

POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO E SAÚDE

ORGANIZAÇÃO:

FRANCINI L. GUIZARDI

GRASIELE NESPOLI

MARIA LUIZA SILVA CUNHA

FELIPE MACHADO

MÁRCIA LOPES

Editora
Universitária UFPE



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
Joaquim Venâncio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

Paulo César de Castro Ribeiro

Vice-diretora de Ensino e Informação

Páulea Zaquini Monteiro Lima

Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Marcela Pronko

Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Tecnológico

José Orbilio de Souza Abreu

Conselho de Política Editorial da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Marco Antonio Carvalho Santos

Bianca Cortes

Felipe Rangel

Gracia Gondim

Grasiele Nespoli

José Roberto Franco Reis

Luciana M. da Silva Figueiredo

Márcia Valéria Morosini

Paulo Ganaes

Ramón Peña Castro

Eveline Algebaile

José dos Santos Souza

Fátima Siliansky

POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO E SAÚDE

Francini L. Guizardi
Grasiele Nespoli
Maria Luiza Silva Cunha
Felipe Machado
Márcia Lopes
Organização

Copyright © 2014 da organização
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz
e à Editora Universitária - UFPE

Capa

Pedro Fraga

Projeto gráfico e diagramação

Marcelo Paixão

Revisão técnica

Juliana Gagliardi de Araújo

Edição de texto

Lisa Stuart

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

G969p Guizardi, Francini L. (Org.)

Políticas de Participação e Saúde/ Organização de
Francini L. Guizardi; Grasielle Nespoli; Maria Luiza Silva
Cunha; Felipe Machado e Márcia Lopes. - Rio de Janeiro:
EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.

376 p. : il.

1. Políticas de Saúde. 2. Participação Social. 3. Sistema
Único de Saúde. 4. Democracia. I. Nespoli, Grasielle. II.
Cunha, Maria Luiza Silva. III. Machado, Felipe IV. Lopes,
Márcia. V. Título

CDD 362.1068

ISBN: 978-85-98768-79-3 (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio)

ISBN: 978-85-415-0290-0 (Editora Universitária - UFPE)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

POLÍTICA, ESTADO E SOCIEDADE: TECENDO QUESTIONAMENTOS E OUTRAS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE

- 19 Considerações epistemológicas sobre democracia,
poder e representação política**
Francini Lube Guizardi
- 37 Um ensaio sobre a ideia de reforma sanitária brasileira**
Camila Furlanetti Borges, Tatiana Wargas de Faria Baptista,
Ruben Araujo de Mattos
- 59 Biopolíticas da participação na saúde:
o SUS e o governo das populações**
Grasiele Nespoli
- 91 Participação rizomática: um modo de participação
social no Sistema Único de Saúde**
Bruna Ceruti Quintanilha, Maristela Dalbello Araujo
- 111 Participação na saúde e internet: notas para o debate**
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Alfredo de Oliveira Neto

QUESTÕES METODOLÓGICAS E INTERCESSÕES ENTRE PARTICIPAÇÃO E SAÚDE NO ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

143 Análise de políticas públicas e neoinstitucionalismo histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões

Adelyne Maria Mendes Pereira

165 A contrarreforma do Estado brasileiro e o desafio de avançar a participação democrática na gestão em saúde

Elizabeth José Campos, Francini Lube Guizardi

197 Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica

Angélica Ferreira Fonseca, Maria Helena Magalhães Mendonça

225 Judiciário, participação social e saúde: a faca de dois gumes

Felipe Dutra Asensi

GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE: ANÁLISES SOBRE OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA POLÍTICA

251 Política nacional de gestão estratégica e participativa na saúde: desenho institucional e os sentidos da participação

Grasiele Nespoli, Francini Lube Guizardi, Felipe Rangel de Souza Machado, Maria Luiza Silva Cunha, Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

277 Dimensões da comunicação e da informação nos espaços públicos de participação e controle social em saúde: entre múltiplos discursos e jogos de poder

