicos, na determinação da saúde (Nunes, 2006), o que seria um elemento importante para a emergência da Saúde Coletiva e para o conceito de saúde que ela opera.

A medicina preventivista, a partir de sua marca liberal, aliou-se aos interesses do setor industrial, tornando-se uma importante estratégia de aumento da produtividade da força de trabalho (Arouca, 1975). Ela fortaleceu o lugar das intervenções em saúde como fator determinante para o desenvolvimento do setor econômico, trazendo como novidade a aproximação do profissional da medicina à comunidade; assim, passa a constituir o cotidiano da vida das pessoas que são alvo das práticas de saúde.

O projeto desenvolvimentista, característico do período, fazia aumentar a participação estatal e a produtividade da força de trabalho, e, com isso, a seguridade social e o saneamento eram peças importantes (Nunes, 2006). No plano da saúde, intensificava-se a divisão entre a saúde pública, com predomínio do modelo campanhista de intervenção e, por outro lado, o modelo curativista de atenção médica previdenciária. Junto com o modelo preventivista, chegavam ao Brasil os projetos de garantia estatal do direito à saúde.

Nesta linha, na década de 60, emerge no país o pensamento médico-social, a partir da inserção do discurso da medicina comunitária em oposição ao discurso preventivista e à racionalização da área da saúde. A medicina comunitária questionava os efeitos da medicalização da sociedade e trazia como principal influência teórica o marxismo histórico. O enfoque histórico-estrutural, que permeava a medicina comunitária, contrapunha-se à centralidade do biológico como fator determinante no processo de adoecimento e patologia predominante; entendia, por outro lado, que a posição de classe explicaria muito melhor a distribuição da doença na população (Escorel, 1999).

Entre os anos 1967-72, estudantes insatisfeitos com sua formação e com as perspectivas futuras de trabalho começaram a vincular-se à comunidade e com os problemas desta. “Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas gerais de bairros e comunidades, e a procurar em suas faculdades espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social” (Escorel, 1999, p. 23). A aproximação entre os estudantes de medicina e a comunidade colocou em movimento modos de participação ativa da população na construção e operação do sistema de saúde. As partir das discussões marxistas, os estudantes, diferentemente da orientação preventivista, começaram a levar em conta o caráter político da intervenção em saúde (Escorel, 1999).

O ponto de mudança do discurso da medicina preventivista para a medicina comunitária é a torção no conceito de social, introduzida pela influência marxista desta última. De acordo com Escorel (1999), o social, na medicina comunitária, não é mitificado, reduzido ou simplificado, mas trabalhado em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, para a determinação dos fenômenos de adoecimento. Assim, o social passa a ser analisado para além de sua acepção de ambiente natural, mas pensado como sociedade fruto das relações de produção.

Essa torção inaugura no campo da saúde a leitura de que a prática na área é uma prática política que objetiva a transformação social, distanciando, portanto, o campo da saúde da neutralidade que caracteriza o positivismo predominante na época. “Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social” (Escorel, 1999, p. 29). A noção de social, ao incorporar aos determinantes de saúde as condições econômicas, torna parte da prática da medicina comunitária as condições de vida da

comunidade. Dessa forma, a prática de saúde passa a ser estratégia para a conscientização e transformação social.

A escolha pela prática política e não pela pretensa neutralidade do profissional da saúde aproxima o campo da saúde das lutas sociais pela democratização do país e pelo fortalecimento das organizações da sociedade civil. O profissional e a comunidade, mediante a prática de saúde, são convocados a ocupar um papel ativo nas lutas sociais e a tornar-se sujeitos que lutam, que combatem, que são, portanto, militantes da saúde. Nesse sentido, essa linha permite a emergência, no campo da saúde, da experiência da participação comunitária como um exercício de luta, tanto de profissionais de saúde quanto da comunidade, por transformação social como condição para atingir os determinantes de saúde.

O discurso da medicina comunitária contrapunha-se à fragmentação da saúde pública e medicina privada, que se solidificou durante a ditadura militar. Essa fragmentação recebeu forte incremento com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, pois se centralizou na esfera federal o regime de contribuição da previdência social, antes dividido entre a tripartite município, estado e União. Dois principais efeitos podem ser destacados que representam descontinuidades na produção do protagonismo no campo da saúde: a exclusão da participação dos usuários da previdência nos processos decisórios e a priorização da contratação de serviços privados para a garantia da atenção médica. Ao mesmo tempo, a saúde pública era subfinanciada e reduzia-se à capacidade de governabilidade do Ministério da Saúde (Paiva; Teixeira, 2014).

O período dos governos militares levou o Brasil ao apogeu da privatização na saúde e em outros setores. Houve um crescimento acelerado dos gastos com assistência médica pela previdência social, de forma que seu orçamento refletia o segundo mais alto do país. No entanto, esses dados revelavam que um terço da receita era gasto em assistência médica, refletindo a ampliação das políticas sociais feita a partir de privatizações no setor. Elas permitiram o investimento pesado num modelo de especialismo médico, hospitalocêntrico e de alta densidade tecnológica; por outro lado, no que tange à saúde pública, os investimentos eram escassos, com baixa qualidade e resolutividade. A previdência social também entra em crise com o fim do milagre econômico (1968 a 74), mas principalmente por ter se tornado o grande financiador da indústria médico-farmacêutica privada (Cohn, 2008).

Os conhecidos anos de milagre brasileiro intensificaram na saúde a fragmentação entre saúde pública e assistência médica; para isso, foram reorganizados os traços institucionais do sanitarismo campanhista e o modelo curativo da atenção médica. “A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país” (Luz, 1991, p. 81). Coerentemente com a política econômica da época, a saúde tornou-se um bem de consumo.

Nos anos que se seguiram, a demanda por consultas médicas aumentou vertiginosamente como resposta às graves condições de saúde da população. A medicina solidificar-se-ia como sinônimo de cura e restabelecimento da saúde individual e coletiva. Foram construídas e reformadas inúmeras clínicas e hospitais privados com financiamento da Previdência Social, e multiplicou-se a complementação da política com convênios entre o INPS e o setor privado, em detrimento do investimento nos serviços públicos (Luz, 1991). Os anos da ditadura militar tornaram ainda mais complicados o uso e a afirmação do público ou do privado, já que os termos têm sofrido interferências um do outro, assim, é possível se falar de uma relação público/privado, e não de “público” ou “privado” (Menicucci, 2010).

Os anos da ditadura militar demarcam claramente os efeitos destes arranjos e histórica construção da supremacia dos interesses econômicos na formação de nossa política de saúde. Ao mesmo tempo, foram anos em que o discurso da Saúde Coletiva começou a receber contornos mais claros em direção a uma linha que costura a participação comunitária como prática permeada pela dimensão política - a política como uma força de luta, empreendida por profissionais e comunidade, que buscava a transformação social como um fator determinante para se atingirem melhores condições de saúde. A luta nesses primeiros anos dos movimentos que tornaram possível o movimento sanitário resistia aos modelos da política previdenciária da ditadura, que intensificou o investimento na população trabalhadora.

4.5 Quinta linha - A emergência da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva: a participação comunitária aspira a ser um direito

Com o fim do milagre econômico, os movimentos sociais conseguem se fortalecer; no contexto urbano, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), na perspectiva da Teologia da Libertação, organizaram milhares de pessoas em torno de diferentes pautas sociais, dentre elas, a saúde nos centros e postos comunitários de saúde. Com o fechamento dos canais de participação de sindicatos e partidos políticos durante a ditadura, as insatisfações da população foram dissipadas em outros pontos, principalmente, no cotidiano das comunidades (Gohn, 2000).

Nos anos 1970, começa a efervescer uma grande insatisfação popular com relação à política de saúde da ditadura. Essas insatisfações seriam a condição de emergência do movimento sanitário e, portanto, da estruturação formal da Saúde Coletiva (Nunes, 2006). Os movimentos dos trabalhadores da saúde aliaram-se a outros movimentos sociais para lutar e questionar o regime militar e suas políticas. Tais movimentos tomaram fôlego, de forma que, ao final dos anos 70 e início dos 80, sindicatos e partidos políticos iniciaram agitações centradas na pauta da saúde (Luz, 1991).

No campo da luta pela democratização da saúde, constituíram-se experiências vinculadas a Secretarias de Saúde, à Igreja Católica, às entidades de classe e a outros organismos. Além dos movimentos populares, questionou-se o modelo de saúde no interior da política estatal, a partir da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro (ENSP), com a discussão sobre a ampliação da oferta dos serviços públicos. No campo acadêmico, a partir dessas experiências, constitui-se um pensamento crítico em relação ao modelo de saúde vigente, gerando condições para a construção do projeto político da Reforma Sanitária e a expansão do movimento sanitário no meio médico (Costa, 2007).

Neste processo, academicamente, pudemos acompanhar a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e, em 1979, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a presença, desde a década de 50, de cursos de medicina preventiva. Os reformadores procuraram introduzir progressivamente bases de organização do sistema de saúde do país. Eram defendidos o direito universal à saúde, a intersetorialidade das ações, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização,

regionalização e hierarquização do sistema, a participação comunitária e a necessária integração entre saúde previdenciária e saúde pública (Paiva; Teixeira, 2014).

O movimento da Reforma Sanitária defendeu a criação de um sistema de saúde fundamentalmente estatal, abrindo espaço para a iniciativa privada em caráter complementar ao público. Os reformadores defendiam um processo de desmercantilização da saúde ao deixar de condicionar o acesso a fatores laborais e, dessa forma, vinculá-lo à concepção de direitos sociais (Laurell, 1996). A partir das formulações da Reforma Sanitária, o direito à saúde foi atingido por uma nova pluralização, pois não seria um direito somente dos trabalhadores formais, mas seria reivindicado como condição do exercício de cidadania de todos. A saúde deixa de ser direito somente de trabalhadores para ser direito de todos.

No contexto internacional, ao mesmo tempo em que se redefinia o papel do Estado na garantia das políticas sociais em função da crise do Estado de bem-estar social, intensificava-se a importância da garantia do direito à saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) refletia sobre os padrões de baixa cobertura de saúde e disseminação de doenças, marcadamente da pobreza, e indicava a importância do planejamento e avaliações de ações mediante criação de unidades especializadas nos ministérios e a gestão adequada de estatísticas vitais e sanitárias, descentralização da gestão e investimento em prevenção e formação em saúde. Essa reflexão afirmou a necessidade do aumento da cobertura dos serviços e juntava-se às críticas às ações hospitalocêntricas e médico-centradas, afirmando a atenção primária em saúde. Como efeitos dessas afirmações, acompanhamos a definição, em 1977, da meta de "Saúde para todos no ano 2000" e, no ano seguinte, a proposição, na Conferência de Alma-Ata, da atenção primária como estratégia central para garantir o acesso à saúde para todos (Paiva; Teixeira, 2014).

A OPAS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) “elaboraram e difundiram os conceitos de extensão da cobertura, participação comunitária, auxiliar de comunidade (agentes de saúde) entre outros” (Escorel, 1999, p. 22). A aproximação da medicina comunitária da comunidade e a dimensão política quando encontram eco nestes organismos passam a performar a participação comunitária como uma diretriz internacional para se atingirem melhores condições de saúde.

A Declaração de Alma-Ata afirma que “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (1978,

p. 1). Ela vincula a participação a um direito e um dever da comunidade e, portanto, enuncia o campo do direito como espaço que regerá esse exercício político.

Na Declaração de Alma-Ata, a participação comunitária é definida como um dos meios para se obterem os cuidados primários de saúde. Os cuidados primários

requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades (1978, p. 2).

Na Declaração, *comunitário* aparece em oposição a *individual*, remetendo ao conjunto dos indivíduos. O conjunto dos indivíduos deve estar envolvido em todo o processo de construção da política de saúde; para isso, vincula-se a importância de se educar para a capacidade de participação das comunidades. O foco de experiência da participação comunitária constitui-se como uma capacidade que se adquire mediante educação para tal fim ou que se atinge mediante conscientização, conforme formulado pela medicina comunitária. Nesse sentido, passam a ser importantes as preocupações com uma formação profissional na área da saúde que dissemine os ideais construídos pela Reforma Sanitária.

Em alguns textos que circularam durante a década de 80, podemos ver como a noção de participação comunitária vai sendo forjada pelos reformadores e o caráter de importância que passa a ter para a construção do modelo público de saúde. Em publicação intitulada *Participação comunitária nos programas de saúde* (Noronha; Travassos, 1981), discute-se a importância do conceito de participação comunitária para distinguir entre as práticas de saúde hegemônicas à época e o que propunha o movimento de medicina comunitária. Afirma-se que a participação comunitária passou a ter ênfase cada vez maior nas discussões sobre a medicina comunitária e foi justamente o que representou tal mudança estrutural que propunham. Para tal documento, existem duas possibilidades: uma participação ativa e outra passiva.

Na participação passiva, os beneficiários de um sistema de saúde participam passivamente pelas ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Neste modelo, a resistência da população aos serviços ofertados, identificada basicamente nas populações pobres, é combatida de duas formas. Uma é por meio de práticas que convocam a população a uma participação passiva do tipo de consumo, como, por exemplo, as campanhas que buscam atrair a população com intuito de aumentar sua adesão aos serviços, utilizando recursos compulsórios, como a obrigatoriedade da vacinação dos escolares para receber o salário-

família. A outra busca informar a população mediante práticas educativas das normas necessárias à saúde de forma impositiva e sem a observância das condições de entendimento e aceitação por parte da população. A intenção, de acordo com os autores, supunha a população como grupos marginalizados, procurava suprimir a participação e manter a população na passividade.

A participação ativa é identificada como eixo das novas participações nos programas de medicina comunitária. Citando uma publicação de Carlos Vidal de 1975, *Educación médica y Salud*, afirmam a participação ativa como

participação ativa da comunidade nos programas de saúde, a participação do homem e dos grupos sociais da comunidade tanto nos níveis de planejamento como nos de ação. É uma verdadeira co-participação de responsabilidade, de técnicos e comunidade, na busca e solução de seus próprios problemas de saúde (Noronha; Travassos, 1981, p. 142).

Os autores pontuam que a importância desta definição reside no espaço daqueles que devem participar nos níveis de planejamento e da ação, não mais apenas os técnicos e grupos de poder local, mas os setores populares. Para Noronha e Travassos (1981), a participação deve ser “entendida como participação das classes populares, visando uma melhoria das condições de saúde destes grupos” (p. 142). A “verdadeira” participação comunitária, para os autores, acontece quando a comunidade participa em todos os setores de sua vida social e política.

Supera os marcos limitantes de uma participação exclusivista e setorial, entendendo que as condições sanitárias relacionam-se em primeira instância com as condições gerais de vida a que estas comunidades estão expostas; que a assistência médico sanitária é, apenas, um dos muitos equipamentos sociais a que devem ter acesso (colocando-se de comunidade a comunidade com diferentes graus de prioridade); que considera, isoladamente a questão da saúde decorre mais da falta desses equipamentos do que de formas específicas de organização dos comeditamentos deste setor; e, finalmente que a questão da participação não deve se dar exclusivamente nas questões de consumo coletivo (Noronha; Travassos, 1981, p. 142).

O foco de experiência da participação comunitária constitui-se como um discurso de verdade em que a participação se abre em uma participação passiva e uma participação ativa, sendo a primeira o oposto negativo da segunda. O ativo no campo da saúde passa a ser um efeito de poder que produz realidades subjetivas e dimensiona a comunidade como co-partícipe da construção da política pública de saúde. São realidades que constituem o lugar do “público”, do modelo público de saúde, como devendo ser ativo em relação ao sistema de

saúde, à sua saúde, e também ativo para além do espaço setorial da saúde, ampliando-a a todos os setores da vida social. Os sujeitos são convocados a agir ativamente em todos os setores da vida social, não apenas aqueles diretamente ligados à saúde. As demandas pela participação ativa no campo da saúde rompem a barreira da área e encontram-se com a crítica ao modelo totalitário ditatorial e aos problemas sociais que o país vive

[c]resce a um só tempo a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Cresce, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas (Cebes, 1980, p. 149).

As causas para os problemas sociais e, em especial, para a crise da saúde previdenciária foram associadas com a mercantilização da medicina, promovida conscientemente e de forma acelerada pela política governamental privatizante, centralizadora e antipopular. Podemos entender que se vislumbra uma associação entre política privatizante e governo antipopular, pois se percebe, como segue no documento, de “política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais (...)” (Cebes, 1980, p. 149). Antipopular claramente numa associação a um governo que privilegia os interesses das elites econômicas: “Política de Saúde, enfim, que exerce as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral” (Cebes, 1980, p. 149).

A participação ativa encontra-se com o ideal de democracia num processo que redimensiona a população na ordem do dever de cidadania, na luta pela institucionalização de um modelo de saúde de qualidade.

Frente a este quadro é dever da população e dos profissionais de saúde, nos locais de trabalho e reunidos em torno de suas entidades representativas, apresentar seu diagnóstico da situação. Mais ainda, somando-se ao clima de debates que hoje caracteriza a conjuntura política nacional, avançar e propor plataformas de luta que busquem reunir suas aspirações na linha de constituição de uma medicina democrática (Cebes, 1980, p. 149-150).

A produção de uma “Saúde autenticamente democrática” (Cebes, 1980, p. 150) tece uma linha que aproxima a participação comunitária do campo jurídico, a partir do binômio direito/dever. Por uma saúde autenticamente democrática, o documento descreve, tanto no

plano do direito, “o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde” (Cebes, 1980, p. 150), quanto no plano do dever, “o reconhecimento, finalmente, do caráter deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas” (Cebes, 1980, p. 150). Nesta dinâmica de direitos e deveres, reivindica-se trazer a comunidade para dentro da planificação e execução de saúde pela institucionalização de sua representação nestes espaços. “Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias” (Cebes, 1980, p. 150).

No texto da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), de 1987, a descrição da participação comunitária pressupõe a construção de uma arquitetura institucional que possibilite a inserção longitudinal do usuário em todos os âmbitos do sistema de saúde.

Esta concepção de política de saúde pressupõe uma estrutura programática (que não deve ser confundida com a estrutura vertical dos programas atualmente existentes no Ministério da Saúde) que assegure, quando necessário, o seguimento longitudinal do usuário e o acompanhamento da prescrição, além de seu envolvimento através das instâncias representativas no processo decisório, garantindo o efetivo controle da sociedade e dos próprios profissionais da saúde sobre os serviços prestados (CNRS, 1987, p. 10).

No relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, podemos acompanhar o caminho pelo qual o documento vincula direito a saúde e participação. No “Tema 1 - Saúde como direito”, em um primeiro plano, define-se o conceito de saúde como

abrangente resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (VIII CNS, 1986, p. 4).

No parágrafo seguinte, vinculam-se todos esses condicionantes à postura ativa dos cidadãos para atingir tais fatores sociais: “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (VIII CNS, 1986, p. 4). Nota-se a ênfase no papel ativo da população na garantia da saúde mediante lutas feitas no cotidiano de vida. Ainda que, abaixo, sejam claramente pontuadas a importância da inserção

de tal direito na Constituição e a assunção pelo Estado desta política, novamente se ressalta a importância da população no controle da formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas. Nota-se, assim, que se pressupõe o lugar ativo da população em outras políticas públicas que não apenas a política de saúde, uma vez que o conceito de saúde se estende à garantia de outros direitos.

Esse conceito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (VIII CNS, 1986, p. 4).

Na afirmativa, podemos acompanhar como o direito à saúde não se trata de algo que se tem, mas de um direito que se exerce. O verbo *exercer* significa “exercitar, preencher (cargos, deveres, etc.), praticar os atos próprios de (uma profissão, arte, etc.)” (Dicionário Aurélio, 2014). Portanto, o direito à saúde é algo que se dá no exercício de cidadania, que se pratica ou preenche no nível do dever perante o Estado.