Marina Maria

305 SUS, gestão participativa e equidade

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes, Gustavo Corrêa Matta

323 Avaliação na política de saúde e participação social

Maria Luiza Silva Cunha, Aluísio Gomes da Silva Júnior

349 Ouvidorias no SUS e direito responsivo: avanços e desafios na garantia de direitos e na construção de novos direitos

Felipe Rangel de Souza Machado

AUTORES

APRESENTAÇÃO

A melhor forma de apresentar este livro é definindo-o como um ponto de passagem, não apenas por ser transitório, mas porque representa a materialização de vários percursos e conversas de uma rede que vem há alguns anos dialogando sobre a temática da democracia e da gestão participativa na saúde. A rede formalizou-se como grupo de pesquisa em maio de 2012, com a certificação do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss) pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Quanto à elaboração deste livro, é preciso mencionar o fundamental apoio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESPJV/Fiocruz) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (Faperj). O mesmo congrega reflexões realizadas no âmbito de uma pesquisa desenvolvida pelo Nedss na linha de investigação “Políticas de participação na saúde”.

Nesse sentido, o livro é um ponto de passagem tanto porque resulta de uma trajetória de encontros e reflexões compartilhadas quanto porque, com certeza, proporcionará outros desdobramentos e questionamentos. O próprio título representa bem esse movimento. Inicialmente pensado como “Políticas de participação na saúde”,

o título foi ao longo do processo de organização da publicação gerando alguns estranhamentos que nos fizeram substituir o “na” pelo “e”, como um recurso provocativo: a questão que nos convoca e nos exige ampliar nossas análises não é, unicamente, a dimensão da participação que se efetiva na saúde, em seu recorte e fronteira setorial, mas as relações entre participação e saúde, como há muito evocado pelo lema reformista “saúde é democracia”.

Ao recolocar nesse plano o problema que nos reúne neste livro procuramos forjar interrogações que se, por um lado, estão direcionadas aos desafios postos para a consolidação democrática dos mecanismos de participação instituídos no Sistema Único de Saúde (SUS), por outro, buscam ampliar as relações entre participação e saúde para além das políticas do setor, num esforço de pensar a conformação do Estado brasileiro, suas instituições e modos de sociabilidade. É importante ressaltar que, de alguma forma, esse movimento acabou por ser corroborado pelos eventos que ocorreram recentemente no cenário político brasileiro, com as manifestações populares que marcaram os meses de junho e julho de 2013.

Em meio à agitação e à ampliação do debate sobre a democracia nas ruas e nas redes sociais, o tema da saúde ressurgiu de variadas maneiras: como política pública insuficiente e precária, ou seja, como direito não garantido, mas também como luta corporativa que evidencia as relações de poder que permeiam e conformam o trabalho em saúde. Além disso, e com grande vigor, o tema da saúde emerge nos debates sobre o aborto e sobre a autonomia e emancipação feminina. Aparece também claramente no polêmico projeto de lei, felizmente derrubado, que visava permitir o “tratamento” da homossexualidade, colocando-a novamente no patamar de uma patologia. E, principalmente, é discutido e relatado intensamente nas redes sociais como experiência de enfrentamento da repressão policial e de seus efeitos violentos nos corpos dos manifestantes. Tudo isso nos confirma a atualidade e a premência da interseção

entre saúde e participação: a radicalização democrática demanda saúde, depende da ação dos sujeitos e de seus corpos na relação com a dinâmica estatal, assim como a saúde demanda, com urgência, a coragem de radicalizar a democracia na gestão de suas políticas públicas. O livro tem como norte a interface entre essas duas dimensões da relação entre participação e saúde, e encontra-se dividido em três partes, o que constituiu, sobretudo, um esforço de sistematização. As fronteiras entre as unidades temáticas funcionam unicamente como pontos de referência, sendo intenso o diálogo e as conexões entre os capítulos do livro como um todo. Contudo, também é preciso evidenciar um aspecto que nos é muito caro: embora tenha permitido a convergência de leituras e perspectivas teóricas afins, a coletânea não possui uma abordagem exclusiva, valorizando antes a possibilidade do diálogo entre diferentes modos de delimitação e de compreensão conceitual. Procurando ser coerente com seu objeto, o livro busca ampliar o debate garantindo a presença de vários discursos e perspectivas teóricas.

A primeira unidade reúne textos que problematizam as relações entre política, Estado e sociedade, com a perspectiva de ampliar o campo de problemas sobre a participação democrática e a saúde. No primeiro capítulo, Francini Lube Guizardi reflete sobre a conformação do estado de direito na modernidade e os limites da democracia representativa. O texto trabalha a hipótese da impossibilidade de reduzir a experiência política aos dispositivos institucionais hegemônicos no Estado moderno, os quais se baseiam e reiteram a separação entre a política e as relações sociais cotidianas.

O segundo texto, de autoria de Camila Furlanetti Borges, Tatiana Vargas de Faria Baptista e Ruben Araujo de Mattos, problematiza a ruptura, que vários discursos enfatizam, do movimento de Reforma Sanitária em relação às experiências anteriores no campo da saúde pública brasileira. De forma consistente e inovadora, por meio de um estudo arqueológico em documentos do período de 1950 a 1980,

os autores discutem práticas e projetos do referido movimento reformista, sinalizando que os mesmos reforçam dinâmicas de medicalização com as quais o movimento pretendia romper. Ao contrário de possuir um caráter negativista, a argumentação desenvolvida convoca o leitor a apropriar-se e a reinventar a história, a fim de atualizar os campos de lutas e de resistências sociais, com todos os seus riscos.

O terceiro capítulo, de Grasielle Nespoli, apresenta um estudo sistemático sobre as noções de biopolítica e de governamentalidade elaboradas por Michel Foucault, utilizando-as para debater o governo das populações no contexto de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro. A partir dessa reflexão, a autora analisa a implantação de mecanismos de participação social e de gestão participativa no SUS, apontando para dois elementos pouco valorizados e, contudo, indispensáveis à participação política na atualidade, quais sejam, o desejo e a criação.

Por sua vez, Bruna Ceruti Quintanilha e Maristela Dalbello Araujo debatem a importância da participação cotidiana dos usuários no SUS, propondo o conceito de *participação rizomática*, que enfatiza as resistências e os movimentos de ruptura das normas e dinâmicas preestabelecidas de organização dos serviços de saúde. Extrapolando a compreensão usual que identifica a participação aos dispositivos e espaços instituídos, as autoras indicam que a *participação rizomática* constitui uma linha de fuga que coloca em análise as experiências cotidianas dos sujeitos nas instituições de saúde, na materialidade de suas contradições, tensionamentos e relações de poder.

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti e Alfredo de Oliveira Neto, em capítulo intitulado “Participação na saúde e internet: notas para o debate”, problematizam as questões que a revolução informacional aporta aos desafios democráticos no campo da saúde. Retomando o impacto das tecnologias de informação e comunicação nas dinâmicas

societárias instauradas neste início de século XXI, eles ressaltam a desconstrução da polarização emissor-receptor e defendem que a transformação paradigmática que com isso se configura, em particular nos usos da internet, abre novas possibilidades e horizontes para a mobilização política, intuição em muito confirmada pelos eventos contemporâneos que tomaram as ruas do país. O texto apresenta, inclusive, alguns exemplos de mobilização política na saúde que tiveram a internet como uma forma importante de articulação.

A segunda unidade temática do livro reúne estudos de políticas de saúde, com o objetivo de ofertar contribuições metodológicas e exemplos de pesquisas que trabalharam a interface entre participação e saúde. O primeiro capítulo dessa unidade, de Adelyne Maria Mendes Pereira, desenvolve, por meio de revisão de literatura, aspectos teórico-metodológicos sobre o estudo de políticas públicas, dialogando com a *polyce analysis* e o neoinstitucionalismo histórico no intuito de propor e discutir uma matriz de análise para o estudo da política de saúde no Brasil.

Em seguida, Elizabeth José Campos e Francini Lube Guizardi abordam os desafios atuais da gestão pública em saúde, resgatando o movimento de contrarreforma do Estado brasileiro, seus marcos e características, e apresentando brevemente os modelos gerenciais que se têm constituído como referência nesse contexto. As autoras questionam a premissa da superioridade dos modelos privados de gestão, assim como sua adequação aos desafios enfrentados pelo SUS, em especial no que diz respeito à participação popular e à territorialização de suas políticas.