A Reforma Sanitária e a concepção de Saúde Coletiva emergem como uma crítica ao universalismo naturalista da medicina moderna. A problemática de saúde, a partir desse momento, não pode ser compreendida apenas como uma questão biológica, sendo efeito de condicionantes mais abrangentes e complexas. O discurso da Saúde Coletiva irrompe como uma crítica, uma resistência no plano teórico do projeto médico-naturalista. Ele direciona os investimentos de saúde para o conjunto das relações que os sujeitos estabelecem com seus corpos, relações essas mediadas pela linguagem e pelos códigos culturais instituídos na sociedade. Introduzem-se, dessa forma, relações de ordem simbólica, social e cultural marcadas pela entrada dos discursos das ciências humanas no campo da saúde (Birman, 1991).

O discurso da Saúde Coletiva, constitutivo da Reforma Sanitária, irrompe como uma inflexão para o conceito de saúde ao abarcar outros condicionantes que não apenas os biológicos. Ele reestrutura o campo da saúde pública ao negar a centralidade da biologia como determinante no processo de saúde-doença. Essa inflexão tem consequências para o conceito de saúde e para a política pública de saúde, como

em lugar de público, temos o significante coletivo. A troca destes significantes tem como desdobramento um deslocamento da problemática da saúde de seu antigo e exclusivo centro, o Estado, visto como espaço hegemônico para a regulação da vida

e da morte na sociedade. Retira-se deste a condição de instância única na gestão do poder e dos valores, e se reconhece o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições (Birman, 1991, p. 10).

A troca de significantes, de público para coletivo, redimensiona a relação público/privado da saúde pública. Ela retira a saúde da centralidade estatal da gestão e promoção de valores da política pública ao promover o lugar do coletivo, ou da vida social, nos planos e instituições de promoção de saúde. Diante disso, a noção de Saúde Coletiva que permeia a construção do modelo público de saúde no Brasil pressupõe a inserção ativa da comunidade como outra instância central na construção da política pública. Vale marcar, no entanto, que isso não significa que a Saúde Coletiva não privilegie a construção de uma política pública. O que ela faz é posicionar a comunidade e, por isso, o enunciado coletivo como uma força de luta no combate contra o setor privado que compõe a política de saúde.

A Reforma Sanitária foi um acontecimento porque uma ruptura na continuidade da experiência. Descontinuidade que irrompeu no tecido social, permitindo a reinterpretação de elementos que a precederam e dos campos de possibilidade que a sucederam (Bernardes, 2006). O movimento da Reforma Sanitária e os posteriores movimentos de publicização das ações em saúde irrompem no campo da saúde como uma nova *ratio*, ou uma racionalidade-inovação (Foucault, 2006a).

Trata-se de uma razão publicizante que defende a priorização da universalidade do direito à saúde em detrimento da responsabilização única da população pelo provimento de sua saúde. Ela estabelece um regime de práticas que possui efeitos de prescrição em relação ao modo como deve acontecer o acesso universal – mediante a publicização –, com efeitos de codificação em relação ao previsto em que o ensino, a gestão, a atenção e o controle social devem ser públicos e com a menor interferência possível do setor privado. Conforma, nesta medida, uma irrupção centrada no corte entre o que é público e privado e define o público como discurso de verdade em saúde.

Nesse sentido, o discurso da publicização torna-se um acontecimento por tratar-se de uma ruptura com a perspectiva predominante no país até os anos 1980 de fortalecimento da medicina privada na política de saúde. Marca, ao mesmo tempo, uma singularidade, na medida em que o discurso da publicização não é uma evidência (Foucault, 2006b), mas uma construção.

Por não tratarmos o discurso da publicização como uma evidência, buscamos “reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força, as estratégias etc., que em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade” (Foucault, 2006b, p. 339), para analisarmos os efeitos de tal discurso na produção da Saúde Coletiva e na produção da participação comunitária como foco de experiência.

Em sendo um acontecimento, não nos interessa se a publicização da saúde é uma realidade ou se esse ideal tem fracassado, mas conhecer como esse novo campo de veridicção e de prescrição se incorpora ou resiste aos modos de governar a si e aos outros. Trata-se de captar os efeitos desse acontecimento histórico em termos, portanto, de produção de sujeitos (Foucault, 2006b). São linhas que produzem sujeitos protagonistas e implicados com a construção da política pública e com sua própria saúde. Uma história da racionalidade de uma prática, para Foucault (2006b), não produz apenas formas de conhecimento ou tipo de pensamento, estando ligada por laços complexos e circulares de formas de poder.

O campo das políticas públicas de saúde no Brasil foi delineado a partir da formulação do público enquanto um dispositivo moderno; enquanto um dispositivo de publicização que permitiu ao público encontrar-se com a saúde. Tal dispositivo convoca a saúde como urgência para responder aos problemas sociais emergentes, como pudemos acompanhar, num primeiro momento, para a garantia da higienização e saneamento do espaço urbano e, durante a industrialização do país, para a manutenção da coesão social daqueles que foram úteis às estruturas das fábricas e, posteriormente, na urgência de um sistema público de saúde e na pulverização das ações de saúde ao conjunto da população. O público torna-se um território de investimento em melhorias das condições de vida das populações (Bernardes, 2006) e, dessa maneira, vai sendo conformado a partir da relação entre as resistências da sociedade civil, as ações governamentais, os interesses corporativos e os interesses do mercado econômico.

4.6 Sexta linha - O direito à saúde é incorporado à Constituição de 1988: a participação comunitária no SUS

O dispositivo de publicização não se refere apenas a um domínio, no caso, o Estado; ele se estende para todo o tecido social e cria novas tessituras nesse espaço, conformando novas formas de governo de si e dos outros. O público, nessa análise, não se restringe a apenas um território que diz respeito aos interesses do coletivo da sociedade gestado pelo Estado. Ele implica uma estratégia de governamentalidade da vida que intensifica no Brasil a maximização da vida biológica viabilizada em parte pelas políticas sociais e com fortes influências dos interesses do mercado econômico. O público é um campo de exercício que faz emergir diversas unidades, e uma delas é a saúde pública (Bernardes, 2006) em oposição à privatização.

O dispositivo da publicização faz aparecer ainda outra unidade, que é o foco da participação comunitária na gestão da política de saúde, garantido na Constituição Federal de 1988 como uma linha que institucionaliza a participação comunitária como diretriz do sistema público de saúde (Art. 198, inciso III). A ênfase constitucional sobre o controle social expressa-se na construção de diretrizes para a efetivação a partir de instrumentos normativos e da criação de espaços institucionais para a garantia da participação da comunidade na fiscalização do poder executivo nas três esferas de governo (Rolim *et. al.*, 2013). A experiência da participação comunitária como uma forma histórica de subjetivação instaura-se como um possível constituído no tensionamento entre o embate que sustenta a defesa da publicização da saúde como um discurso de verdade e opõe o privado como falso.

A partir do marco jurídico da Constituição de 1988, os sujeitos passam a ser legalmente concebidos como ativos em seu próprio governo. Essas relações de autogoverno não seriam mais mediadas somente diretamente por partidos políticos e sindicatos, mas seriam agregadas à condição de representatividade direta da comunidade nas novas instâncias de participação.

Cada sujeito, dessa forma, participa de uma infinidade de comunidades - dos bairros, dos distritos sanitários, de mulheres mastectomizadas, de *gays*, da própria família - heterogêneas e sobrepostas de preocupação e de investimentos pessoais. É central, nesta relação, um novo relacionamento entre estratégias para o governo dos outros e técnicas para o governo de si. Esse relacionamento entre governo de si e governo dos outros situa-se dentro

de novas relações de mútua obrigação e por laços de fidelidade entre os membros das comunidades (Miller; Rose, 2012) em direção a ocupar os espaços institucionais de participação comunitária como forma de garantir melhores condições de saúde.

Diante disso, o governo do social vai cedendo lugar ao governo da comunidade. A comunidade passa a configurar-se numa tecnologia de governo neoliberal na qual relações micromorais entre as pessoas são conceituadas e administradas. Essa mudança de expressão de “social” para “comunidade” não é apenas uma mudança de nomenclatura de governo, mas “é indicativo de uma mutação, bastante profunda, mesmo que incerta, ainda nos modos de pensar e de agir que costumavam reger a linguagem ‘social’” (Miller; Rose, 2012, p. 110).

O conceito de comunidade foi amplamente discutido no pensamento político e na medicina, especificamente, na medicina preventivista e comunitária. A medicina comunitária, a partir da década de 60, associava o conceito de comunidade ao marxismo e às condições de politização e transformação social, no entanto, a noção de comunidade torna-se governamental na medida em que se torna técnica. “Dentro de um período bastante curto, o que começou como uma linguagem de resistência e crítica foi transformado, sem dúvida pelos melhores motivos, em um discurso especializado e em uma vocação profissional” (Miller; Rose, 2012, p. 111).

A participação da comunidade instituída nas conferências e conselhos de saúde é uma das linhas que tecem a experiência da participação comunitária como um foco de experiência que performa o sujeito ativo das políticas públicas de saúde como uma tecnologia de governo. Essa tecnologia de governo que administra por meio da comunidade instrumentaliza fidelidades pessoais e responsabilidades ativas (Miller; Rose, 2011). Ela convoca uma diversidade de comunidades, como as comunidades dos bairros, dos defensores do sistema público, etc. a compor as instâncias de controle social. Cada afirmação de comunidade passa a referir-se a algo que já existe e que pauta uma demanda: o destino comum como mulheres portadoras de HIV/AIDS, como membros em defesa do sistema de saúde, como pessoas com deficiência. “Contudo, nossa fidelidade a cada uma dessas comunidades particulares é algo de que devemos conscientizar-nos, exigindo o trabalho de educadores, campanhas, ativistas, manipuladores de símbolos, narrativas e identificações” (Miller; Rose, 2011, p. 115). É o caso do trabalho de conscientização desenvolvido por professores nas disciplinas ligadas a Saúde Coletiva/políticas públicas que

convocam os estudantes a atuarem na implementação do sistema público de saúde. Pois, ainda que o professor não tenha uma trajetória de ativismo, os textos de referência trabalhados nestas disciplinas apresentam a perspectiva da importância da participação de todos para a garantia de efetivação do projeto sanitário construído pela Reforma Sanitária.

A participação comunitária é uma estratégia de democratização da política de saúde e de descentralização da gestão do sistema de saúde. Ela objetiva aproximar as decisões do Estado do cotidiano dos cidadãos brasileiros, dando poder de controle social à população. O controle social, principalmente no contexto ditatorial, foi exercido pelo polo estatal em direção ao polo população, por meio de legislação, do aparato institucional e/ou da força. A partir da democratização política, o controle social passa a ser exercido também da população em direção ao Estado (Rolim *et. al.*, 2013).

Os movimentos pela democratização nos anos 70 e início dos anos 80 questionaram os mecanismos viáveis para democratizar o Estado e torná-lo “realmente” público. Avaliava-se a democracia representativa, via partidos políticos e processo eleitoral, como insuficiente para responder às demandas da sociedade moderna e da multiplicidade dos sujeitos políticos (Moroni, 2006). A disseminação de discursos sobre os direitos sociais, institucionalizados na II Declaração dos Direitos Humanos (1948), criou a demanda por constituir outras formas de viver a cidadania que não se restringissem ao exercício do direito ao voto e à liberdade de expressão. Os direitos sociais demandaram a construção de exercícios que abarcassem o direito à saúde, à assistência, ao lazer, à educação, etc. Emergiram, portanto, condições de possibilidade para que os movimentos sociais reivindicassem a criação de outros mecanismos de participação efetiva nas políticas públicas e em todas as decisões de interesse público e também a efetivação da participação comunitária como um direito humano fundamental na Constituição de 1988.

Durante o processo constituinte, foi associada a noção de participação comunitária à necessidade de controle social, em cinco dimensões

(1) formulação, (2) deliberação, (3) monitoramento, (4) avaliação e (5) financiamento das políticas públicas (orçamento público). A Constituição de 1988 transformou essas questões em diretrizes de diversas políticas, especialmente, as políticas sociais (Moroni, 2006, p. 2).

A Constituição de 1988 introduziu instrumentos de democracia direta, como plebiscito, referendo e iniciativa popular. Possibilitou também a criação de mecanismos de

democracia participativa, como os conselhos de políticas públicas e as conferências (Moroni, 2006). Esses novos dispositivos de participação da população reconfiguram o poder político de forma a inserir no esquema binário Estado/mercado instâncias co-controladas pela sociedade civil. Esses novos esquemas reguladores são “modelados e programados por autoridades políticas, novos mecanismos são utilizados para ligar os cálculos e as ações de uma série heterogênea de organizações em objetivos políticos, governando-os a ‘distância’ através de instrumentalização de uma autonomia regulada” (Rose; Miller, 2012 p. 255).

A participação comunitária, como um dos elementos do exercício dos direitos sociais, irrompe como uma vontade da população de partilhar o poder político e de ver reconhecidos os direitos de interferir nas decisões políticas. Essa irrupção configura novas formas de expressão popular na sociedade e cria novas formas de as pessoas se perceberem como cidadãos. Ela permite aos sujeitos expressar seus desejos e necessidades, os convoca a construir argumentos, a formular e a debater propostas, a ouvir outros pontos de vista, a reagir a outras opiniões, a buscar consensos. Esse foco de experiência irrompe como uma universalização e cotidianização da democracia ou, de maneira mais direta, como uma democracia cotidiana ou, para usar um termo de Miller e Rose (2012), uma ativação da subjetividade. A universalização da democracia, mediante exercício de todos os direitos fundamentais, estende a toda a população o ideal dos direitos iguais e a responsabiliza pela efetivação destes direitos.

A Reforma Sanitária construiu subsídios teórico-legais para o desenho do direito à saúde presente na Constituição Federal de 1988, desenhando o sistema sanitário brasileiro a partir de princípios e diretrizes defendidos pela sociedade civil (portal Fiocruz, 2014). No centro desta construção, esteve a formulação das políticas públicas de responsabilidade estatal em oposição ao modelo que possuía hegemonia até a década de 1980 - privatista e direcionado apenas aos trabalhadores formais. Nesta lógica, a construção do nosso sistema público de saúde foi operada por intermédio do pressuposto constitucional de que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e que deve o Estado prover as condições para a garantia deste direito. Assim, cabe ao Estado garantir a saúde mediante “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e

igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 2, parágrafo 1º, Lei Federal nº 8.080/1990).

O sistema de saúde brasileiro constituiu-se como um modelo de sistema único que engloba, conforme previsto no art. 4º da lei nº 8.080/90, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Constitucionalmente, cabe à iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar, de tal forma que há dois subsistemas - o público (estatal) e o privado (lucrativo e filantrópico) que existem apenas formalmente de maneira separada, pois na prática é via SUS que o subsistema privado viabiliza suas ações (Cohn, 2010).

A participação da comunidade foi institucionalizada na Lei 8.080/90 como princípio do SUS e descrita na Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, a partir da definição de duas instâncias colegiadas: as Conferências de Saúde e o Controle Social, que são previstas para fazer parte da gestão do SUS nos três níveis do Sistema (União, estados e municípios).

As conferências de saúde acontecem a cada quatro anos, e as temáticas, em tempos diversos, com o objetivo de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (Lei 8.142/90) e acontecem de forma ascendente, ou seja, primeiro nos municípios (podendo acontecer primeiro em diferentes regiões de um município), depois estaduais e, por fim, nacional. O Conselho de Saúde, “órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (Lei 8.142/90). Participam nas duas instâncias os vários segmentos sociais: usuários, trabalhadores de saúde, gestores, prestadores de serviços, instituições formadoras, etc. Além dessas instâncias de participação comunitária, podem funcionar ainda Conselhos Gestores que preveem a participação dos usuários no grupo gestor de serviços de saúde.

Estes processos de institucionalização dos anseios da população de garantia dos direitos sociais transformam a experiência de população em experiência de cidadania, como elemento do foco de experiência da participação comunitária. Trata-se de uma experiência de mudança na forma como o Estado posiciona-se em relação ao direito à vida (Bernardes, 2006), que costura as linhas reivindicativas dos ativistas ao processo de governamentalidade da vida.

O acoplamento das reivindicações dos movimentos sociais acontece mediante a regulação do direito, uma vez que nas sociedades neoliberais o direito regulamenta a relação que se estabelece entre os governos e a sociedade civil. O direito numa sociedade neoliberal tem o papel de formalizar ou enformar as regras do jogo, já que se busca o mínimo de intervencionismo do Estado nas relações de mercado. Assim, para garantir tal liberdade de mercado, utiliza-se a prerrogativa da formalização jurídica que planifica as relações sociais em termos de um modelo de empresa (Foucault, 2008).

As reivindicações da sociedade civil são acopladas pela possibilidade que o Estado de direito oferece ao garantir que cada cidadão tenha espaços concretos e institucionalizados de recurso contra o poder público. O direito é o árbitro entre a sociedade civil e os Estados (Foucault, 2008). Em termos jurídicos, esse acoplamento pode ser identificado em diferentes momentos nas constituições democráticas ao considerar, na estrutura do Estado, espaços formais e informais para a participação da sociedade civil, como regulamentação das greves e organização por meio de sindicatos e associações.

A Constituição de 1988 agrega, aos direitos civis e políticos, os direitos sociais como direitos de exercício da cidadania. “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Art. 6º). Desse modo, inaugura juridicamente, no território nacional, direitos sociais como condição de exercício de cidadania de todos como uma tradução das reivindicações da população.

A distância entre cidadãos e não-cidadãos neste exercício de cidadania se dá pelo reconhecimento e garantia dos direitos constitucionais. É cidadão aquele que exercita seus direitos civis, políticos e sociais. Nesta perspectiva, nas sociedades democráticas, “cada pessoa tem que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos” (Barros, 1994,

p. 30). Nos direitos sociais, estão expressas as condições mínimas indispensáveis a uma vida digna.

Reconhecer cada brasileiro como cidadão significa reconhecer que todos têm direito a se alimentar de modo adequado; a morar em uma casa confortável, com água tratada e esgoto; a frequentar uma escola de boa qualidade, a ter um trabalho digno e bem remunerado, a contar com um serviço de saúde eficiente, a gozar seu tempo de lazer de modo agradável e reparador (Barros, 1994, p. 30).

Essa última linha que tramamos traz os contornos da institucionalização da participação comunitária e permite que o sujeito ativo das políticas públicas de saúde se torne uma tecnologia de governo. Esse foco de experiência encontra nas instâncias de controle social do SUS sua institucionalização, no entanto, é um modo de existência que está para além delas. A participação comunitária é um foco de experiência possível na construção da política pública de saúde que funciona como uma ativação dos sujeitos a responsabilizarem-se por sua saúde e pela implementação deste sistema. Ela funciona como impulsionador e disseminador potente dos ideais da Reforma Sanitária, que atravessam a formação em saúde, a pesquisa na área, as instâncias de controle social, os lugares de gestão e de trabalho, convocando os sujeitos à luta e ao combate em defesa do sistema público de saúde.

No capítulo que segue, a participação comunitária encontra no movimento do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul contornos contemporâneos deste foco de experiência. A partir da análise deste movimento, trazemos elementos de sua luta que nos auxiliam na problematização dos pontos que foram tangenciados até agora, quais sejam, a noção de “comunitário” que compõe a participação comunitária e a relação entre a participação comunitária e o direito, mais especificamente, a função imunitária do direito com relação à comunidade.