Angélica Ferreira Fonseca e Maria Helena Magalhães Mendonça retomam, no texto “Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica”, a emergência histórica e a consolidação da avaliação de políticas públicas, destacando suas interfaces com as concepções gerencialistas que marcaram as reformas administrativas e o debate sobre o papel de Estado nas décadas de 1980 e 1990. O resgate

histórico empreendido, contudo, não reduz as práticas de avaliação às implicações conservadoras evidenciadas. Elas buscam, ao contrário, refletir sobre seu papel na gestão participativa das políticas de saúde, a partir do levantamento e da análise das práticas de avaliação em saúde na atenção básica.

No último texto dessa unidade temática, Felipe Dutra Asensi analisa o papel e a atuação das instituições jurídicas na efetivação do direito à saúde no Brasil. Destacando as características da cultura política brasileira, o autor procura discutir o crescente processo de judicialização na saúde, os desafios e também os horizontes que ele conforma em relação aos espaços e dispositivos institucionais de participação existentes no SUS.

A terceira unidade do livro, trabalha especificamente os componentes estruturantes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde (ParticipaSUS). A revisão sistemática da literatura sobre o tema revelou ao grupo de pesquisa a necessidade de aprofundar conceitualmente essa discussão, com o intuito de fomentar a reflexão sobre o que constitui e o que desejamos reconhecer como uma gestão participativa na saúde. Nesse sentido, o primeiro capítulo do tópico, de Grasielle Nespoli, Francini Lube Guizardi, Felipe Rangel de Souza Machado, Maria Luiza Silva Cunha e Márcia Cavalcanti Raposo Lopes apresenta, de modo geral, a conformação e o desenho da política, procurando debater os sentidos que a participação nela adquire, seus alcances e limites. O segundo texto, de Marina Maria, apresenta ao leitor a configuração dos espaços e dispositivos institucionais de participação previstos na legislação brasileira e os princípios que os orientam. A pesquisa desenvolvida pela autora teve como foco as questões de comunicação e as formas de mediação observadas nos espaços públicos de participação, com a perspectiva de evidenciar os múltiplos discursos e os jogos de poder que os conformam. Dessa forma, são discutidas as práticas comunicacionais e as possibilidades de acesso à informação nesses espaços como

recursos imprescindíveis para a garantia da participação de todos na gestão da política de saúde.

O capítulo de Márcia Cavalcanti Raposo Lopes e Gustavo Corrêa Matta problematiza a noção de equidade, seus distintos sentidos e as expectativas que mobiliza na construção da política de saúde no Brasil. Os pesquisadores analisam, em particular, o modo como esse princípio orienta determinadas ações no âmbito do ParticipaSUS e a teia de relações que com isso se institui entre equidade e participação social. Debatem a distribuição dos recursos de poder entre os agentes que participam dos diferentes espaços propostos pela política, argumentando a favor da necessidade de constituir um processo político baseado no respeito recíproco e na compreensão do direito dos outros em sua especificidade.

Maria Luiza Silva Cunha e Aluísio Gomes da Silva Júnior iniciam o capítulo “Avaliação na política de saúde e participação social” analisando a crítica de que a avaliação no SUS tem sido realizada de forma isolada e, em certo sentido, autônoma. Ao longo do texto, apresentam concepções e práticas de avaliação participativa, defendendo que para superar as limitações identificadas na avaliação em saúde é fundamental considerar a determinação política e a articulação entre teoria e prática. Os autores apresentam a inserção da avaliação no ParticipaSUS, discutem a institucionalização da avaliação no SUS e seu papel no fortalecimento da participação social e da gestão compartilhada da política de saúde.

Por fim, Felipe Rangel de Souza Machado aborda as ouvidorias como estratégia de participação “por dentro” da gestão pública. O autor trabalhou o tema a partir da noção de direito responsivo, discutindo a possibilidade das ouvidorias constituírem-se em um mecanismo para avançar a consolidação de direitos já garantidos e também para a construção de novos direitos. Em sua análise, debate o modo pelo qual as ouvidorias atuam como instrumento de direito responsivo quando extrapolam uma apreensão estritamente

procedimental e formalista do direito, funcionando como mecanismo de abertura das instituições à sociedade.

Ao concebermos este livro como um ponto de passagem, esperamos que a produção que ofertamos mobilize e provoque conversas e reflexões e, principalmente, que seja uma contribuição para a formulação de novos questionamentos sobre a interface entre participação e saúde e para a construção de sentidos sobre a democracia. Afinal, muitas vezes os efeitos produzidos por perguntas relevantes nos permitem ampliar o horizonte do olhar, ainda que não tenhamos as respostas almejadas, pois essas só são possíveis através do diálogo e da construção em rede.

Brasília e Rio de Janeiro, julho de 2013

Francini Lube Guizardi

Grasiele Nespoli

Maria Luiza Silva Cunha

Felipe Rangel de Souza Machado

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

**POLÍTICA, ESTADO E SOCIEDADE:
TECENDO QUESTIONAMENTOS E
OUTRAS PERSPECTIVAS DE ANÁLISE**

CONSIDERAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS SOBRE DEMOCRACIA, PODER E REPRESENTAÇÃO POLÍTICA

Francini Lube Guizardi

INTRODUÇÃO

Procuramos, neste ensaio, delimitar e debater a representação política, questão central ao tema da democracia, principalmente quando considerados os desafios contemporâneos colocados pela acelerada transformação das relações sociais no contexto das últimas três décadas de globalização. Os impactos desse processo apresentam-se na disputa em torno de diferentes projetos de reforma do Estado e nas alternativas ensaiadas de construção de novas possibilidades democráticas, em particular na experiência recente da América Latina. Dessa forma, pensar a representação política em seus horizontes de sentido como prática social torna-se um ponto de partida necessário para a reflexão acerca do que desejamos reconhecer como Estado democrático de direito.

Usualmente, apesar de ser em uma primeira aproximação uma noção recorrente, a participação traz consigo uma gama diferenciada, e, por vezes, contraditória, de sentidos. Indiscutivelmente,

o que se impõe com maior frequência é sua estreita relação com o sistema de governo democrático. A premissa dessa correlação, embora correta, obscurece uma série de questões que este trabalho pretende abordar, e cuja pertinência depende da possibilidade de delimitar com precisão as diferenciações que tais conceitos abarcam.

Embora a estreita ligação entre participação e democracia remeta à experiência da Antiguidade grega, é apenas com o constitucionalismo moderno, em meio às revoluções burguesas, que a questão da democracia é recolocada no panorama político, por meio da discussão empreendida pelos federalistas. Em contraposição à participação direta dos cidadãos gregos no governo da pólis, a democracia moderna nasce situada nos marcos da representação, tendo como característica central o afastamento da população dos processos decisórios diretos. Tal concepção advoga a impossibilidade de organização de uma democracia direta nas complexas sociedades modernas, fazendo que, nos limites desse pensamento de inspiração liberal, a inserção política seja compreendida justamente como o direito à representação.

A cidadania é definida pelos direitos civis e a democracia se reduz a um regime político eficaz, baseado na ideia da cidadania organizada em partidos políticos, e se manifesta no processo eleitoral de escolha dos representantes, na rotatividade dos governantes e nas soluções técnicas para os problemas econômicos e sociais. Essa concepção de democracia enfatiza a ideia de representação, ora entendida como delegação de poderes, ora como “governo de poucos sobre muitos”, no dizer de Stuart Mill. (Chauí, 2005, p. 23)

Como salienta Cabral Neto (1997), a democracia dos modernos nasce como uma concepção politicamente discriminatória, pautada na subordinação da condição de cidadania à propriedade privada. Nas bases desse pensamento que tem em Locke importante fundação, a igualdade natural dos homens é afirmada face à necessidade de erigir uma ordem civil que assegure o direito à propriedade

privada. Ou seja, a igualdade pretendida é a igualdade formal dos proprietários, a qual, juntamente com a definição das regras do jogo político, tem por objetivo garantir a livre competição dos indivíduos (Locke, 1983).