(...) eu não sou, nem de longe, um bicho-papão, um monstro moral - eu inclusive sou uma natureza contrária a esse tipo de gente que até hoje foi venerada como virtuosa. Cá entre nós, parece-me que é exatamente isso que me deixa cheio de orgulho. Eu sou um aprendiz do filósofo Dionísio, e faço gosto antes de ser um sátiro do que um santo. Mas leiam esta minha obra... Talvez eu tenha logrado alcançá-lo, talvez esta obra não tenha nenhum outro objetivo que não o de expressar essa oposição de uma maneira serena e amável. A última coisa que **eu** haveria de prometer seria “melhorar” a humanidade. Eu não terei de erigir nenhuns novos ídolos; que os velhos aprendam o que significa ter pés de barro. **Derribar ídolos** (a minha palavra para “ideais”) - isso sim é que faz parte de meu ofício (Nietzsche, 2003, p. 16).

5. A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA ENCONTRA A LUTA CONTRA AS DINÂMICAS PRIVATIZADORAS

A defesa de melhores condições de saúde no Brasil mediante a construção de um modelo de saúde público, universal e gratuito ganha corpo e condições de efetivação inicialmente no contexto europeu com a construção do Estado de bem-estar social, como no caso emblemático da Grã-Bretanha, com a criação do Sistema de Saúde Britânico (NHS sigla em inglês) em 1948. O contexto inglês foi motivado pelos modelos de gestão estatal intervencionista, fomentados pós-crise de 1929, baseados no modelo de Keynes, que pressupunha um fortalecimento do poder do Estado mediante retração do mercado e intervenção social por meio de programas assistenciais que buscavam reduzir os efeitos sociais desiguais gerados pelo capitalismo (Tanaka; Oliveira, 2007).

A crise do Petróleo da década de 1970 impulsionou os neoliberais a criticarem o Estado de bem-estar social, responsabilizando-o pelos altos impostos. Neste contexto, o NHS também passou a ser criticado pelo partido conservador como fator que elevaria o custo dos impostos (Tanaka; Oliveira, 2007), iniciando um período de medidas econômicas de fortalecimento de critérios de mercado no contexto de gestão pública da saúde e, portanto, do potencial privatizador da saúde pública. Destacam-se, neste contexto, as medidas liberalizantes de 1991, como reformas administrativas e privatizadoras baseadas no White Paper Working for Patients, em que se identificavam déficits no financiamento público associados à diminuição da qualidade do atendimento em saúde. Essas medidas fortaleceram o lugar do paciente como foco do sistema e propuseram uma mudança na organização dos serviços ao introduzirem o conceito de "mercado interno", em que se separam compradores de provedores de serviços de saúde, instaurando uma relação de compra e venda de serviços no provimento público de saúde (Tanaka; Oliveira, 2007).

Foram significativos o desmonte de uma série de atividades governamentais criadas durante esse período, a proliferação das organizações não-governamentais (ONGs) e a ampliação de sua atuação no Estado. Elas passaram a assumir funções reguladoras, de planejamento, educativas e de suprimento de atividades antes de responsabilidade pública. Para isso, tecnologias de regulação passaram a ser utilizadas para regular a ação do terceiro setor no Estado, como contratos, metas, indicadores, monitoramento, avaliação, que deram

autonomia decisória e promoveram a responsabilização por suas ações. Nesta linha de reconfiguração do poder político, os espaços de participação comunitária passaram a ser alvo de instrumentos que aumentaram sua atuação e ao mesmo tempo sua regulamentação (Miller; Rose, 2012).

(...) modelados e programados por autoridades políticas, novos mecanismos são utilizados para ligar os cálculos e as ações de uma série heterogênea de organizações em objetivos políticos, governando-os “a distância” através da instrumentalização de uma autonomia regulada (Miller; Rose, 2012, p. 255).

Como pano de fundo da implantação destas medidas, esteve a crítica ao Estado intervencionista promovida pelo pensamento neoliberal emergente, baseada num processo conhecido como "fobia de Estado", ou seja, uma crítica ao Estado intervencionista. A "fobia de Estado" tomava a experiência soviética, a alemã do nazismo e a planificação inglesa do pós-guerra como representações dos efeitos negativos de uma política baseada num Estado forte e intervencionista. Diante disso, defendia-se que era preciso libertar a economia das amarrações estatais e, portanto, criar fronteiras e limites à estatização (Foucault, 2008).

As críticas ao intervencionismo de Estado, ainda que baseadas numa “fobia de Estado”, distinguem-se do liberalismo econômico na preocupação em ajustar o exercício global do poder político aos princípios da economia do mercado, não se organizando na lógica do *laissez-faire* liberal, mas sobre uma política de intervenção permanente e extremamente vigilante. No entanto, essas intervenções não acontecem diretamente no mercado econômico, e sim nos fatores que condicionam a economia de mercado, ou seja, sobre a população (Foucault, 2008).

É uma intervenção diferente da regulação disciplinar e punitiva, característica dos governos militares, porque utiliza o próprio direito e suas declarações universais como base dessas regulações. Passa a intervir com o intuito de garantir saúde, assistência, educação, transporte, moradia, porque são fatores previstos nos direitos universais de todas as pessoas e garantidos a partir de um campo de lutas. A novidade do modelo neoliberal, portanto, com relação às condições de vida da população, é a utilização do discurso dos direitos humanos e das lutas travadas pela sociedade civil para sua garantia como elemento de sustentação das ações de intervenção em toda a sociedade, a fim de imunizar a vida por meio de interesses mercantis (Foucault, 2008).

No neoliberalismo, não há um abandono da “vontade de governar”, mas se trabalha na perspectiva de que a falha do governo em alcançar seus interesses deve ser remediada mediante a invenção de novas estratégias de governo. Na mesma linha, as reações, críticas e resistências dos indivíduos na sociedade neoliberal passam a ser remediadas. Os indivíduos vêm a ser entendidos como “sujeitos de responsabilidade”, autonomia e escolha. No entanto, o neoliberalismo justamente busca canalizar essa experiência de responsabilização dos sujeitos como estratégia de governo, na medida em que espera influenciar mediante a modelação e a utilização da liberdade deles (Miller; Rose, 2012).

No Brasil, a construção do neoliberalismo, ou de um liberalismo avançado, tem uma história com tempos e percursos diferentes, ainda que seja transversalizada pelos processos que acontecem no contexto europeu e americano. Não vivenciamos a consolidação de um Estado de bem-estar social, e pouco se conseguiu avançar na consolidação de direitos sociais entre as décadas de 1950 e 80. A consolidação do modelo público de saúde deu-se ao mesmo tempo em que emergem discussões sobre redefinições das atribuições estatais no campo da saúde e nas formas de articulação Estado/mercado/sociedade. Portanto, a institucionalização do sistema público coexiste com a tendência de privatização das políticas de saúde no contexto da América Latina e dos países europeus (Menicucci, 2010).

Ressonâncias desta coexistência foram consagradas na Constituição de 88 quando se demarcou o âmbito da Reforma que criou o SUS e a garantia da liberdade da iniciativa privada em sua legislação (Menicucci, 2010). Tal contexto permite a conformação legal de um arranjo constitucional entre o público/privado no sistema público de saúde que os redimensiona e dispõe ao mesmo tempo na formulação da política de saúde. Esse arranjo cria viabilidade legal para diferentes componentes de misturas público-privadas, que foram posteriormente experimentadas e borram as barreiras jurídicas que separam a dicotomia.

Duas lógicas operam na política de saúde: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS – processo que, de certa forma, se tornou irreversível – e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo ou consolidando dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual (Menicucci, 2010, p. 190).

A complexificação das relações entre público/privado no setor saúde e adoção de vocabulário técnico-gerencial não são mais marcadas pelas oposições público/privado, mas pela relação entre Estado e mercado (Bahia, 2010). Dessa forma, o rótulo público/privado não

é apropriado para descrever o contexto de relação que o setor privado e o setor estatal estabelecem na saúde, uma vez que a rede pública é integrada por estabelecimentos privados e a rede privada, por instituições estatais. São partes desta indefinição do conceito a universalização do direito à saúde e a mudança que essa ampliação provoca na concepção de saúde pública. Saúde pública já não se refere às ações de prevenção, como ocorria durante o modelo anterior à criação do SUS, mas diz respeito a tudo o que é governamental (Bahia, 2010).

O processo brasileiro uniu a construção do modelo público de saúde à abertura do país às políticas neoliberais. Como sugere Menicucci (2010), o crescimento do setor privado é anterior ao movimento de valorização do mercado, gerado pelas reformas econômicas dos anos 1990, tendo tomado fôlego ao longo da história do país. Não tivemos primeiro a criação do sistema público e seu posterior retraimento com as medidas privatizadoras. No Brasil, o SUS foi construído ao mesmo tempo em que as medidas privatizadoras desencadeadas pelo neoliberalismo foram sendo incorporadas e desenvolvidas no cenário político, econômico e jurídico. Para Laurell (1996), pode-se interpretar essa situação como um passo para a institucionalização do sistema dual público/privado, já que gera uma situação irracional de duplo asseguramento e, dessa forma, conforma a experiência que vivemos no Brasil de acesso público à saúde para a população pobre e acesso a planos privados por aqueles que podem pagar.

Depois da criação do SUS, a oferta de serviços filantrópicos e a produção de serviços públicos ampliaram-se ao lado da redução da contratualização dos serviços privados. Porém, a inviabilização da mudança na forma contratual fez com que a contratualização das entidades filantrópicas e dos hospitais universitários reatualizasse o formato de compra de serviços, anterior à criação do SUS (Fleury, 2008).

No Brasil, seguindo os rumos mundiais, as políticas neoliberais promoveram reconfigurações e arranjos híbridos entre os sistemas público e privado. “Inovações e transmutações que ocorreram notadamente no escopo e interstício do chamado ‘terceiro setor’, como também introjetadas em parte da institucionalidade estatal sob a égide e regime de Direito Privado” (Miranda, 2013, p. 1). O terceiro setor é a instância que tem intermediado essas reconfigurações a partir da oferta de inovações que levam à hibridez e conseguem albergar interesses das esferas pública e privada. Desse processo, têm derivado nomenclaturas

como “publicização não-estatal”, “privatização do estatal”. Essas estruturas, mescladas com o “terceiro setor”, funcionam numa dinâmica de (quase) mercado, e um dos efeitos dessas mesclas tem sido a relativização dos direitos humanos, a redução de políticas públicas às dinâmicas preconizadas pelo procedimental (*policy*) e aos interesses do mercado (Miranda, 2013).

Nessa linha, diferentes formas de mescla entre o Estado e o mercado foram sendo criadas e amadurecidas depois da institucionalização do SUS. No quadro mais recente, vemos avançar a criação das OS, OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado e da EBSEH, que têm em comum o discurso governista de inovação da condução da administração pública para dar conta dos princípios de agilidade e efetividade na resposta às demandas sociais. São consideradas, portanto, como novas tecnologias organizacionais que conservam a estrutura pública e estatal, mas sintonizam a gestão pública com as demais instituições do Estado não-estatais.

Além do sistema híbrido que estas composições produzem entre público/privado, podemos afirmar que atuam a partir de agenciamento estatal e amparo do direito privado. O direito privado regulamenta os regimes de trabalho dos profissionais dessas instituições, contratando-os mediante seleção pública e em regime celetista. Mas, além disso, atua como agente que intensifica, na garantia do direito à saúde, os padrões administráveis de consumo. O principal efeito dessa inserção dos parâmetros administrativos é a reificação dos direitos humanos em direitos de consumo de serviços e procedimentos. Essas dinâmicas de (quase) mercado, seguindo a proposta de parcialidade, tendem a fragmentar as reivindicações dos direitos sociais em quase-integralidade, quase-universalidade (Miranda, 2013).

Aparentemente, existe uma contradição entre a construção do SUS como um modelo público e as políticas privatizadoras que acompanham o período. De um lado, a Reforma Sanitária e seus fortes ideais de esquerda e, de outro, o desenvolvimento do neoliberalismo no país. No entanto, como destaca Foucault (2008), referindo-se ao contexto europeu, e aqui entendemos que se pode avançar na análise do Brasil, as políticas de esquerda não produziram uma nova razão governamental, apesar da novidade de suas políticas. Ou seja, não se constituem, com as políticas caracterizadas como de esquerda ou de governos de esquerda, mudanças significativas nos princípios e objetivos do Estado. Não se constitui uma razão

governamental que instaure uma medida razoável e calculável da extensão das modalidades e dos objetivos da ação governamental.

Na conformação dos arranjos entre uma política pública e os processos de privatizações engendrados pelo neoliberalismo, entendemos que se constitui um campo de indefinição entre o público (como propriedade do Estado) e o privado (próprio do indivíduo) que coloca as políticas sociais num lugar peculiar em nossa sociedade. Essa análise aponta para a inexistência, no campo das práticas, dos antagonismos entre, de um lado, a política pública de saúde como relativa ao campo do público e, de outro, as políticas econômicas como relativas ao campo do privado, pois se esclarece que a definição desses campos, tanto no liberalismo quanto no neoliberalismo econômico, conflui para permitir circularem os interesses econômicos.

Diante disso, nesse quadro de suposta contradição de avanço das políticas neoliberais e de efetivação da legislação e construção de equipamentos estatais para a garantia de direitos à saúde, conformam-se novos arranjos entre o mercado econômico, a sociedade civil e as políticas sociais, característicos do neoliberalismo. Nelas há a previsão de aumento da garantia dos direitos individuais, contudo, sem sublevar o mercado econômico como interesse primeiro das intervenções nas políticas sociais.

Os investimentos nas políticas sociais no neoliberalismo questionam o modelo da política keynesianista, que previu a política social como uma forma de fazer contrapeso aos efeitos devastadores do avanço das políticas econômicas, portanto, como uma prática compensatória dos males do capitalismo. Para os neoliberais, as políticas sociais não realizam o contraponto à política econômica, mas se integram a ela. Diferentemente das lutas dos movimentos por garantia dos direitos, a igualdade e a distribuição equitativa do acesso de cada indivíduo aos bens de consumo não são objetos das políticas sociais em contexto neoliberal; pelo contrário, a equidade de condições é uma política contraeconômica. Não se almeja a igualdade, mas um jogo de diferenciação que é característico dos mecanismos de competência (Foucault, 2008), em que o esquema investimento público em saúde e privatização pode ser exemplo. São condicionantes neoliberais que podemos identificar como decisivas para compreender o contexto de democratização e avanços em termos de proteção social experimentados pelo Brasil no final da década de 1980.

Nessa perspectiva neoliberal, não há a preocupação do Estado neoliberal em efetivar os direitos sociais previstos na Constituição de 88, e sim de entendê-los enquanto uma virtualidade que pode ser acessada e efetivada, caso se verifiquem interesses em sua garantia. Inclusive, a transferência financeira aos mais necessitados não acontece de forma a realizar uma reforma econômica ou uma equalização das condições econômicas de toda a população. As ações de transferência financeira visam, mediante o pagamento de impostos, à sua transferência aos que estão em situação de subconsumo, como é o caso da transferência de renda mínima empregada pelo Programa Bolsa Família, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que se propõe a acabar com a linha da miséria e não a garantir condições igualitárias de vida a todos.

No ano de 2014, a revista *Forbes* divulgou pesquisa que afirma que o patrimônio das 15 famílias mais ricas do Brasil é dez vezes maior que a renda de 14 milhões de famílias beneficiárias do Bolsa Família (Maia, 2014). Situação parecida foi o anúncio feito em rede nacional pela Presidente Dilma⁹, no ano de 2012, quando afirmou que a redução do valor da conta de energia elétrica era importante para aumentar o poder aquisitivo das famílias, o que elevaria seu poder de compra e, como consequência, aqueceria a indústria. Não se trata de uma política de socialização do consumo e de receita, mas de uma privatização, na medida em que não projeta uma transferência de receita de um setor a outro, senão uma capitalização a mais generalizada possível que individualiza a política social com o objetivo claro de investir no crescimento econômico (Foucault, 2008) e levar as populações em situação de miserabilidade a níveis que aumentem seu potencial de consumo.

A busca por garantias dos direitos à saúde e o ativismo político dos grupos/comunidades que exigem a publicização da saúde são incorporados à articulação do neoliberalismo como estratégias de fortalecimento do modelo econômico. Nessa perspectiva, as demandas da comunidade, ao serem incorporadas às tecnologias governamentais, passam a ser instrumentos para conservar o capital humano e manejá-lo conforme as necessidades do mercado. Essa amarração tem como um de seus efeitos a ativação dos sujeitos para a adesão de maneira autônoma e satisfeita às necessidades do mercado, pois se passa a crer que reivindicar direitos e se expandir economicamente é sinônimo de liberdade e emancipação (Foucault, 2008).

⁹ O pronunciamento pode ser acessado em <https://www.youtube.com/watch?v=uDoKCwrotxE>.

É chave, nesse processo, o mecanismo que possibilita reinterpretar, em termos econômicos, todo um domínio que até então não se considerava econômico, como a vida das pessoas e as relações que elas estabelecem com os outros. Nesse sentido, o planejamento do futuro, a educação dos filhos, os cuidados com a saúde, o ativismo político, o controle social, o pagamento de previdência privada, etc. passam a ser elementos utilizados para a racionalização cotidiana da vida das comunidades. Trata-se de uma análise econômica das relações que consiste em compreender qual foi o cálculo realizado pelo indivíduo para destinar o recurso escasso a tal fim, e não a outro. A economia, nas sociedades neoliberais, tornou-se a análise de uma atividade, deixando de ser a análise da lógica histórica dos processos; ela é a análise da programação estratégica da atividade dos indivíduos (Foucault, 2008).

Uma enormidade de práticas de saúde têm envolvido a população numa empreitada de investimento e responsabilização de si que dita: como se alimentar, fazer atividade física, vincular-se a ativismos, viver o estresse do dia a dia, viver os adoecimentos, trabalhar a fim de evitar danos à saúde, etc. A organização das ações em saúde é acoplada ao investimento no capital humano (Foucault, 2008), de modo que não podemos mais separar as influências e investimentos que são estatais das ações que são do mercado em nossos cotidianos, configurando arranjos públicos/privados em direção da estatização da vida.

O neoliberalismo passa a aplicar a grade de inteligibilidade econômica a âmbitos de comportamentos e condutas que até então não eram considerados ligados ao mercado. A análise econômica passa a ser aplicada nos casamentos, na educação dos filhos, na criminalidade, na imigração, na saúde, no ativismo político, etc. O neoliberalismo generalizou a forma econômica do mercado na totalidade da comunidade, buscando, assim, uma inversão das relações sociais em relações econômicas. A forma econômica aplicada à conduta dos sujeitos busca aperfeiçoar a ação destes, a fim de racionalizar o cotidiano. O princípio que rege essa forma é o de que a ação dos sujeitos não seja aleatória, devendo sempre responder de maneira sistemática às variáveis que o meio apresenta. Tal racionalização estabelece em cada conduta um fim desejado e, desse modo, busca criar estratégias que racionalizem os recursos existentes para se chegar ao previsto (Foucault, 2008).

Ao intervir no sentido de garantir os direitos sociais, o neoliberalismo passou a utilizar-se das críticas produzidas pelos movimentos sociais, no caso, o movimento sanitário,

com relação aos modos de governar a saúde das populações, para justamente expandir seu investimento como forma de incentivar o consumo e manejar o comportamento da população. Assim, o próprio movimento de crítica ao governo da vida que propõe os modos de governar é acoplado às estratégias neoliberais, a tal ponto que se pode afirmar que o capitalismo neoliberal não apenas produz, mas captura e incorpora outros modos de subjetividade produzidos na sociedade ao utilizar-se das próprias propostas de resistência feitas a si (Moraes; Nascimento, 2002), como no caso da crítica à democracia representativa e da gradativa criação de espaços participativos nas políticas públicas. A democracia representativa é, portanto, um dispositivo de controle que busca conter fluxos vivos que escapam às estratégias de governo da vida. Ela funciona identificando e incluindo diferentes segmentos no interior de um conselho (Tótor, 2006); funciona, portanto, criando legitimidade jurídica à produção de *slogans* coletivos de governo da existência.

5.1 O Fórum em Defesa do SUS e a participação comunitária

O Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul foi criado em 2008, no pós-processo de emergência do neoliberalismo brasileiro, como um fragmento das lutas que tornaram possível a Reforma Sanitária e que encontraram nos novos arranjos neoliberais de privatização uma batalha a travar. Ele performa, no contemporâneo, a experiência da participação comunitária na luta contra a privatização daquilo que se garantiu com a institucionalização do SUS e também procura avançar na publicização do privado que permeia a política. O Fórum em Defesa do SUS centra suas reivindicações na expansão da publicização, de forma a superar o privado no SUS, possível mediante “a defesa de um Sistema de Saúde efetivamente público, democrático, sob administração direta do Estado” (Fórum em Defesa do SUS, 2013, p.2).

Destacamos a não-linearidade do movimento da Reforma Sanitária e centramos a análise no fragmento específico da luta contra a privatização da saúde. Nesse campo, o discurso centra-se na distinção e fragmentação entre o setor público e o setor privado como critério fundamental para a garantia da qualidade do sistema de saúde. A distinção entre o público e o privado, com a devida supressão do privado, é destacada pelo movimento como

elemento essencial para impedir que os interesses do setor privado possam interferir na garantia dos interesses dos trabalhadores, da comunidade e da qualidade do atendimento, como se pode acompanhar na argumentação feita pelo Fórum em Defesa do SUS em carta aberta alusiva ao Dia Mundial da Saúde do ano de 2014, cujo título é "Dia Mundial da Saúde: Tempo de lutar pela qualidade da saúde! Contra a privatização da saúde pública":

Os governantes investem pouco na saúde, além disso, a maior parte dos recursos públicos da saúde vem sendo destinados para o setor privado, através da terceirização e desresponsabilização dos governos em garantir o direito à saúde! As empresas privadas administram os recursos públicos com reduzida fiscalização e controle social, contratam trabalhadores de forma precária, acarretando alta rotatividade e demissões, prejudicando o vínculo dos profissionais com a comunidade, bem como a qualidade do atendimento (Fórum em Defesa do SUS, 2014, s/p. Grifo no original).

O Fórum em Defesa do SUS até o ano de 2012 nominava-se Fórum de Entidades em Defesa do SUS, pois foi criado a partir da necessidade, encontrada por integrantes de entidades que possuíam assento no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, de possuir um espaço para a discussão política sobre a atuação nos conselhos. Esses representantes de entidades tinham em comum, principalmente, a pauta da luta contra a privatização do SUS. As entidades que compõem o Fórum em Defesa do SUS são conselhos profissionais, centrais sindicais e sindicatos de trabalhadores. Trata-se, dessa forma, de um movimento que agrega basicamente o segmento trabalhador da saúde, o que não exclui a participação esporádica do segmento usuário da saúde.

As entidades que compõem o Fórum em Defesa do SUS estão representadas no CMS por meio de conselhos profissionais, centrais sindicais e sindicatos, a saber: SINDISPREV-RS (Sindicato dos Previdenciários do Rio Grande do Sul), SINDISEPE (Sindicato dos Servidores Públicos do Rio Grande do Sul), SIMPA (Sindicato dos Municipários de Porto Alegre), SIMERS (Sindicato Médico do Rio Grande do Sul), SERGS (Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul), SINDIFARS (Sindicato dos Farmacêuticos no Estado do Rio Grande do Sul), CRESS (Conselho Regional de Serviço Social), CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), ASSMS (Associação dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde) e a CUT (Central Única dos Trabalhadores). Além disso, integra o Fórum a ASERGH (Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição) que não tem assento no CMS (Terres, 2014, p.7).

Após avaliar que o Fórum em Defesa do SUS deixava de ser um espaço de agremiação apenas de entidades para ser um espaço de luta para militantes “autônomos”, seus integrantes resolveram retirar a palavra “entidade” para abarcar diferentes formas de ativismo político em defesa do SUS. No entanto, a presença sempre foi marcadamente das entidades,

em especial das entidades sindicais, que continuaram ocupando posição majoritária na condução das decisões políticas do Fórum em Defesa do SUS.

O Fórum em Defesa do SUS é um coletivo que se entende como parte dos “espaços não formais (fóruns, movimentos)” (Fórum em Defesa do SUS, 2013, p. 11) de participação comunitária, ou seja, não há uma vaga nesses conselhos que seja do Fórum em Defesa do SUS. No entanto, mantém diálogo constante com os espaços formais de participação, ocupando os espaços das Conferências de Saúde, em que seus representantes atuam como delegados eleitos, com a participação cotidiana no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e no Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Muito embora o Fórum em Defesa do SUS não tenha um assento nos conselhos como entidade representante, seus membros ocupam lugares em função de outras entidades que representam e levam os interesses do Fórum em Defesa do SUS para os plenários, pois entendem que “a definição da política de saúde e a sua fiscalização está a cargo dos Conselhos de Saúde. Só com a participação popular organizada no controle social vamos transformar o direito em realidade” (Fórum em Defesa do SUS, 2014, s/p).

Para o Fórum em Defesa do SUS, a simples existência dos conselhos de saúde não garante que os ideais sanitários sejam efetivados. É preciso, para o movimento social, que a participação popular esteja presente de maneira organizada para transformar o direito em realidade, e este é justamente um dos argumentos destacados na criação desse movimento social, conforme já mencionado.

O Fórum de Entidades em Defesa do SUS atua articuladamente a partir de temas considerados polêmicos pautados no Conselho Municipal de Saúde. Opera de forma autônoma e sem a participação de gestores ou prestadores, tratando-se de um movimento desinstitucionalizado. É neste cenário que trabalhadores e usuários do SUS em vários Estados e Municípios superam obstáculos e constroem diferentes estratégias a partir das suas representações, com o objetivo de barrar as tentativas dos governos de privatizar o Sistema Único de Saúde (Terres, 2014, p. 7-8).

O foco de experiência da participação comunitária passa pelos espaços institucionalizados no sistema descentralizado e participativo do SUS, mas, na experiência do Fórum em Defesa do SUS, mostra-se em suspeita com relação aos interesses privados que compõem a gestão pública. Ele reforça que a participação se constitui de “forma autônoma e sem a participação de gestores ou prestadores, tratando-se de um movimento desinstitucionalizado”, direcionando a trabalhadores e usuários a condição de barrar as

tentativas de privatizar o SUS e a condição de garantia para a não-institucionalização do movimento, possivelmente, portanto, colocando sob suspeita gestores e prestadores de serviços e alocando nesses segmentos a referência ao institucionalizado. O foco de experiência da participação comunitária produz os trabalhadores e usuários como agentes publicizantes, defensores do sistema público e dotados de poder instituinte. Diante disso, o exercício de cidadania instituinte, nesse foco de experiência, não é possível a toda a população, somente àqueles que são entendidos como não-institucionalizados nas estruturas do Estado.

No entanto, na citação que segue, podemos acompanhar uma ressalva com relação à possibilidade de exercício de cidadania instituinte. A ressalva refere-se à não-garantia de autonomia dos movimentos populares e sindicatos no contexto contemporâneo. O Fórum em Defesa do SUS reforça a importância do espaço da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde como aglutinador de forças para combater o cenário de “apassivamento e cooptação” pelo qual passam os movimentos, como uma referência às críticas que tais movimentos vêm recebendo pela aproximação do governo do PT, então Governo Federal.

A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde vem se constituindo como importante espaço de aglutinação de forças num cenário de apassivamento e cooptação de movimentos populares e sindicatos. A nossa luta é esta, constituir resistências. Somente assim faremos uma luta com concepções unitárias. Essa tem sido nossa forma de atuação. Esse é o objetivo hoje (Fórum em Defesa do SUS, 2013, p. 4).

A eleição do governo Lula representou um marco político para o país, pois pela primeira vez se elegeu um presidente representante do operariado. Essa eleição criou a expectativa de que o SUS teria maiores investimentos e de que o país de fato teria condições para implementar o sistema de saúde de acordo com os seus princípios e a proposta histórica do movimento social. O PT tinha em seus quadros um número bastante razoável de ativistas com participação importante nesse debate, alguns, inclusive, com atuação durante a Assembleia Nacional Constituinte (Batista Júnior, 2014).

Os sucessivos governos do PT, frustrando as expectativas, avançou na privatização das ações e serviços de saúde mediante a contratação de serviços privados de forma substitutiva à rede pública. Com relação à gestão e gerência do sistema, o Governo Federal incentivou a disseminação das OS e OSCIP para a gestão dos serviços públicos de saúde, aprofundando a precarização do trabalho, o assédio moral, o fisiologismo nas contratações e

na gestão, a ineficiência no trabalho e a não-realização de concurso público (Batista Júnior, 2014). Além disso, nos anos 2000, foram criados novos arranjos de administração indireta em regime de direito privado (Miranda, 2013) que mantêm a estrutura pública e estatal, mas aproximam a gestão do modelo privado de gestão; é o caso das fundações estatais de direito privado e da EBSEH.

A frustração experimentada com o governo do PT e a denúncia de “apassivamento e cooptação” dos movimentos sociais reforçam a percepção do Fórum em Defesa do SUS como ativista e articulador capaz de criar unidades de luta contra os “agentes privatizadores”. A experiência da participação comunitária localiza no lugar do governante a impossibilidade de defesa do sistema de saúde e procura afastar a participação comunitária dos lugares institucionalizados de poder que ocupam os governantes.

Para a atuação durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 2011, o Fórum em Defesa do SUS, em conjunto com entidades sindicais, organizou um panfleto em que expõe a importância do espaço das Conferências de Saúde para reafirmar os ideais defendidos na Reforma Sanitária e transcritos na Constituição Federal.

Este processo de conferências que estamos vivendo é fundamental, pois está em jogo se o SUS vai continuar existindo como um bem público e para todos, ou se ele será privatizado, como querem seus inimigos. O SUS é resultado da luta do povo brasileiro, que garantiu na Constituição Federal que “a saúde é direito do cidadão e dever do Estado”, no capítulo da Seguridade Social. Depois de duas décadas de construção, o SUS se transformou em um dos mais importantes sistemas de saúde do mundo. Indicado como Patrimônio Social da Humanidade, é referência para diversos países. Apesar das grandes conquistas, o SUS tem grandes problemas a serem superados, com a contribuição de todos (Fórum em Defesa do SUS, 2011, s/p).

O espaço das conferências é afirmado como lugar fundamental para a defesa do SUS como um bem que está ameaçado por quem o está privatizando. Na sequência da citação, são referendadas as conquistas realizadas nas duas décadas de implementação do SUS como resultado da luta da população brasileiro, reforçando-se, portanto, que a construção do sistema público é fruto da luta popular e desses consensos coletivos. Tal discurso cria um campo de verdade que produz o SUS como um “patrimônio público” conquistado pelo poder popular como efeito de uma luta travada contra os grupos hegemônicos, que nada têm de interesse na efetivação do SUS. A citação termina afirmando a importância da contribuição de todos para a garantia de melhorias que ainda possam ser feitas no sistema.

A publicização constitui-se pela defesa do “SUS público, estatal, de qualidade e sob administração direta do Estado” (Fórum em Defesa do SUS, 2014, s/p), em que os defensores são os usuários e trabalhadores de saúde e os inimigos são os privatizadores (localizados nos segmentos gestores e prestadores de serviço). O campo de disputa desenhado pelo Fórum em Defesa do SUS acontece num cenário dicotômico em que, de um lado, está o grupo que possui hegemonia financeira e, do outro, o grupo da população. No primeiro grupo, estão os ideais de privatização defendidos por grupos econômicos e por gestores privados e públicos. No segundo, estão a população e os coletivos organizados em defesa do bem comum e, portanto, o interesse de publicização.

O Fórum em Defesa do SUS produz o foco de experiência da participação comunitária a partir da interdição dos elementos privados que compõem historicamente as políticas públicas brasileiras. Ele defende o público e resiste ao privado, buscando prescindir de tudo aquilo que seja privado: interesses, modelos de gestão, grupos privados, financiamento privado, lógicas privadas, mercantilização, etc. O discurso de defesa da saúde pública, produzido pelo Fórum em Defesa do SUS, ao mesmo tempo em que afirma a garantia desse direito para todos, afirma também a dicotomização da população. Exclui desse todo a população que não é de baixa renda, gerando, desse modo, uma polarização entre quem faz parte da noção de população que carece, ou seja, as pessoas de baixa renda, os trabalhadores assalariados e aqueles vinculados ao mercado. A suspeita com relação ao privado estende-se aos usos que esse polo faz de conceitos ligados a ideais democráticos de participação, cidadania, sociedade civil em função dos usos que o ideário neoliberal tem feito deles.

É fundamental qualificar e politizar conceitos como o de participação, cidadania, sociedade civil, pois estes são alvo de distintas abordagens, desde aqueles que realizam uma abordagem histórico-crítica dos mesmos, no campo da tradição marxista, ou mesmo aquelas que reforçam o ideário (neo)liberal (Fórum em Defesa do SUS, 2013, p. 10).

A luta contra a privatização centra seu discurso no dever do Estado de garantir o direito à saúde e na negação do privado para tal fim. O segmento usuário e os trabalhadores da saúde ocupam, nesse sentido, papéis decisivos ao serem ativos na vigilância desse preceito como partes interessadas e, ao mesmo tempo, neutros com relação aos dois outros integrantes do jogo: gestores e prestadores de serviços.

Os usuários e os trabalhadores de saúde organizados em diferentes grupos, a partir da figura de sujeitos cidadãos, constituem-se como ativistas políticos e defensores da publicização da saúde como meio capaz de garantir melhores condições de vida a toda a população. São movimentos que procuram delinear contornos muito precisos entre o público e o privado na saúde, conformados pela figura do usuário e dos trabalhadores de saúde: o público como relativo ao Estatal e, portanto, interessado em suprir as demandas da população (direitos sociais); e o privado como relativo aos interesses dos privados e das relações de negociações entre esses (relações de mercado).

Na afirmação da dualidade entre público/privado, o caso Fórum em defesa do SUS afirma-se como representante dos interesses da população, como um segmento distanciado tanto do interesse do Estado quanto do mercado. Afirma sua existência na necessidade de lutar por aquilo que o Estado por si só não é capaz de garantir ou não possui interesse.

PRECISAMOS LUTAR PELA DEFESA E QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE! Diante desta realidade, o **Fórum em Defesa do SUS do RS vem lutando pela qualidade da saúde pública e contra sua privatização.** O Fórum é um coletivo plural que agrega entidades sindicais e profissionais, trabalhadores, usuários e militantes da saúde em torno de uma agenda de debates e lutas pelo fortalecimento da qualidade dos serviços do SUS prestados à população usuária. A nossa bandeira de luta é a defesa do SUS público, estatal, de qualidade e sob administração direta do Estado (Fórum em Defesa do SUS, 2014, s/p. Grifo no original).

O fragmento ainda recupera uma importante delimitação da luta travada por esse movimento quando foca a "defesa do SUS público, estatal, de qualidade e sob *administração direta do Estado*" (grifo nosso), reforçando a negação de modalidades de gestão indireta da saúde que constituem titularidade pública submetida ao direito privado e configuram uma privatização formal.

A discussão realizada pelo Fórum em Defesa do SUS retoma a dicotomia público/privado, deslocando alguns elementos da tradicional definição utilizada no cotidiano do campo da saúde. Não retrata o público no campo da saúde como referente à assistência provida pelo setor público (Estado) e o privado como provido pelo setor empresarial (livre mercado). Ainda que não abandone esses referentes de público/privado, ao marcar a defesa do SUS público e estatal, amplia a discussão para além do âmbito da assistência à saúde e passa a englobar os diferentes componentes que envolvem a garantia do acesso à saúde, dando ênfase à gestão do sistema de saúde. Assim, para o Fórum em Defesa do SUS, público é o sistema estatal e gestado pela administração direta do Estado. Às noções de público, o movimento

analisado acopla estatal e administração direta na defesa do modelo público, de forma a vincular público e estatal na luta contra a privatização.

Ao englobar a discussão da titularidade da gestão e sua correlativa submissão ao direito privado em oposição ao direito público, o Fórum em Defesa do SUS insere a figura jurídica na tematização da díade público/privado usada pelo movimento social. Como se pode observar, tal ampliação não destoa da díade inicial, apenas expande e agrega a classificação inicial de público como estatal, setor público, *submetido ao direito público*, e, por sua vez, de privado como livre mercado, *submetido ao direito privado*.

Na experiência de participação comunitária do Fórum em Defesa do SUS, forja-se um campo de participação e defesa coletiva do sistema público de saúde que fixa na história valores, ideias, desejos, e que produz diferentes enunciados sobre como atingir os almejados direitos sociais - mediante a defesa do modelo público de saúde, da participação da comunidade no sistema, do uso dos recursos jurídicos, etc. A experiência da participação comunitária encontra o “direito” em diferentes atributos: como propriedade, na medida em que os detêm; como dever, na medida em que é co-responsável por sua garantia; como negação, na medida em que deve prescindir do privado quando é direito privado; e, finalmente, como estratégia de ação, na medida em que é recurso para garantir direitos.

5.2 A participação comunitária e o direito

¿Se puede destruir la casa del amo con las armas del amo?

Audrey Lorde

O encontro da experiência da participação comunitária com o direito será analisado a partir da atuação do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul contra o modelo das fundações estatais de direito privado, em especial, a fundação estatal criada para fazer a gestão da atenção básica do município de Porto Alegre, o Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre (IMESF).

O recurso das fundações estatais, ainda que esteja disponível no Brasil desde 1967, foi amplamente disseminado e utilizado a partir de 2007, durante o governo Lula, para a gestão não apenas da saúde, mas da assistência, da educação, da cultura, do desporto, etc. As

fundações estatais de direito privado integram a administração pública indireta, funcionando similarmente às empresas estatais, ou seja, elas não podem atuar diretamente no mercado e não têm objetivo de lucro, pois se configuram como ação direta do Estado na prestação de serviços públicos sociais. Elas estão sujeitas à supervisão direta dos órgãos administrativos, aos mecanismos de controle interno e externo do Estado e à observância dos dispositivos do art. 37 da CF/88, principalmente no que se refere à realização de seleção pública e submissão às regras legais de licitação, de acordo com a Lei 8.666. As fundações estatais são uma forma de configuração híbrida de arranjos entre o público/privado que alia um ato de institucionalização de fundação estatal à personalidade jurídica de direito privado, constituindo-se, portanto, em uma publicização não-estatal (Miranda, 2013).

A análise da atuação do Fórum em Defesa do SUS contra a criação do IMESF abre-se em dois campos que se cruzam: um primeiro que avança na análise dos efeitos da utilização do recurso jurídico para fazer a crítica ao(s) governante(s), e um segundo que analisa a luta contra a privatização e os efeitos disso em termos de construção de uma política comum. Antes de realizarmos tais análises, trazemos alguns pontos do processo de criação do IMESF e, como consequência, da política de atenção básica do município de Porto Alegre.

5.3 A política de atenção básica de Porto Alegre e o IMESF

Em Porto Alegre, a rede pública de Atenção Básica inclui atualmente as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Conta com 101 equipes de ESF que atendem uma população de 209 mil pessoas. “Estas equipes são compostas de três a seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um médico, um enfermeiro. Cada equipe é responsável em média por 850 famílias correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas” (Portal Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2014).