Eis então que o *conceito de povo aparece na modernidade como uma produção do Estado*. “Povo” entendido como conjunto de cidadãos proprietários (a propriedade é o direito fundamental) que abdicaram de sua liberdade tendo como compensação a garantia da propriedade. Sua liberdade, após ter sido um direito natural absoluto, torna-se agora um direito público (subjetivo), e portanto é o Estado que garante o grau e a medida de liberdade dos indivíduos, útil ao funcionamento da máquina estatal e à reprodução das relações de propriedade. (Negri, 2003, p. 143)

Retomar os traços gerais que orientam essa concepção liberal expõe que o tema da democracia ressurgiu, no contexto da modernidade, desvinculado de qualquer compromisso com a universalização de direitos e com a desconcentração da riqueza e do poder nas relações sociais. Claro que não se objeta, com isso, que a igualdade formal assim afirmada tenha sido passo imprescindível para a conquista de uma gama de direitos civis, políticos e sociais. Do mesmo modo, aponta-se para um conjunto de contradições que subjazem, muitas vezes de modo não enunciado, no discurso hegemônico acerca da democracia como sistema de governo e como valor a ser defendido socialmente. Isso é particularmente relevante quando observamos que a legitimidade desse discurso, atualmente uma referência consensual no mundo ocidental, embasa-se numa perspectiva de justiça social que não a fundamenta em absoluto, a não ser como campo de disputa política de sentidos.

Ainda que a tradição de esquerda tenha postulado críticas e concretizado inúmeras lutas em direção à construção de uma democracia social, processo histórico que tem na ampliação dos direitos e no *welfare state* a sua mais expressiva configuração institu-

cional, o questionamento da premissa liberal da participação como representação política permaneceu demasiado tímido, como se ele fosse, em certa medida, um *a priori* ao debate. Nesse sentido, foi historicamente restrito o estranhamento da representação como dispositivo central, por meio do qual se afirma a igualdade formal como eixo fundamental do sistema democrático de governo, a despeito de toda produção real de desigualdade que tem caracterizado nossas sociedades consideradas democráticas. Cabe, quanto a esse ponto, colocar a discussão sob o prisma do que Boaventura de Sousa Santos intitula sociologia das ausências, dado que “muito do que não existe em nossa sociedade é produzido ativamente como não existente, e por isso a armadilha maior que se nos apresenta é reduzir a realidade ao que existe”¹ (2006, p. 23; nossa tradução). Quanto a isso, é inevitável interrogar a produção dessa grande ausência em nossos modos de organização política: a pequena visibilidade do que difere das estratégias hegemônicas (balizadas por mecanismos de representação) de participação, o que torna primordial a análise da produção dessa ausência e de suas relações com a organização do Estado moderno, posto ser esse o principal dispositivo de normatização da ação e inserção política nas sociedades contemporâneas.

A EMERGÊNCIA DO ESTADO MODERNO COMO ESTADO DE DIREITOS E OS MECANISMOS DE REPRESENTAÇÃO POLÍTICA

O Estado como ordem política surgiu na Europa de um processo histórico ocorrido entre o século XIII e o início do século XIX, caracterizado pela progressiva territorialização do comando e pela monopolização do poder político, que teve na figura do monarca sua primeira expressão. Erigindo-se como instância superior à sociedade, o ordenamento político estatal legitimou-se através da posição de

¹ “Que mucho de lo que no existe en nuestra sociedad es producido activamente como no existente, y por eso la trampa mayor para nosotros es reducir la realidad a lo que existe.”

distanciamento neutral com base na qual se faria possível o arbítrio dos conflitos em prol da instauração e manutenção da ordem social. Objetivo útil às exigências de acumulação do nascente capital, o que aponta para a extensão das mútuas implicações e determinações na emergência de ambos os fenômenos históricos (Schiera, 1993). Atributos de mundaneidade (em contraposição à pregressa ordem político-religiosa), finalidade e racionalidade passam a caracterizar o exercício do poder político, responsável pela

[...] organização das relações sociais (poder) através de procedimentos técnicos preestabelecidos (instituição, administração), úteis para a prevenção e neutralização dos casos de conflito e para o alcance dos fins terrenos que as forças dominadoras na estrutura social reconhecem como próprias e impõem como gerais a todo o país. (Schiera, 1993, p. 427)