A implantação da ESF em Porto Alegre iniciou no ano de 1996, em paralelo com a atenção básica já existente no município. No Brasil, a ESF foi lançada pelo Ministério da Saúde em 1994, à época com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), para

redirecionar o modelo de saúde do país e fortalecer a Atenção Básica. É diretriz da Política a inserção da ESF em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica (PNAB, 2012).

Esta estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular (Portal Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2014).

A participação da comunidade e do CMS de Porto Alegre foi numérica e politicamente expressiva desde o início da implantação. Destacamos sua ampla participação no Seminário Internacional “A saúde da família e a qualificação do modelo assistencial do SUS”, organizado pelo grupo de trabalho de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que tinham a incumbência de formular o projeto de instalação da ESF no município. “A marcante participação da população no evento, principalmente dos conselheiros locais e municipais de saúde, explicitou o desejo da população de participar do projeto de atenção à saúde proposto pelo Programa de Saúde da Família” (Martini, 2000, p. 72).

Para o Fórum em Defesa do SUS e alguns segmentos de usuários com assento no CMS de Porto Alegre, a questão central da problemática que envolve a implantação da Atenção Básica diz respeito à forma de contratação das equipes de trabalhadores. A contratação das equipes de ESF em nenhum momento aconteceu diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, mas por entidades da sociedade civil mediante convênios. Essa questão é problemática a esses movimentos porque é considerada como uma forma de privatização da saúde (CMS de Porto Alegre, 2012).

Nos primeiros momentos de implantação da ESF, os trabalhadores foram contratados pelas Associações de Moradores das Comunidades e, logo depois, pela Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faurgs). A contratação via Faurgs seguiu com a renovação do convênio por quatro vezes e foi rompida por não-pagamento dos serviços prestados, “(...) culminando na demissão em massa de mais de 700 trabalhadores, às vésperas da Campanha de Vacinação, deixando desassistida uma população de mais de 300 mil pessoas, nas regiões de maior vulnerabilidade social” (CMS de Porto Alegre, 2012, p. 47).

No ano de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre contratou sem licitação pública o Instituto Sollus, uma OSCIP de São Paulo; de acordo com o CMS de Porto

Alegre, “sem nenhuma tradição em saúde, e sem apreciação e aprovação do CMS/POA” (2012, p. 47). O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre mostrou-se contrário à contratação do Instituto. “O plenário foi firme e deliberou que não deveriam se efetivar contratos ou convênios com ONGs (Organizações não-governamentais) ou OSCIPs para a contratação das equipes de PSF” (Garcia, 2012, p. 50), manifestando a inconformidade do CMS de Porto Alegre com formas de terceirização da gestão da ESF. No ano de 2009, a Prefeitura de Porto Alegre rescindiu o contrato com o Instituto, no entanto, avalia-se que este tenha faturado cerca de R\$ 57,6 milhões (CEPunesp Corrupção, 2010).

Em 20 de janeiro de 2010, a Polícia Federal (PF) e o Ministério Público Federal (MPF) deflagraram a operação Pathos para investigar casos de corrupção em contratos públicos que envolviam o Instituto Sollus em Porto Alegre, Sorocaba, Santo André, Tatuí, Votorantin, São Paulo e Pernambuco. “O objetivo da operação era encontrar indícios da existência de uma organização criminosa especializada em desviar dinheiro público, principalmente na área da saúde. O prejuízo seria superior a R\$ 9 milhões de reais aos cofres públicos” (CEPunesp Corrupção, 2010).

Em janeiro de 2010, o CMS de Porto Alegre encaminhou à Câmara Municipal de Porto Alegre um pedido de instalação de comissão de inquérito parlamentar (CPI) “para investigar a contratação do Instituto SOLLUS pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre com o objetivo de prestar serviço à Secretaria Municipal de Saúde” (CMS de Porto Alegre, 2010). A acusação do CMS de Porto Alegre versava sobre a constatação, pelo órgão, de “fortes indícios de irregularidades e ilegalidades, com caráter indiciário amplamente denunciado pela Polícia Federal nos meios de comunicação desta Capital” (CMS de Porto Alegre, 2010). As irregularidades e ilegalidades giravam em torno da acusação de desvio de recursos públicos realizado pelo Instituto Sollus. No dia 27 de janeiro de 2010, é anunciado o assassinato do secretário de Saúde de Porto Alegre Eliseu Santos, e associou-se o crime à Operação Pathos.

A tese de premeditação começou a ser construída após o encontro de fortes indícios para o correto entendimento dos fatos. Um deles é de que a vítima foi morta no dia em que o Ministério Público ofereceu denúncia referente ao esquema de propinas na Secretaria Municipal de Saúde. A sindicância para apurar irregularidades havia sido instaurada pelo próprio Secretário e o feito resultou no final do contrato com a empresa que fazia o serviço de vigilância e segurança e na exoneração de um assessor. Para os promotores, os autores queriam garantir a impunidade do delito, intimidando com a morte da vítima, pessoas que soubessem dos fatos a falarem a

respeito, impedindo, acima de tudo, qualquer depoimento de Eliseu Santos (Jusbrasil, 2014, s/p).

Após os escândalos que envolveram a contratação e dissolução do contrato com o Instituto Sollus em 2010, a Prefeitura Municipal de Saúde de Porto Alegre criou o projeto de Lei nº 53/2010, que implementa o Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre (IMESF). O IMESF é uma fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado voltada à gestão e à execução de serviços de atenção básica à saúde da família de Porto Alegre. As fundações estatais são parte das mesclas entre o público/estatal e o privado, que têm produzido um “segmento híbrido de institucionalidades congêneres que operam com recursos, propósitos e interesses públicos, sob agenciamento estatal e a égide do Direito Privado” (Miranda, 2013, p. 4).

O público/privado é uma máquina binária e dicotômica que não apenas cria polaridades de público ou privado, mas também nos faz realizar sucessivas escolhas que marcam o que é público ou privado. Em não se encaixando em nenhuma das duas, pode ser um híbrido: “a máquina dos elementos binários produz constantemente escolhas binárias entre elementos que não entram no primeiro corte” (Deleuze; Parnet, 2004, p. 156).

Os fluxos entre o público e o privado operam como elementos nos dispositivos de governamentalização da vida, “à medida que cada um conecta a regulação da conduta pública às capacidades subjetivas emocionais e intelectuais e as técnicas dos indivíduos, bem como os regimes éticos mediante os quais eles conduzem suas vidas” (Miller; Rose, 2012, p. 239). Esses fluxos entre as dimensões pública/privada, como categorias apriorísticas do pensamento moderno, modificam-se, conectando modos de governar a vida. Essas dimensões são linhas dispostas de acordo com os interesses do dispositivo de governamentalização que elencam historicamente diferentes arranjos entre cidadania e democracia na produção de sujeitos modernos.

5.4 O Fórum em Defesa do SUS e a ADIN contra o IMESF

Para o Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, a gestão adequada do serviço público de saúde deve ser feita por meio do regime jurídico de direito público, pois, ainda de acordo com o movimento, apresenta maiores condições de controle do processo de gestão e se adéqua às necessidades para realização de um bom serviço. Para o Fórum em Defesa do SUS, o Poder Público, na implantação da fundação estatal de direito privado, como justificativa para a necessidade de criá-la, utilizou os problemas históricos da saúde no município, como: listas de espera para especialistas, postos de saúde lotados, más condições dos serviços de saúde e problemas com profissionais que não cumprem com os horários de trabalho. O Fórum em Defesa do SUS diz que o então prefeito Fortunatti afirmou que o IMESF resolveria o problema dos servidores públicos que não cumprem com o horário de trabalho, pois a fundação estatal prevê a contratação por regime celetista. A fundação estatal, de acordo com o prefeito, retiraria o Estado do lugar de refém de maus funcionários públicos que, pelo regime jurídico único, teriam estabilidade e, por isso, não seriam penalizados com facilidade. Para o Fórum em Defesa do SUS, essa é uma forma de silenciar os servidores públicos sob a ameaça de demissão sem justa causa, prevista pelo regime celetista (*Blog do Fórum em Defesa do SUS*, 2011).

O Fórum em Defesa do SUS, assim como o Conselho Nacional de Saúde, se opôs à criação das fundações estatais, afirmando, ao contrário dos gestores nacionais, que as fundações estatais não são a única alternativa de viabilidade do SUS e que uma leitura mais atenta da legislação vigente apresenta alternativas alinhadas com a Reforma Sanitária (CNS, 2007).

Uma das principais estratégias utilizadas por esses movimentos é o ingresso com Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIN) para a criação das fundações estatais de direito privado, com a acusação de que as fundações estatais atacam o texto vigente da Constituição Federal de 88 em diversos pontos. No art.37, inciso XIX, que dispõe que “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação”. Ou seja, institui-se a necessidade de edição de lei complementar definidora das áreas de atuação das fundações estatais. Além disso, as fundações estatais ferem a CF/88 porque são uma forma distinta de transferir para a esfera

privada a prestação de serviços públicos essenciais, pois se afastam do direito administrativo, e, de acordo com a Carta Magna, apenas de forma complementar os serviços públicos essenciais deveriam ser prestados por pessoa jurídica de direito privado. Fere ainda o art. 39 da CF/88, que prevê: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas”, ao instituir seleção pública para a contratação de profissionais mediante regime celetista.

A fundação estatal, para o Fórum em Defesa do SUS, ao inserir o direito privado como gestor de serviços de atenção básica, fere o Art. 4 § 2º, que afirma que a “iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar” (Lei 8.080/90). Compete ao Estado a prestação direta dos serviços de saúde; em sendo insuficiente a capacidade instalada das unidades públicas, os serviços de saúde poderão ser prestados por terceiros, em caráter complementar.

O Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul, em conjunto com outras entidades da sociedade civil, no ano de 2011, ajuizou uma ADIN como estratégia de luta contra o IMESF. A ADIN versa sobre o processo de implementação do IMESF e o modelo de gestão que utiliza a personalidade jurídica de direito privado para a administração de serviços públicos. É importante ressaltar que a atuação do Fórum em Defesa do SUS não se limita ao uso do recurso da ADIN para fazer a crítica do modelo das fundações estatais. O Fórum em Defesa do SUS, assim como a Frente Nacional contra a Privatização, atua basicamente a partir de sete estratégias:

No campo jurídico, com ações civis públicas, Ação Direta de Inconstitucionalidade contra as leis municipais e estaduais e contra as suas implementações. Articulações com os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, TCE e TCU, nesse sentido. Continuidade ao acompanhamento à votação da ADI 1.923/98 (pela inconstitucionalidade da Lei 9.637/98 que cria as OSs) no STF e às visitas aos Ministérios. Ampliação do abaixo assinado on-line pela procedência desta ADI e das entidades que assinam a Carta aos Ministros do STF.

No âmbito do parlamento, articulando e pressionando os parlamentares a fim de impedir este processo e denunciar publicamente os que têm votado contra o SUS e pela privatização; manifestações nas Câmaras e Assembleias nas sessões de votação dos Projetos de Lei que privatizam a saúde.

No conjunto da sociedade, realizando o debate da privatização junto aos trabalhadores da saúde e usuários dos SUS.

Nas ruas, com caminhadas, atos de rua, paródias, palavras de ordem, denúncias das irregularidades e ineficiências das unidades de saúde administradas por OSs.

No Controle democrático do controle social, através da pressão sobre os mecanismos institucionais de controle social – Conselhos e Conferências – para se posicionarem contra os novos modelos de gestão. Nesta árdua luta temos conseguido aprovar nas conferências municipais e estaduais moções de repúdio à

privatização, além de conquistar e mobilizar participantes para a luta e organização coletiva.

No âmbito da formação, com realização de cursos de atualização, debates, incentivo a pesquisas e trabalho de extensão em torno da saúde pública.

Nos meios de comunicação, através da produção de materiais para os meios de comunicação das entidades, partidos, sindicatos, além da imprensa falada, impressa e televisiva (Frente Nacional, 2011, p. 5).

A ADIN impetrada pelo Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul e outras entidades considerou a criação do IMESF uma forma de transferir para o setor privado a prestação de serviços públicos. De acordo com o texto da ADIN, a Lei nº 11.062/2011 fere a Constituição Federal nos seguintes pontos:

-CF/88 – art.37, inciso XIX – enquanto não for editada lei complementar, que tem que ser nacional, não pode o Poder Público conceder autorização para a criação de fundação apta a atuar. Já há um parecer da Procuradoria Geral da República nos autos da ADIN nº 4.197 que trata de questão semelhante. (...) são inconstitucionais as leis estaduais que autorizam a instituição dessas fundações.

-Afronta o art.21, §2º da Constituição Estadual. A fundação estatal propõe mudança de modelo de organização estatal delineado na CF/88: forma de transferir para a esfera privada a prestação de serviços públicos. Nesse sentido, não precisa se submeter a mecanismos de controle mais seguros para supervisionar gastos estatais.

-Inconstitucionalidade da adoção do regime celetista: afronta ao art. 19 da Constituição estadual que prevê o respeito ao regime estatutário.

-Afronta ao art. 241 da Constituição estadual e ao princípio de complementaridade da participação privada na assistência à saúde (ADIN, 2011).

A ADIN, em seu sentido de ação inconstitucional, localiza a luta do Fórum em Defesa do SUS na defesa de um modelo público de saúde previsto na Constituição Federal de 88. Os critérios pelos quais o Fórum em Defesa do SUS é contrário ao IMESF retomam as definições garantidas no texto constitucional e nos documentos que o precedem. Diante disso, a defesa do SUS por esse movimento acontece mediante a afirmação do modelo preexistente definido na Constituição e nas legislações específicas que regulamentam o sistema público.

A criação do IMESF pela Prefeitura Municipal de Saúde de Porto Alegre é, para o Fórum em Defesa do SUS, inconstitucional na medida em que fere artigos da Carta Magna e da Constituição Estadual do Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, rompe com os acordos previamente definidos nas legislações. Interessa-nos salientar, com relação à luta contra o IMESF, a utilização do argumento recursivo que leva o movimento a reafirmar os ideais constituídos durante o processo da Reforma Sanitária e da Constituinte. Os argumentos utilizados pelo Fórum em Defesa do SUS - e isso tem ressonância em vários espaços de participação comunitária e de defesa do modelo público de saúde - procuram construir as

práticas de saúde a partir da imagem do SUS institucionalizado nas legislações da década de 80.

As legislações e, mais especificamente, o ideário da Reforma Sanitária funcionam como uma “imagem objetivo”. A noção de “imagem objetivo”, tal qual pretendemos aqui referenciar, tem o sentido utilizado por Mattos (2001) quando discorre sobre a importância da diretriz da integralidade no SUS. A “imagem objetivo”, transposta para esta tese, atua como um referencial que alberga determinadas características do sistema de saúde consideradas desejáveis pelos sujeitos e coletivos afins à Reforma Sanitária. “Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (Mattos, 2001, p. 41).

A definição do modelo público de saúde, tal qual preconizado pela Reforma Sanitária e institucionalizado nas legislações, funciona como uma “imagem objetivo” que move a experiência da participação comunitária em direção à transformação social desejada. Essa imagem atua como um ponto que define o que se almeja construir do que já existe. Ela parte do pensamento crítico da Reforma Sanitária, que recusa e se indigna com a realidade social existente em direção à superação dessa realidade.

A construção do modelo público de saúde como uma “imagem objetivo” torna o ideário da Reforma Sanitária um espelho que representa mimeticamente a realidade futura a que se deseja chegar: um sistema de saúde 100% público, estatal, de acesso universal e de qualidade. Nessa dinâmica representacionista, o ideário da Reforma Sanitária passa a ser um objeto transcendental da experiência de participação comunitária que é rerepresentado nos movimentos de luta e defesa. A “imagem objetivo” do modelo público é sempre a representação de algo que passou e, portanto, já deixou de existir. A imagem objetivo, como um ato de representação, é a rerepresentação de um objeto/sujeito que existe enquanto uma imagem de um objeto/sujeito e não o próprio objeto/sujeito. A “imagem objetivo” não consegue ser os movimentos instituintes da Reforma Sanitária e da Constituinte, mas apenas uma imagem apagada deles (Foucault, 2007b).

A experiência da participação comunitária, ao invocar o texto da CF/88, procura fazer durar a irrupção e a institucionalização do SUS como um acontecimento. No entanto, como o próprio conceito sugere, o acontecimento somente acontecimentaliza quando é devir. O devir é sempre algo que nos escapa, ele não encontra um objeto - o ideal sanitário - e um

sujeito - os reformadores ou militantes da reforma; ele somente passa por eles, mas não permanece neles. “Há um devir-revolucionário que não é idêntico ao futuro da revolução e que não passa forçosamente pelos militantes” (Deleuze; Parnet, 2004, p. 12). O ideal sanitário e os reformadores/militantes, quando pensados enquanto totens e/ou universais do campo da saúde, deixam de ser resistência e passam a reverberar modelos a serem imitados.

Devir nunca é imitar, nem fazer como, nem a sujeição a um modelo, seja ele de justiça ou de verdade. Não há um termo de que se parte, nem um ao qual se chegue ou ao qual se deva chegar. Também não há dois termos intermutáveis. A questão 'o que é que tu devém?' é particularmente estúpida. Porque à medida que alguém devém, aquilo que devém muda tanto quanto ele próprio. Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não-paralela, de núpcias entre dois reinos (Deleuze; Parnet, 2004, p. 12).

O devir não é imitação, tampouco modelo. A experiência da participação comunitária não devém resistência quando imita o ativismo político que envolveu a Reforma Sanitária ou reproduz discursos em defesa do SUS. Há um devir-participação comunitária que não pode confundir-se com os militantes, com seu passado ou com seu futuro. Ele é devir quando escapa da sua linha de tempo, quando transforma a si mesmo e deixa de ser ele próprio.

A análise que Esposito (2009) realiza da função imunitária do direito nos traz algumas importantes articulações jusfilosóficas para avançarmos na análise dos processos por meio dos quais a participação comunitária passa a irradiar modelos de protagonismo social. Esses modelos, ao encontrarem-se com o direito, normatizam a participação comunitária, encerram-na no campo da dicotomia público/privado e, ao mesmo tempo, esvaziam a comunidade de seu sentido comum. A noção imunitária do direito amarra ainda outra importante questão para a tese, os efeitos para a produção do foco de experiência da acepção “comunitária” que compõe a participação comunitária.

5.5 A participação comunitária e a função imunitária do direito

O uso da ADIN como uma das principais estratégias de luta do Fórum em Defesa do SUS nos faz indagar pelos efeitos da relação do foco da experiência da participação comunitária com o direito. Essa indagação leva-nos a alguns possíveis caminhos de discussão que são trilhados a partir da aproximação que fazemos da noção de comunidade trabalhada

por Esposito (2007), uma vez que entendemos que o comunitário que constitui esse foco de experiência é o encontro da prática política (participação) com a comunidade (comunitária).

Para esse autor, o direito relaciona-se com a comunidade de forma constitutiva e funcional, a partir da teoria do contrato social. O direito atua como um agente imunitário capaz de garantir a sobrevivência da comunidade em uma situação de perigo mortal. Da mesma forma que no corpo humano, o sistema imunitário, produzido pelo direito com relação à comunidade, não age de modo diretamente afirmativo. Ao contrário, é obrigado a assumir uma modalidade indireta e perversa, por meio de um instrumento que o contradiz, pois contém um elemento da mesma substância que pretende defender. Essa relação indireta e perversa constituinte do paradigma imunitário faz com que o direito proteja a comunidade sempre a partir de uma desapropriação. Isso quer dizer que o direito se propõe a resguardar a comunidade de um risco que lhe é interno, e não de um risco externo, ou seja, um risco que lhe forma parte e a constitui (Esposito, 2009). A inserção do direito como recurso de luta contra a privatização atua nessa mesma dinâmica na experiência da participação comunitária, isto é, para garantir as necessidades e reivindicações da comunidade, a conduz a uma desapropriação.

Para problematizar a relação imunitária do direito com relação à comunidade, Esposito (2007; 2012) retoma a categoria comunidade a partir de uma tentativa de avançar nas problematizações realizadas pelos desconstrucionistas franceses e italianos dos anos 1980. Esses desconstrucionistas realizavam a crítica justamente ao pensamento que liga a categoria comunidade à sua acepção de “comum”. No cerne da discussão desses desconstrucionistas, estava a crítica à metafísica, que dava à categoria comunidade um sentido substancialista e subjetivista. A comunidade, nessa leitura, foi entendida como substância que conecta determinados sujeitos entre si, repartindo uma identidade comum. A comunidade foi associada à figura do próprio, uma vez que indica o que é comum e se define por pertencimento recíproco. Seus membros teriam em comum seu caráter próprio, sendo proprietários daquilo que lhes é comum.

Os desconstrucionistas, em especial Jean-Luc Nancy, propuseram desvincular o significado da comunidade da noção de propriedade ou pertencimento a seus membros para abrir um campo que permita que a alteridade seja subtraída de sua acepção identitária. Assim, os sujeitos da comunidade uniram-se a ela pelo que os atravessa e os contamina mutuamente,

e não por uma identidade comum. O significado de comunidade não é, portanto, relativo ao "ser" comum, mas ao "em" comum de uma existência. Trata-se de uma exposição à alteridade em contraposição às tendências substancialistas de caráter particular e universal, subjetivo e objetivo. Tira a categoria da comunidade do campo do subjetivismo, mas neste exato instante a exila para um campo impolítico porque fora da subjetividade (Esposito, 2012).

Esposito (2007; 2012), para recuperar a significação política de comunidade, propõe um deslocamento genealógico até a origem do conceito de comunidade para escapar de seu viés impolítico. Para isso, retoma a derivação de *munus* da raiz de *communitas*, deixada de lado por Nancy. O *munus* é um significado ambivalente de “lei” e “dom” que pressupõe que o que liga os indivíduos na comunidade é um encargo e um dever a restituir. Pertencer à *communitas* originária significa renunciar à sua substância mais preciosa, ou seja, sua própria identidade individual, em um processo de abertura progressiva ao outro de si. Tal situação levaria a uma fratura das barreiras de proteção da identidade individual (Esposito, 2007).

Ao remeter-se esse significado de *munus* ao coletivo *communitas*, resulta uma valência nebulosa com relação à dicotomia público/privado que invalida ou problematiza a duvidosa acepção de *communitas-res publica*. Essa acepção retira a justaposição jurídica inicial público/privado do centro da significação em prol da concepção de dever e obrigatoriedade. “[U]ma vez que alguém aceitou o *munus*, está obrigado (*onus*) a retribuí-lo, no sentido de bens, ou no sentido de serviços (*officium*)” (Esposito, 2007, p. 27). Essa dissonância de significação diz respeito ao caráter geral da conotação do atributo *publica* e à qualidade de *res*. O que os membros teriam em comum na comunidade seria o fato de compartilharem uma carga, e não o que é público ou privado. Portanto, o *communitas* remete a um conjunto de pessoas que se juntam por um dever, uma falta, uma dívida, e não por uma propriedade. O *munus* recoloca a oposição público/privado em prol da contraposição *communitas* e *immunitas* (Esposito, 2007).

Se o *communitas* é quem liga os sujeitos em um empenho donativo de um ao outro, o *immunitas* os livra dessa carga e os subtrai da condição comum. A introdução do paradigma imunitário permite a inserção da categoria comunidade na dimensão da política novamente. O *munus* que a *communitas* compartilha é uma dívida, um dom a dar, e não uma propriedade ou pertencimento. Portanto, o que liga os sujeitos na *communitas* é um dever que, em termos mais específicos, expropria a subjetividade de seus membros (Esposito, 2007).

Contra essa reação do *communitas*, reage o direito, reconstituindo os limites ameaçados pelo *munus*. A imunização jurídica atua justamente em contraste a essa dinâmica expropriativa, de seu próprio *munus*. Dessa forma, reconstitui a passagem direta entre direito e sujeito, interrompida pela obrigação presente na comunidade. Inverte, portanto, a perspectiva central ao direito, que prevê que, dado que tenho obrigações, os outros terão direitos, senão que propõe que, dado que tenho direitos, os outros terão obrigações. Essa passagem acontece a partir da noção de pessoa jurídica, pois, uma vez que o *communitas* pertence ao impessoal, seu antônimo, o *immunitas*, volta a centrar-se na pessoa como única titular de direitos (Esposito, 2009), como próprio do sujeito. A ADIN é, nesse sentido, uma técnica para a reivindicação de um direito próprio de todos ou da comunidade que é enunciada a partir do dever que o Estado tem para com a população.

Isso tem como efeito que a imunização da comunidade operada pelo direito é sempre em direção ao *proprium*, não importando, inclusive, se o que está em questão é o direito privado ou o direito público. Em ambos os casos, é próprio porque pertence ao sujeito, público ou privado. A experiência da participação comunitária, da mesma forma, reivindica sempre um direito público que pertence a todos e, portanto, não escapa do esquema da propriedade. O direito é sempre particular e, inclusive, pessoal, pois refere a uma pessoa jurídica, nunca um direito do todo ou do comum, pois ele sempre se refere à parte (Esposito, 2009).

O direito em sua função imunitária unifica a sociedade justamente a partir de um princípio de comum separação em que somente é comum a reivindicação individual, assim como o objetivo do direito público será a defesa do que é próprio. A atuação imunitária do direito opera uma recondução em que generaliza o comum em próprio, propriedade privada ou propriedade estatal (Esposito, 2009). A participação comunitária, quando encontra o direito, insere-se nesse universo dual do sistema de propriedades e passa a generalizar o comum de sua reivindicação em um sentido de propriedade pública, ou seja, propriedade estatal.

O direito, desde sua gênese, mesmo quando é geral, organiza-se sempre pela lógica do particular. O direito, ao imunizar a participação comunitária, a inverte, tornando-a seu oposto. Daí deriva uma relação denexo negativo entre direito e comunidade. Para manter a comunidade com vida, o direito tira-lhe seu significado mais intenso, já que a protege do risco

de expropriação que a comunidade leva em sua vocação, e, assim, a esvazia de sentido. Na medida em que o direito procura constituí-la, ou seja, reforçar sua identidade e reduzi-la a seu próprio, a torna menos comum porque propriedade do Estado (Esposito, 2009). Em termos de efeitos desse processo imunitário para a participação comunitária, temos o esvaziamento daquilo mesmo que constitui o movimento: sua condição de luta em prol da comunidade ou de toda a população. A imunização produzida pelo direito reduz a condição comum da luta por uma saúde para todos à propriedade estatal.

Na experiência da participação comunitária, o encontro com o direito direciona a luta contra a privatização a um processo de publicização do direito à saúde. *Publicização* aqui é utilizada em seu sentido de próprio do Estado, ou seja, na medida em que o Fórum em Defesa do SUS luta contra a privatização, faz nada menos que buscar uma apropriação ao estatal de direitos que são supostamente pensados para todos. A imunização jurídica reconduz os interesses de uma ação em direção ao comum para o esquema de propriedade, do indivíduo ou do Estado. Ao ser propriedade do Estado, nunca é de todos, posto que não será um direito comum.

O foco de experiência da participação comunitária, ao aproximar-se do direito, como estratégia política de luta e de institucionalização nas malhas do Estado, percorre o caminho em direção à apropriação do objeto de sua luta pelo Estado. A luta contra a privatização da saúde transmuta o direito à saúde em propriedade estatal, assim conduzindo sempre a “uma relação de soma zero que não deixa espaço para algo que seja próprio de todos porque não pertence a ninguém” (Esposito, 2011b, s/p). Nessa medida, o encontro da participação comunitária com o direito, tanto em sua institucionalização nas estruturas do sistema de saúde quanto no uso dos recursos jurídicos como estratégia de luta, deve ser analisado com cautela.

A participação comunitária, como um foco de experiência construído ao mesmo tempo que o ideal sanitário, é um anseio por inclusão da maioria. Trata-se de diferentes dispositivos que têm sido criados e traduzidos em dispositivos jurídicos, conferindo legalidade à legitimidade dos direitos. Com esses mecanismos participativos, a população torna-se co-responsável pela gestão e tomada de decisões. Essa gestão co-participativa, na luta do Fórum em Defesa do SUS, busca legitimidade no uso de recursos jurídicos, como a ADIN, para afirmar e conferir efetividade à participação da sociedade civil nas instâncias governamentais. A democracia representativa é, portanto, um dispositivo de controle que

busca conter fluxos vivos que escapam às estratégias de governo da vida. Esse dispositivo identificando e incluindo diferentes segmentos no interior de um conselho de saúde (Tótora, 2006); funciona, portanto, criando legitimidade jurídica à produção de *slogans* coletivos de governo da existência.

Não apenas devemos desconsiderar a díade público/privado, mas também a significação inerente à dimensão da participação comunitária de comum-próprio. Isso supõe deslocar essa relação ao propor que comum não é relativo a próprio, mas a impróprio. “[U]m esvaziamento, parcial ou integral, da propriedade em seu contrário. Uma desapropriação que investe e descentra o sujeito proprietário e o força a sair do mesmo. A alterar-se” (Esposito, 2007, p.31). Na comunidade, os indivíduos não encontram a identificação com os outros membros, mas o vazio que os faz estranhos a si mesmos. "Não sujeitos. Ou sujeitos de sua própria ausência, da ausência de próprio" (Esposito, 2007, p. 31).

A comunidade não é um modo de ser, mas a exposição do sujeito ao exterior, ao que não é, ao seu nada. Ao mesmo tempo, ela é a forma mais adequada da dimensão do homem, mas também sua deriva que o induz à dissolução. Desse modo, a comunidade não só não condiz com a *res publica*, ou coisa comum, como é o abismo em que se está sempre sujeito a desabar. É o que circunda e atravessa o social. A *communitas* anuncia a coisa pública como algo inseparável do nada em que o *munus* originário nos constitui e nos destrói (Esposito, 2007).

Se a comunidade é a quebra das barreiras de proteção da identidade individual, a imunidade - como o mecanismo da vacina sugere - constitui a tentativa de defesa contra todo elemento externo capaz de ameaçá-la. Porém, do mesmo modo que o mecanismo da vacina inocula no sujeito o próprio agente nocivo ao seu organismo como princípio para salvá-lo, o que o salva pode, quando usado fora de um determinado umbral, vir a matá-lo. Da mesma maneira, o paradigma imunitário, ao defender o sujeito da comunidade, pode impedir seu desenvolvimento. A comunidade constitui-se, portanto, como lugar destinado à resistência frente ao excesso de imunização que nos captura sem cessar (Esposito, 2012).

Para Esposito (2009), parafraseando Simone Weil, o direito em sua função imunitária é sempre dependente da força, da violência. A vinculação violenta do direito, ao contrário do exposto nas teorias hobbesianas, não está relacionada à necessidade de um terceiro que mantenha a ordem e a segurança perante os indivíduos (contrato social), mas justamente ao

fato de ser o direito o sistema que administra a divisão e o intercâmbio na sociedade e, para garanti-la, dispõe da força.

Para imunizar a comunidade, o direito acaba por sacrificar a intensidade da vida à sua necessidade de preservação. Para Benjamin, a relação do direito com a força é mais radical. O autor a entende como violência e, mais ainda, como constitutiva do direito. O direito funda-se na violência, juridicamente infundada, que mantém a condição de convivência em comunidade, e continua atuando de maneira violenta para manter a violência para fora da comunidade - ou seja, uma violência primária que conduz a uma permanente violência conservatória. O direito assume, então, o caráter daquilo que pretende proteger. A exclusão da violência que pretende o direito não é senão a busca por eliminar não a violência externa, mas o externo e traduzi-lo em interno. Diante disso, o que ameaça o direito não é diretamente a violência, mas seu fora, ou o fato de que exista algo fora do direito, que escape a seu alcance. O direito pode ser definido como o procedimento de interiorização daquilo que permanece externo a ele (Esposito, 2009).

O direito deve imunizar a vida de sua tendência ao devir, de seu impulso a superar-se no sentido de fazer-se mais do que simples vida, ou seja, conter o impulso da vida em tornar-se mais do que simples vida biológica, ou vida nua, para tornar-se vida comum ou vida justa. Nessa medida, o direito procura manter a vida nos limites biológicos e a condena à subtração de toda forma de vida justa ou comum (Esposito, 2009).

Os movimentos sociais que marcaram a construção do neoliberalismo fizeram parte de toda uma estratégia coletiva de resistência com pautas que excediam a saúde ao tratarem de um conjunto de pautas democráticas. Eram movimentos basicamente vinculados a partidos políticos que, embora centrados em uma lógica de representação partidária, irrompiam um outro modo de pensar e fazer política. Eles enfatizavam o cotidiano e o micro antes desconsiderado pelos movimentos de resistência. No entanto, no campo da micropolítica, buscavam a conquista de um lugar de poder nas estruturas do Estado (Monteiro *et. al*, 2006). No plano da luta contra a privatização, afirmam a necessidade de uma política pública livre das interferências privadas que envolva uma publicização da saúde. Eles, com isso, centram a luta na dicotomia público/privado e se movimentam em direção a inserir a participação comunitária no aparelho de Estado.

As lutas de resistência foram sustentadas no Brasil desde essa época pela lógica da representação, baseada em um poder transcendente e reificado. Isso se deve ao contexto autoritário e ditatorial que marcou sua emergência na aposta de conquista de um Estado democrático de direito como possibilidade de enfrentamento dos poderes estatais do momento. “Não se percebeu que, neste mesmo período, novos modos de dominação global se impunham numa versão mais sutil: a ditadura de mercado” (Monteiro *et. al*, 2006, p. 10). O grande equívoco desse processo é a ideia de que o aparelho de Estado funciona de acordo com as lógicas daqueles que o ocupam. O Fórum em Defesa do SUS, como exposto acima, de alguma forma, tangencia esse pensamento ao considerar a preocupação em que os ativistas políticos não estejam em lugares de poder estatal institucionalizado. No entanto, enfatizam o controle social como um importante passo para introduzir no campo das instâncias institucionalizadas do Estado os interesses da comunidade. Nesse ponto, esse movimento não percebe que, nesses novos modos de dominação global, os interesses do mercado econômico circulam em diferentes âmbitos da sociedade. O controle social não é diferente disso; ele traz, nessa amarração de dominação global, o componente de imunização jurídica e, portanto, conduz as lutas desses movimentos em formas biológicas de vida.

As últimas décadas mostraram-nos algo nessa linha, ou seja, ocupar os lugares do aparelho estatal, na condição de operador de seus dispositivos, não muda a máquina, mas a azeita e faz funcionar.

Experimentando a impossibilidade de transformar o funcionamento das máquinas estatais capitalísticas, mantém-se a crença na possibilidade de reformas através de intervenções nas formulações e implementações de políticas públicas vinculadas ao Estado. Estas “Ilusões Re” encontram-se hoje presentes em muitas áreas de intervenção: no campo da educação, saúde, justiça, etc. (Monteiro *et. al*, 2006, p. 11).

Um processo que gradativamente vai capturando resistências sociais e transformando-as em consensos que estabilizam lutas sociais porque não conseguem abrir condições de possibilidade ao devir, mas reafirmam projetos de bem-estar, de garantia de direitos, de melhoria da vida da população (Tótora, 2006), de luta contra a privatização.

Em que medida a vida ou, mais especificamente, a participação comunitária consegue escapar a essa lógica negativa do sistema imunitário e constituir-se como vida justa, vida comum? Que condições temos contemporaneamente para constituir rupturas, fissuras nesse continuum biológico que engendramos no governo biopolítico? São possíveis tais

movimentos em um momento em que as resistências emergem de “dentro” do Estado, utilizando as armas do amo, como é o caso da experiência da participação comunitária?

A experiência da participação comunitária, quando encontra o direito, tanto em sua institucionalização na estrutura do SUS quanto como estratégia de ação política, reconduz o direito à saúde em direção ao *proprium*, seja próprio de indivíduos privados ou próprio do Estado, na medida em que a luta contra a privatização conduz a uma estatização. Ela retoma a relação agônica que caracteriza as relações entre poder/resistência que produzem a participação comunitária no SUS, assim como outras experiências, em um jogo de movimento-instituição (Deleuze, 2006). Processo que, ao longo da construção da política pública de saúde brasileira, promove condições de possibilidade para que movimentos das minorias imponham o imperativo do direito à saúde e progressivamente constituam uma política majoritária.

Quando uma minoria cria para si modelos, é porque quer tornar-se majoritária, e sem dúvida isso é inevitável para sua sobrevivência ou salvação (por exemplo, ter um Estado, ser reconhecido, impor seus direitos). Mas sua potência provém do que ela soube criar, e que passará mais ou menos para o modelo, sem dele depender (Deleuze, 2006, p. 214).

Como sugere Deleuze (2006), o povo é sempre uma minoria criadora; mesmo quando conquista algo que se torna majoritário ou maioria, as duas realidades podem coexistir no mesmo plano. A experiência da participação comunitária existe nesse plano em que coexistem possibilidades de linhas de fuga e capturas que se cruzam, se esbarram e/ou se constituem mutuamente na construção da política pública de saúde, nos percursos pela garantia do direito comum. Ela não é apenas imitação; por ela, passam diferentes linhas de força, linhas menores, linhas silenciosas, linhas imperceptíveis. Na experiência da participação comunitária, habitam muitos, ainda que o sistema imunitário se esforce para fazer esgotar o devir-revolucionário. Além disso, e junto a isso, a sobreposição da imitação dos ideais da Reforma Sanitária e do sujeito militante nos faz ver a experiência majoritária da participação comunitária. Que outras linhas poderiam ser traçadas do devir-participação comunitária?

No capítulo seguinte, de fechamento da tese, procuramos exercitar possíveis “respostas” a essa questão. O fechamento da tese busca avançar na proposição de comum como um possível rompimento da dicotomia público/privado. Nesse sentido, traçamos alguns

indicativos de como a participação comunitária pode constituir-se como experiência de norma de vida, uma biopolítica afirmativa.

6. O COMUM NA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Uma das intenções do trabalho desta tese foi lembrar-nos da pertinência de pensar a comunidade: “nada parece mais na ordem do dia, nada mais requerido, reclamado, anunciado por uma conjuntura que, em uma mesma época, se realce o fracasso de todos os comunismos e a miséria dos novos individualismos” (Esposito, 2007, p. 21). Tanto liberalismo quanto comunismo dividem o mundo entre bens privados e bens estatais. Rumamos, de um lado, por propriedades privadas e, de outro, por propriedades do Estado ou, mais contemporaneamente, a partir de mistos de (quase) público ou (quase) privado. As análises das relações de poder empreendidas por Foucault e Esposito ajudaram-nos ao longo desta tese a formular as questões de pesquisa, transcendendo as relações entre mercado e Estado, pois anunciaram a grande armadilha que esse processo continha: a permanência no pensamento da dualidade.

A questão de fundo, problematizar os lugares de verdade que têm ocupado as produções acerca do saber militante que emerge a partir da Reforma Sanitária, foi sendo amadurecida e modificada. Não tratamos apenas de afirmar a relação intrínseca entre mercado e Estado em contextos neoliberais de investimento na vida, mas de avançar na análise das condições de possibilidade para a produção de sujeitos militantes do sistema público de saúde. A defesa de qualificação gentilmente apontou caminhos para uma análise da militância como um foco de experiência forjada nos movimentos que envolveram a Reforma Sanitária, como um acontecimento e uma irrupção. A análise da efervescência das lutas pela democratização da saúde e do país levou-nos em direção da noção de participação comunitária. Aí emergia um discurso de ativismo e politização dos profissionais da saúde e da comunidade. O percurso da escrita seguiu nessa linha e buscou, além disso, analisar esse foco de experiência no encontro com a luta contra a privatização da saúde. Da dualidade público/privado e dos processos pós-Constituição de 88, derivou a importância do direito na constituição dessa experiência.

A experiência da participação comunitária, quando se encontra com sua institucionalização na prática governamental e jurídica, é tomada como um universal e como um modelo a ser seguido por estudantes, profissionais, gestores e usuários do sistema de

saúde. Ocorre uma naturalização do transcendental, que afirma no sujeito da participação comunitária um modelo a ser seguido, no entanto, esse modelo, enquanto uma realidade empírica, é cópia e nunca devir. A participação comunitária e o ideal sanitário tornam-se continuidade e não tardam em tornar-se aparelho de Estado.

O dispositivo imunitário, como afirmação da norma, cresce em todos os âmbitos da política nacional e internacional ao longo de uma indistinção cada vez maior entre público e privado. As sociedades modernas, com a criação do dispositivo estatal, têm publicizado o bem-comum por meio de um mecanismo de apropriação que atribui ao Estado o controle e usufruto dos organismos. Esse mecanismo diz respeito aos processos que tornam de propriedade do Estado aquilo que é de todos. Ele funciona mediante estatizações e/ou estabelecendo as parcerias entre o Estatal e o setor privado. A imunização não se limita ao espaço do privado e à privatização do público, mas avança, inclusive, ao público, excluindo ou reduzindo o espaço comum em favor de uma dialética entre o público e o privado destinada a disseminar-se em toda a cena social (Esposito, 2012).

O caso da Política de Atenção Básica do município de Porto Alegre opera nesse sentido. Ela tem sido alvo ora de amarrações com o terceiro setor, ora com o setor público sob titularidade privada. Nessas dinâmicas entre o (quase) público e (quase) privado, os interesses comuns pouco são garantidos e efetivados porque, tanto em um polo quanto no outro, circulam os interesses do mercado econômico fragmentando direitos adquiridos em (quase) universal e (quase) integral e, mais do que isso, sempre se transmuta o direito à saúde em propriedade (quase) pública e/ou (quase) privada.

A luta do Fórum em Defesa do SUS é importante, na medida em que permite olhar essas dinâmicas que levam a fragmentações e parcializações do direito à saúde. Ela chama atenção para os efeitos das novas estratégias de privatização da saúde a partir da evocação das formulações da Reforma Sanitária “como imagem objetivo”. Além disso, é uma luta atenta aos efeitos da institucionalização dos sujeitos ativistas nas estruturas de poder do Estado. No entanto, consideramos que outros campos de possibilidade seriam possíveis caso se pudesse avançar na crítica à institucionalização do foco de experiência da participação comunitária nas instâncias de controle social e com a ruptura da dicotomia público/privado na luta contra a privatização.

O caminho para outros possíveis para o foco de experiência da participação comunitária pode passar pela desativação dos aparatos de imunização negativa, que têm constituído esse foco de experiência, em direção a uma biopolítica afirmativa. Nela, os sistemas imunitários devem atuar como filtros de relação entre interior e exterior, ou seja, como desativação dos aparatos de imunização negativa que não deixem capturar a vida, e ao mesmo tempo atuar como ativação de novos espaços do comum - uma discriminação preventiva de dispositivos de controle, proibição e submissão em favor daqueles que facilitem a experiência individual e coletiva e que não reduzam a força vital (Esposito, 2012) a dinâmicas institucionalizadas de defesa por melhores condições de vida.

O princípio dessa batalha nada fácil é levar o foco de experiência da participação comunitária à ruptura com a dualidade e os possíveis contornos entre o público/privado, pois eles ameaçam extinguir qualquer possibilidade de comum em nossa sociedade. Isso não implica abandonar o espaço público em favor do privado, permitindo a privatização, tampouco abandonar o espaço privado em favor do público, permitindo assim publicizações e, no limite, fascismos ou nazismos. Implica, isso sim, não confundir bem-comum com aquilo que pertence e é apropriado pela soberania estatal regulada pela dicotomia jurídica preliminar entre o público e privado.

O desafio posto para o Fórum em Defesa do SUS e aos demais campos de luta que atuam sob a dinâmica do público/privado é justamente a inexistência de estatutos e códigos jurídicos dedicados à proteção do comum. Além disso, tampouco existe a condição de se falar de um comum, pois comum, não sendo relativo ao público, mas relativo ao que é de todos, posto que de nenhum, ainda é algo a ser inventado. O que se tem que inventar é a construção de um sistema constitucional triangular em que os bens comuns ganhem espaço ao lado dos bens públicos e bens privados. O grande desafio, ainda pouco claro, é a construção dos direitos sociais, especialmente aqui, o direito à saúde como um bem comum a todos os sujeitos, sem passar pela apropriação nem do Estado, nem dos sujeitos privados. Essa construção, como uma terceira via a ser inaugurada no campo jurídico, não se daria descolada do Estado, mas como uma experiência de imunização positiva do direito que buscaria o comum a todos, rompendo com a racionalidade que leva a luta pela universalização do acesso à saúde à posse ou propriedade do Estado como entidade que representa toda a população.

Essa construção de uma luta pelo comum é um exercício de afirmação da política em que a vida deixaria de ser objeto para ser sujeito da política, uma política da vida. Trata-se de um esforço que situaria de outro modo a relação entre as restrições e necessidades, entre expansão do mercado financeiro e proteção social, direito à vida e mercantilização da vida (Esposito, 2012), que tomaria a vida como objetivo primeiro das intervenções na sociedade.

Nesse mesmo caminho de uma biopolítica afirmativa, buscamos, da mesma forma, nos exercitar na inversão da relação que conduz o foco de experiência da participação comunitária em instituição ou aparelho de Estado e, ainda, em reprodução do binarismo público/privado. A biopolítica afirmativa, sem negar sua contradição intrínseca, inverte a semântica, dirigindo a relação do *compensatio/dispensatio* a seu sentido comunitário. A dinâmica imunitária funciona como caixa de ressonância de sua presença no interior do eu. O eu não pode ser, portanto, uma constância genética predeterminada, mas uma construção multideterminada por conjuntos de fatores, encontros e acasos. Diante disso, não é sujeito nem objeto, mas um princípio de ação (Esposito, 2009). O foco de experiência da participação comunitária deveria conseguir, desse modo, seguir essa abertura ao devir como tentativa de escapar das várias amarras que o aparelho de Estado não cessa de constituir e inventar-se, assim, como princípio de ação, e não como um sujeito ou um ídolo a ser imitado.

O caminho para a afirmação da experiência da participação comunitária, nessa lógica, não deve prescindir do devir, da diferença. Ela deve prescindir, sim, do nexos negativo inerente à sua relação imunitária com o direito, que a conduz sempre a ser menos comum. Diante disso, por ser diferença, a afirmação do foco de experiência da participação comunitária somente poderá ser definida por aquilo que ele não é, aquilo que é em si descontinuidade, já que o traço característico da imunização, seja ela jurídica ou não, é que a vida deve sempre se abrir ao seu mal, à alteridade.

Além de afirmar a alteridade, a biopolítica afirmativa procura impedir a normatização absoluta da vida, buscando não permitir que avance uma política sobre a vida, ou seja, que a política se constitua como um a priori na relação com a vida. O nazismo é a mostra dos efeitos de uma tal normatização absoluta da vida. A vida já decidida a priori pela ordem jurídica pode ser utilizada como critério natural de aplicação do direito e, portanto, pode levá-la à morte, como nos campos de concentração nazistas. A norma de vida tal qual

levada ao extremo pelos nazis encerra a vida em um dispositivo tanatopolítico (Esposito, 2011a).

A pergunta central da biopolítica constituída a partir dos horrores vividos no nazismo: “como torcer sua lógica em uma política da vida?” (Esposito, 2011a, p. 295). Em aproximação do nosso objeto, como tornar a relação do foco de experiência da participação comunitária com o direito uma relação que conduza a uma política da vida, em que a vida da comunidade seja o a priori na construção da política pública de saúde? O caminho apontado pelo autor segue desfazendo o nexos entre norma e natureza ou entre normativismo e direito natural que caracteriza a política na modernidade.

Trata-se de um esforço por vitalizar a norma que buscará na filosofia de Espinosa maneiras de romper com as linhas dominantes da tradição jurídica moderna. Espinosa propôs uma mudança categorial na relação entre norma e natureza (vida), em que, ao invés de operar com uma lógica de pressuposição da norma à vida, constitui uma lógica de imanência recíproca. No entanto, Espinosa não remove o vínculo entre a norma e a vida, mas as entende como pertencentes a uma mesma dimensão em constante devir (Esposito, 2011a). Ou seja, não é a negação do direito, mas a afirmação da vida em primeiro plano nessa relação. Não se trata da desinstitucionalização ou afastamento da experiência de participação comunitária do sistema jurídico e do campo normativo. Não se trata de prescindir do argumento jurídico, mas de fazer uma torção nessa relação.

A norma, na filosofia da imanência, não é aquilo que pressupõe aos sujeitos direitos e deveres, mas a forma que permite à vida a expressão de seu próprio poder de existir. Ela é uma regra imanente que a vida dá a si mesma para alcançar seu ponto máximo de expansão. Diante disso, a norma não se aplica de fora do sujeito, mas emerge de sua própria capacidade de existir e, portanto, deve variar em razão das diferentes composições do sujeito. A ordem jurídica não deve ser pensada como um sistema imunitário que visa sempre à autoconservação, mas, ao contrário, como um sistema metaestável de contaminações recíprocas (Esposito, 2011a) que permita dispor da norma em favor dos desejos que indicam a vida e a levam a expansão. A norma deve ser contaminada pelas demandas e rupturas produzidas pelo foco de experiência da participação comunitária e não deve atuar, então, como um modelador dos modos de realizar a crítica ao Estado, como no exemplo do Projeto de Lei do Senado de número 728, de 2011, que procurou tipificar o terrorismo e, ao mesmo

tempo, intencionou regulamentar a atuação dos movimentos sociais em direção a reduzir as formas de resistências urbanas (projeto rejeitado em 11/11/2014).

Como na filosofia de Nietzsche, a vida não deve ser conduzida à autoconservação, mas deve ser levada ao trágico. O filósofo leva-nos a crer que o corpo humano é constituído por seres microscópicos que lutam entre si, em que uns vencem e outros perdem. Esses embates, longe de representarem uma problemática, são encarados como parte da vitalidade e são responsáveis pelas superações, conquistas e criações. A supressão da luta leva-nos à estagnação da própria existência (Azeredo, 2011) e à repetição de bandeiras e modelos de participação comunitária. Assim, a normalização biológica não consiste na capacidade de impedir as variações no organismo, mas na integração dessas variações numa trama normativa sempre diferente (Esposito, 2011a) que permite que outras condições de exercício da diferença possam irromper o foco de experiência da participação comunitária.

O conceito de grande saúde de Nietzsche pauta uma condição trágica do organismo que está sempre longe da autoconservação. Ele conduz o sujeito à disposição plena para a vida e à destruição de valores ultrapassados que darão lugar a novos sentidos e avaliações afirmativas para a vida. Afirmar a vida significa libertar-se do peso dos valores que recebemos e afirmar novos valores que sejam os da vida (Azeredo, 2011). Afirmar a norma de vida é libertarmo-nos do peso de sermos descendentes dos reformadores, para assim podermos afirmar novos modos de viver o foco da participação comunitária na luta pelo direito à saúde. O conceito de grande saúde sugere a abertura para a alteridade como afirmação da diferença, como condição para o transcendental e para o trágico.

Foucault (2011), ao discutir a noção de *parresía* entre os gregos, retoma a ação política dos cínicos e coloca em questão o problema da militância política como um exercício de experiência trágica. A *parresía* é “etimologicamente a atividade que consiste em dizer tudo: *pân rêma*, *Parresiázesthai* é ‘dizer tudo’. O *parresiástes* é aquele que diz tudo” (Foucault, 2011, p. 10). Interessa particularmente ao autor compreender como o sujeito, ao dizer a verdade, se manifesta nesse ato, como “representa a si mesmo e é reconhecido pelos outros como dizendo a verdade” (Foucault, 2011, p. 4). Não importa a veracidade do discurso manifestado, mas sob que formas o sujeito diz a verdade e é reconhecido pelos demais nessa condição. A análise da *parresía* nas práticas políticas é arraigada na problematização da democracia e deriva para a esfera da ética pessoal. Ela coloca em discussão as formas do dizer

a verdade no campo político e, ao mesmo tempo, a relação entre aquele que a manifesta e o outro dessa relação (Foucault, 2011). Nessa medida, a parresía coloca a experiência do foco da participação comunitária num campo de exercício micropolítico. O central nesse exercício não são as grandes revoluções desencadeadas pela prática política, mas os efeitos em torno da experiência de si que podem promover questionamentos dos modos de subjetivação.

Para os cínicos, a ação política dava-se fora das instituições, acontecia no espaço da vida cotidiana. Eles eram remetidos à margem da sociedade e eram perseguidos, na medida em que estabeleciam uma relação visceral com o dizer a verdade. O espaço da vida cotidiana, como um campo micropolítico, tensiona a participação comunitária a inventar diferentes espaços e modos de viver a prática política. Isso implica descentrar o Estado da responsabilidade com o cuidado da população, sem desimplicá-lo dele, contribuindo para a destituição da propriedade do Estado com relação às políticas públicas de saúde.

Foucault comparou os cínicos com uma “lenda filosófica”, pois eles experienciaram a vida filosófica como vida heroica. O cinismo é, portanto, uma forma de parresía que encontra sua manifestação na própria vida daquele que diz a verdade, uma vida como testemunho da verdade, e não como uma verdade descolada da experiência de si (Vieira, 2010). A parresía como exercício político trágico provoca o foco da participação comunitária à coragem da verdade no cotidiano das experiências de vida, que pressupõe a não-existência de a priori na prática política.

Ela envolve uma relação trágica, na medida em que pressupõe que aquele que diz a verdade tem coragem de arcar com os riscos que ela pode causar, inclusive, o risco de expor-se à morte. A parresía põe em jogo o discurso da verdade, o *éthos*. No discurso político contemporâneo, ela desapareceu, encontrando-se apenas quando apoiada em outras modalidades do dizer a verdade. O discurso revolucionário, diz Foucault, “como todo discurso profético, fala em nome de outro, fala para dizer um futuro que já tem, até certo ponto, a forma do destino” (Foucault, 2011, p. 29).

É o discurso da democracia representativa que dissemina modelos previamente construídos de futuro que são a imitação de “imagens objetivo”. Esses discursos atravessam a comunidade, estagnando-se em alguns sujeitos que serão os representantes da luta pela construção do modelo público. Eles, em alguns casos, fazem “carreira” de representantes

políticos, esboçam os anos que possuem como representantes em uma série de conselhos participativos e se afirmam como sujeitos capacitados para falar em nome do bem comum.

Esses sujeitos, usuários ou profissionais de saúde, pulverizam os ideais de sistema público de saúde formulados durante a Reforma Sanitária como um “mantra” a ser repetido que acaba por naturalizar a história e o modo de atuação na política pública de saúde. Não por acaso, a experiência do estágio sanduíche em Barcelona conflitou com esse discurso de verdade, a ponto de havermos buscado uma história e um discurso similares de construção de saúde pública na Catalunha. Essa experiência de estágio é indicativa da força das linhas de captura do discurso representacionista que nos molda como agentes de repetição do sistema público de saúde, como uma “imagem objetivo”.

A crítica ao processo de naturalização e repetição representacionista encontra, na filosofia da imanência, uma possibilidade para refutar modelos prévios de participação comunitária. A imanência, como um campo transcendental, é diferente da experiência, na medida em que não existe em algo e não depende de um sujeito, mas existe em si mesma (Deleuze, 2002).

Quando o sujeito e o objeto, que caem fora do campo de imanência, são tomados como sujeito universal ou objeto aos quais a imanência é também atribuída, trata-se de toda uma desnaturação do transcendental que não faz mais do que reduplicar o empírico (como em Kant), e de uma deformação da imanência que se encontra, então, contida no transcendente (Deleuze, 2002, p. 12).

A imanência, diferentemente, não reporta a um algo ou a um sujeito que opera a síntese das coisas; ela somente é imanência na medida em que não se reporta a outra coisa que não a ela mesma. “Assim como o campo transcendental não se define pela consciência, o plano de imanência não se define por um Sujeito ou um Objeto capazes de o conter” (Deleuze, 2002, p. 12). A pura imanência é imanente a uma vida, e não imanente à vida. É ao artigo indefinido que recorre Deleuze para afirmar a imanência que coloca como condição do imanente, o impessoal e o singular. Dessa maneira, uma vida é sempre individualizável, é constitutivamente imprópria e, por isso, comum (Esposito, 2011a). “A vida de tal individualidade se apaga em favor da vida singular imanente a um homem que não tem mais nome, embora ele não se confunda com nenhum outro. Essência singular, uma vida...” (Deleuze, 2002, p. 14). A singularidade não está em um sujeito, mas no impessoal.

Ela é o verdadeiro acontecimento transcendental que é anterior à criação de sujeitos e objetos (Esposito, 2011a).

Não há, assim, o lugar ou o sujeito da resistência, ou o movimento de resistência. As resistências, sempre no sentido plural, circulam e não encontram a sua lei pura na cabeça de um revolucionário, elas somente passam momentaneamente por ele. As resistências, da mesma forma que passam pelo revolucionário, não se localizam ou se fixam nas instituições ou aparelhos de Estado. Elas não estão no discurso da Saúde Coletiva ou no ato da implementação do sistema público de saúde. A pulverização da resistência apenas pode em alguns instantes os atravessar (Foucault, 2007).

A resistência passa pelos sujeitos das “manifestações de junho de 2013”, pelos manifestantes da Primavera Árabe ou pelos indignados do 15M, mas não é propriedade deles. Como na análise que Foucault (2011) realiza dos cínicos, o que nos cabe reter dessas manifestações não é a ação em si que elas promovem no campo político nem a verdade sobre a prática política que elas veiculam, mas a perspectiva que carregam, na medida em que tensionam os modos estabelecidos de prática política como um campo micropolítico. Nesse sentido, a questão central será a própria vontade de revolução, seu empreendimento revolucionário, uma vez que ele é instrumento que indaga aquilo que somos e nos provoca ao diferente (Foucault, 1984). Talvez a potência dos movimentos, aglomerados na denominação “antiglobalização”, seja justamente veicular a impossibilidade da continuidade da resistência, sua dispersão constitutiva e sua impessoalidade. Eles surgem do nada e se extinguem da mesma forma. Não carregam em si a condição da permanência e a responsabilidade com o que virá; eles acontecem. Ainda que alguns integrantes busquem reter a resistência, procurando fazer perdurar na identidade de 15M, Bloco de Lutas, Black Bloc, etc.

A norma de vida, tal qual pensada a partir de Deleuze, não submete a vida à transcendência da norma, mas faz da norma o impulso normativo da vida. A condição para uma biopolítica afirmativa encontra no conceito de imanência de Deleuze a possibilidade de desfazer o nó jurídico entre vida e norma. Esse processo não indica uma separação entre vida e norma, mas o reconhecimento de uma na outra, para encontrar na vida sua norma imanente e restituir à norma o poder de devir da vida. Propõe a superação da semântica da pessoa, representada no estatuto jurídico, e localiza no impessoal a possibilidade do devir (Esposito, 2011a), um militante, uma experiência de participação comunitária.

Não se trata, portanto, de negar a participação comunitária, mas de compor essa experiência a partir da afirmação de uma norma de vida. Isso pressupõe uma inversão, não mais o direito e seu regramento reproduzindo modelos de vida, mas a vida produzindo sem cessar normas de vida. Não é esse o único sentido para a participação comunitária, mas ao menos uma possibilidade: que se siga cada vez mais uma normatização sobre a vida ou se afirme uma política da vida, também dependerá do modo como seguirá o pensamento contemporâneo da militância.

Não por acaso, o incômodo seguiu o percurso da tese, ainda que não tenha sido o mesmo, tomando novas formas. Ele segue até o final da escrita e promete seguir. Como um fantasma, assombra o pensamento e impede-nos de parar. Ele avisa e lembra que não há paradeiro para o devir. Ele ecoa vozes dissonantes: é preciso superar a experiência da participação comunitária, fazer dela outra coisa. É preciso permitir que ela viva para deixar de sobreviver aos eventos pós-Constituinte. É preciso acontecimentalizar a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arouca, Antonio S. da S. (1975). O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista. Tese de doutoramento/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Azeredo, Verônica P. de O. (2011). Nietzsche: a grande saúde e o sentido trágico da vida. Cadernos Nietzsche 28. pp. 249-261.

Bahia, Ligia (2010). A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In.: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, pp. 115-128.

Barros, Elizabeth (1994). O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC.

Bernardes, Anita G. (2006). Políticas da existência no campo da saúde: O público como um dispositivo. Tese (Doutorado) Faculdade de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Orientação de Neuza Maria de Fátima Guareschi.

Bernardes, Anita G; Guareschi, Neuza M. de F.; Pelliccioli, Eduardo (2009). Saúde Pública: Publicização do Brasil. Psicologia Política. Vol. 9. nº17 . pp. 1-14. jan-jun.

Birman, Joel (1991). A physis da Saúde Coletiva. Physis [online]. vol.1, n.1, pp. 7-11.

Blog do Fórum em Defesa do SUS do Rio Grande do Sul (2011). Quem perde e quem ganha com o IMESF. Disponível em: <http://naoafundacao.blogspot.com.br>. Acessado em 20 de dez. de 2014. 17:31.

Bobbio, Norberto (2004). *A era dos direitos*. Nova edição. Rio de Janeiro: Elsevier

Branco, Guilherme, C. (2001). As resistências ao poder em Michel Foucault. Trans/Form/Ação, São Paulo, 24: 237-248.

Brasil. Casa Civil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> acessado em 26 de nov. 2014, 20:34.

Brasil. Casa Civil (1990). Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em 26 de nov. 2014, 20:35.

Brasil. Casa Civil (1990). Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em 14 de fev. 2015, 11:44.

Brasil. Casa Civil. (1993). Lei 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acessado em 26 de nov. 2012, 21:47.

Brasil. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. (2011). Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 70046726287. *Suspensão da eficácia da Lei nº 11.062/11 que cria o IMESF de Porto Alegre*. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/busca/?tb=proc>. Acessado em 26 de nov. 2012, 13:01.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2007). Fundação Estatal: entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. *Jornal do CNS*. Publicação Mensal do Conselho Nacional de Saúde, ano 3. Edição Especial – Edição Especial Modalidade de Gestão. Novembro. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>. Acessado em 26 de nov. de 2012, 13:03.

Brasil. Casa Civil. (1998). Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm> acessado em 26 de novembro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Senado Federal (2011). Projeto de Lei do Senado, Nº 728 de 2011. Define crimes e infrações administrativas com vistas a incrementar a segurança da Copa das Confederações FIFA de 2013 e da Copa do Mundo de Futebol de 2014, além de prever o incidente de celeridade processual e medidas cautelares específicas, bem como disciplinar o direito de greve no período que antecede e durante a realização dos eventos, entre outras providências. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=100856&tp=1>. Acessado em 14 de fev. 2015, 17:08.

Batista Junior (2014). Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra A Privatização / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius. pp. 20-24.

Catalunha. Diario Oficial. Ley 11/2011, de 29 de diciembre, de reestructuración del sector público para agilizar la actividad administrativa. Disponível em: http://www.conca.cat/media/asset_publics/resources/000/002/571/original/Llei_reestructuraci_-_ESP.pdf. Acessado em 25 de out. de 2013, 12:13.

Canals, Joan (2010). La privatización encubierta (o no tanto) de la sanidad catalana. Cuaderno de Políticas de Salud: Análisis, reflexión y debate – Observatorio de políticas de Salud. Fundación 1º de mayo, CCOO. Diciembre de 2010. Disponível em: http://www.1mayo.ccoo.es/nova/NNws_ShowNewDup?codigo=3595&cod_primaria=1171&cod_secundaria=1171#.U5WLOxbRaOM. Acessado em 10 jul. 2013, 15:13.

Cebes (1980). A questão democrática na área da saúde. Documento apresentado pelo Cebes - Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Camara Federal em outubro de 1979. Ed. nº9, p. 11-13, jan/fev/març de 1980. In: Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária/Sônia Fleury, Ligia Bahia, Paulo Amarante, (organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

CEPunesp (2010). Operação Pathos. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Corrupção. Disponível em: <http://www.cepcorruptao.com.br/2000/2010.%20PATHOS.pdf>. Acessado em 14 de fev. 2015, 15:28.

Cohn, Amélia (1989). Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova 1989; (19):124-40.

Cohn Amélia (2008). Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell, A. C. (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez. p. 225-244.

Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987). Documento III - CNRS. Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf. Acessado em 14 de fev. 2015, 10:43.

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (2012). Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. O caso do Instituto Sollus In.: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (1992-2012): 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. pp.47-53.

Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (2010). Pedido de instalação de CPI da Saúde. Documento emitido pelo presidente da CMS de Porto Alegre e outras entidades à Câmara Municipal de Porto Alegre. Disponível em: <http://naoafundacao.blogspot.com.br/p/documentos.html>. Acessado em: 14 de fev. de 2015, 16:04.

Costa, Jurandir F. (2004). Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Costa, Mônica R. (2007). A trajetória das lutas pela Reforma Sanitária. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 13(2): 85-107, jul.-dez.

Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre cuidados de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de set. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acessado em 14 de fev. 2015, 10:33.

Deleuze, Gilles (2002). A imanência: uma vida... *Educação & Realidade*. 27(2): 10-18. jul./dez.

Deleuze, Gilles; Parnet, Claire (2004). *Diálogos*. Tradução de José Gabriel Cunha. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Deleuze, Gilles (2006). *Conversações*. 1ed. 5 reimpressão. Tradução Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34.

Dicionário Aurélio [online]. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com>. Acessado em: 10 de jan. 2015, 09:16.

Drezzadore, Dario (2014). CUM - MUNUS: Comunidade e poder imanente em Roberto Esposito. Dissertação de Mestrado em Estudos Europeus, orientado pelo Professor Doutor Alexandre Franco de Sá, apresentada ao departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Escorel, Sarah (1999). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Espanha. (2012). Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad. Disponível em: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403. Acessado em: 22 de set. 2013, 17:15.

Esposito, Roberto (2012). *Imunidade, comunidade, biopolítica*. Conferência em la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid. Las Torres de Lucca. N° 0 (Enero-junio, 2012). p. 101-104. Acessado em 13 de junho de 2014, www.latorresdelucca.org.

Esposito, Roberto (2009). *Immunitas: Protección y negación de la vida*. 1ed. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción de Carlo Rodolfo Molinari Marotto.

Esposito, Roberto (2007). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. 1ed. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción de Luciano Padilla López.

Esposito, Roberto (2011a). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. 1ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu. Traducción de Carlo Rodolfo Molinari Marotto.

Esposito, Roberto (2011b). Filosofia do comum. Instituto Humanitas Unisinos. Retirado de jornal La Repubblica, 14.10.2011. Tradução de Moisés Sbardelotto. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/502044-filosofia-do-bem-comum-artigo-de-roberto-esposito>. Acessado 14 de fev. 2015, 11:29.

Fleury, S. (2008). Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In.: Matta, Gustavo Corrêa (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV. pp. 49-87.

Fórum em Defesa do SUS do RS (2013). Relatório do I Seminário Gaúcho contra a privatização da saúde (24 e 25 de maio). Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B3SRQLv1tEAVd2ZoYWQ5RkNTTTA/edit>. Acessado em 14 de fev. 2015, 15:21.

Fórum em Defesa do SUS do RS (2014). Dia Mundial da Saúde: tempo de lutar pela qualidade da saúde! Contra a privatização da saúde pública! Disponível em: http://2.bp.blogspot.com/-guv024MSLto/U0A_669UyzI/AAAAAAAAAFnM/Dm2rRDXCTm8/s1600/carta_FDS_dia_mundial_da_saude-page0001.jpg. Acessado em 14 de fev. 2015, 15:34.

Foucault, M. (2005a). O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. In Britto, F. L. *Crítica e modernidade em Foucault: uma tradução de “Qu’est-ce que la critique?” [Critique et Aufklärung], de Michel Foucault (35-63)*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Foucault, M. (2005b). Em defesa do sociedade: curso no colige de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008). Nascimento de la bipolaridade. Curso em El Collège de France (1978-1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2007a). História da Sexualidade 1: a vontade de saber. 18ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Foucault, Michel (2007b). As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. 9ed. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, Michel (2009). Segurança, território e população. Curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, Michel (2010). O governo de si e dos outros. Curso do Collège de France (1982-1983). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Foucault, Michel (2004a). A arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, Michel (2004b). Nietzsche, a genealogia e a história. In.: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. pp. 15-38.

Foucault, Michel (2004c). Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-287. (*Ditos e escritos V*).

Foucault, Michel (2004d). O nascimento da medicina social. In.: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. pp. 79-98.

Foucault, Michel (2004e). Sobre a história da sexualidade. In.: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. pp. 243-276.

Foucault, Michel (1984). O que é o iluminismo. In: Escobar, Carlos Henrique (org.). *Michel Foucault (1926- 1984) - o Dossier – últimas entrevistas*. Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora. Curso inédito de Michel Foucault no Collège de France, 1983. Transcrição de Katharina Von Bülow. Dossier Michel Foucault. Publicado originalmente no Magazine Littéraire.

Foucault, Michel (2006a). A poeira e a nuvem. Estratégia, poder-saber (Ditos & Escritos IV). Tradução Vera Lucia A. Ribeiro. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. pp. 323-334.

Foucault, Michel (2006b). Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. Estratégia, poder-saber (Ditos & Escritos IV). Tradução Vera Lucia A. Ribeiro. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. pp.335-351.

Foucault, Michel (2011). A coragem da verdade: o governo de si e dos outros II. Curso no Collège de France (1983-1984). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2011). *Em defesa do SUS Público, Estatal e de Qualidade*. Cartilha. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTnBjTXpPd2ZROWl6bUctbE14cHFQZw/edit?pli=1>. Acessado em 26 de nov. de 2012, 13:08.

Fundação Osvaldo Cruz (2014). Reforma Sanitária. Portal Fiocruz - biblioteca virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acessado em 15 de dez. 2014, 15:13.

Garcia, Maria L. de O. (2012). O caso do Instituto Sollus - Como eu vi. In.: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (1992-2012): 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. pp.47-53.

Gohn, Maria da G. (2000). 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. *Rev. Mediações*, Londrina, V. 5, n. 1, p. 11-40.

Hochman, Gilberto (2005). Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141. Editora UFPR.

Laurell, Asa C. (1996). La logica de la privatización en la salud. In.: Eibenschutz, Catalina (Org.). *Política de Saúde: o público e privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Lo Cascio, Paola (2008). *Nacionalisme i autogovern Catalunya, 1980-2003*. Barcelona: Editorial Afers.

Luz, Madel T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição democrática” - Anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. Vol 1, Número I.

Machado, Roberto. (2004). *Introdução - Por uma genealogia do poder*. n.: *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 19 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. pp. VII-XXIII.

Machado, Roberto; Loureiro, Angela; Luz, Rogerio; Muricy, Katia. (1978). *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Maia, Samantha (2014). Patrimônio dos 15 mais ricos supera renda de 14 milhões do Bolsa Família. <http://www.ihu.unisinos.br/noticias/531439-patrimonio-dos-15-mais-ricos-supera-renda-de-14-milhoes-do-bolsa-familia>, acessado em 12 de junho de 2014.

Martí, Josep V. (1981). *Moviments socials i reivindicacions sanitàries a Catalunya 1970-1976*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Resumo publicado pela Universitat Autònoma de Barcelona.

Martí, Josep V. (2010). *La participació ciutadana en salut i sanitat*. Quaderns de Carrer n.5 (libro) mayo de 2010. "40 anys d'acció veïnal: 1970-2010. Edita: Federació d'associacions de veïns i veïnes de Barcelona.

Martí, Josep V. (2013). *Introducció. 40 anys per construir i destruir el Sistema Nacional de Salut*. In.: *El sistema sanitari en front la crisi: Problemes i propostes de millora per un autèntic Servei Nacional de Salut*. Quadern CAPS temàtic, n. 35, Desembre 2013. Disponível em: http://www.caps.cat/images/stories/Quadern_caps35_SISTEMA_PÚBLIC_DE_SALUT.pdf. Acessado em 05 mai. 2014, 10:30.

Martini, Jussara G. (2000). Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 71-76, dez. 2000.

Marton, Scarllet. (2013). Foucault, Deleuze e Derrida frente à Crise. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vyPTweS6Cvo>. Acesso em 27 jan. 2015, 15:00.

Mattos, Ruben A. de (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. de (Orgs). *Os*

sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 3ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. pp. 39-64.

Miller, Peter; Rose, Nikolas (2012). Governando o presente: gerenciamento da vida econômica, social e pessoal. Tradução Paulo Ferreira Valerio. São Paulo: Paulus. (Coleção Biopolíticas).

Minicucci, Telma M. G. (2010). A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In.: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, pp. 180-197.

Miranda, Alcides S. de (2013). Pluralismo agenciado da política e gestão públicas de saúde em institucionalidade híbrida e dinâmicas de (quase)mercado. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/07/pluralismo-agenciado-da-politica-e-gestao-publicas-de-saude-em-institucionalidade-hibrida-e-dinamicas-de-quasemercado/>. Acesso em 27 jan. 2015, 15:10.

Monteiro, Ana; Coimbra, Cecília; Mendonça Filho, Manuel. (2006). Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? *Psicologia & Sociedade*;18(2): 7-12;mai./ago.2006.

Moraes, T. D.; Nascimento, M. L. do. (2002). Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 91-102, jan./jun

Moroni, José A. (2006). O direito a participação no Governo Lula. ICSW Conference - 32nd International Conference on Social Welfare. Acessado em 18 de janeiro de 2015, http://www.icsw.org/brazil/portug/conferences/19_07_PDF/jose_antonio_moroni.pdf.

Município de Porto Alegre (2014). *Portal transparência – Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre (IMESF)*. Disponível em <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php>> acessado em 26 de nov. de 2014, 15:23.

Nietzsche, Friedrich (2003). *Ecce Homo: de como a gente se torna o que a gente é*. Tradução Marcelo Backes. Porto Alegre: L&PM Pocket.

Noronha, José de C.; Travassos, Claudia M. (1981). Participação comunitária nos programas de saúde. Relançado em - *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária* / Sônia Fleury, Ligia Bahia, Paulo Amarante, (organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2007.

Nunes, Everardo D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.5 nº 2. Rio de Janeiro .

Nunes, Everardo D. (2006). Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In.: Campos, Gastão W. de S. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Organización Mundial de la Salud (1948). ¿Cómo define la OMS la salud?. Disponível em: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Acessado em 15 de jul. 2014, 19:23.

Paiva, Carlos H. A.; Teixeira, Luiz A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar., p.15-35.

Prado Filho, K.; Lobo, L. F.; Lemos, F. C. S. (2014). A história do presente em Foucault e as lutas atuais. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 26 – n. 1, p. 29-42, Jan./Abr.

Porto, Mayla Y. (2003). Uma revolta popular contra a vacinação. *Cienc. Cult.* [online]. vol.55, n.1, pp. 53-54.

Puig-Barrachina, Vanessa. B., Martí, Josep V., & Vergara, Montserrat. D. (2013). Experiencias privatizadoras de la sanidad en Catalunya. In.: Bayle, M. S. (org.). *La contrarreforma sanitaria: análisis y alternativas a la privatización de la sanidad pública*. Madrid: Ed. Catarata. pp.37-89.

Rabinow, Paul; Rose, Nikolas. O conceito de Biopoder hoje. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*. nº 24, abril de 2006, pp. 27-57.

Rexach, Ángel M. (2010). Modelos de gestión, privatizaciones y ley. In.: TRIGO, G. L. (org.). *La izquierda frente a la privatización de la sanidad*. Editado por Grupo parlamentario IU-ICV. pp.157-170

Ricci, Rudá (2010). Os desafios dos movimentos sociais, hoje. Entrevista especial com Rudá Ricci. Instituto Humanitas Unisinos. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/31548-os-desafios-dos-movimentos-sociais-hoje-entrevista-especial-com-ruda-ricci>. Acessado em: 10 de jan, 11:10.

Ricci, Rudá (2014). O movimento sindical e os partidos. Longe das frustrações diárias, desafiados pelo ‘enxameamento’. Entrevista especial com Rudá Ricci. Instituto Humanitas Unisinos. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/531800-a-frustracao-diarria-e-as-rupturas-das-bases-sindicais-entrevista-especial-com-ruda-ricci>. Acessado: 14 de fev. 2015. 12:17.

Ripa, Daniel, Rodríguez, Julio, & Fuente, Asur. (2013). *Sindicalismo, crisis económica y movimientos sociales: Identidades, debilidades y fortalezas del sindicalismo y escenarios futuros*. En IV Congreso de la REPS, Alcalá de Henares, Madrid, 2013.

Rolim, Leonardo B; Cruz, Rachel S. B. L. C.; Sampaio, Karla J. A. J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar.

Rose, Nikolas (2011). *Inventando nossos selfs: Psicologia, poder e subjetividade*. Coordenação da tradução: Arthur Arruda Leal Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes.

Tanaka, Oswaldo Y.; Oliveira, Vanessa, E. de (2007). Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade* v.16, n.1, p.7-17, jan-abr.

Terres, Aberto (2014). O Fórum de Entidades em Defesa do SUS e a criação do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre - RS. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador Roger dos Santos Rosa.

Toret, Javier; @Dataanalysis15m (2013). *Tecnopolítica: la potencia de las multitudes conectadas. El sistema red 15M, un nuevo paradigma de la política distribuida*. Informe de investigación. Versión 1.0. Universitat Oberta de Catalunya.

Tótora, Silvana (2006). Democracia e sociedade de controle. *Verve*, 10: 237-261.

Unesco (1948). II Declaração dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acessado em: 14 de fev. 2015, 14:57.

Vieira, Priscila P. (2010). *Foucault, os Cínicos e a Militância Revolucionária*. Texto integrante dos Anais do XX Encontro Regional de História: História e Liberdade. ANPUH/SP – UNESP-Franca. 06 a 10 de setembro de 2010. cd-rom. Disponível em: <http://www.anpuhsp.org.br/sp/downloads/CD%20XX%20Encontro/PDF/Autores%20e%20Artigos/Priscila%20Piazentini%20Vieira.pdf>. Acessado em 26 de nov. de 2012, 13:11.

VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Relatório Final. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acessado em: 09 de fev, 18:56.