O estado de direito propriamente dito configurou-se a partir da contestação, por parte de diversos movimentos revolucionários, da personificação histórica do poder estatal na figura do monarca. A contraposição derivada desses embates não resultou realmente na desmontagem da estrutura absoluta do poder estatal, tampouco dos seus recursos administrativo-institucionais ou do sentido de racionalidade e finalidade de suas intervenções. Em verdade, todas essas características viriam a ser aperfeiçoadas e superdimensionadas com a organização do Estado moderno e afirmadas em razão de valores que não a referida personificação histórica: valores apresentados como pertencentes ao indivíduo, em virtude do que esse passa a ocupar o lugar de “protagonista direto da vida civil e política” (Schiera, 1993, p. 430). Como expuseram Negri e Hardt, “por meio dessas operações da máquina de soberania, a multidão se transforma, em todos os momentos, numa totalidade ordenada” (2001, p. 105), uma totalidade de indivíduos, uma nação.

Assim, o Estado organiza-se como Estado de garantias, ante o qual a participação política, o agir político em sua dimensão ontológica, é resolvido como pertinente ao âmbito das liberdades indivi-

duais e o indivíduo é apresentado como fonte da legitimidade estatal. Essa trajetória de formalização apenas foi possível ao se recorrer a referências lógicas e abstratas, portanto externas e inobjektáveis: as normas jurídicas, por meio das quais é instituída a igualdade de todos os indivíduos perante o Estado. Como salienta Schiera, passa-se assim da legitimidade à legalidade, operação fundada

[...] sobre a liberdade política (não apenas privada) e sobre a igualdade de participação (e não apenas pré-estatal) dos cidadãos (não mais súditos) frente ao poder, mas gerenciado pela burguesia como classe dominante, com os instrumentos científicos fornecidos pelo direito e pela economia na idade triunfal da Revolução Industrial. (1993, p. 430)

Fundamentado na legalidade desses preceitos, o estado de direito legitima-se com a construção de uma esfera pública enraizada na igualdade formal dos indivíduos-cidadãos, igualmente submetidos ao aparelho jurídico estatal. A separação com isso instituída entre esfera pública (plano político dos direitos) e sociedade privada passa a exercer-se como baluarte do imperativo da representação dos interesses individuais (privados) ante a instância estatal. A liberdade de participação política delimitada nesse contexto equivale, portanto, à liberdade das garantias individuais. O Estado faz-se “externo” à sociedade, demarcando a moderna fronteira entre o que seria a sua dimensão social e o que seria o plano político de sua organização.

Por outra parte, percebe-se facilmente que a igualdade que essa noção de cidadania pressupõe choca-se com a desigualdade real inerente ao processo de acumulação capitalista que se efetua como a outra face da formação do Estado moderno. A ambiguidade presente entre a formalização legal e a dinâmica societária real materializa-se no fato de que a *res publica* assim instituída revelasse referência maior aos “possuidores de bens: sejam eles terras, instrumentos de trabalho ou mercadorias” (Gerschman, 1995, p. 28). Como resultante, a representação política imposta pela separação

formal entre esfera pública e sociedade “privada” produz como efeito indiscutível a cristalização de dispositivos de poder que buscam usurpar a potência ontológica do agir político, fechando-a nas amarras da divisão social do trabalho. O público não é o espaço aberto da produção de realidade social, mas espaço de sua regulação, de sua contenção, enredado em redes hierárquicas e institucionais de ordenamento social.

Deste modo, o poder constituinte é absorvido na máquina pela representação. O caráter ilimitado da expressão constituinte é limitado em sua gênese, porquanto submetido às regras e à extensão relativa do sufrágio; no seu funcionamento porquanto submetido às regras parlamentares; no seu período de vigência, que se mantém funcionalmente delimitado, mais próximo à forma da ditadura clássica do que à teoria e às práticas da democracia: em suma, a ideia de poder constituinte é juridicamente pré-formada quando se pretendia que ela formasse o direito, é absorvida pela ideia de representação quando se almejava que ela legitimasse tal conceito. (Negri, 2002, p. 11)

Eis porque a representação tem se construído como monumento dessa contradição: por confrontar a igualdade formal à desigualdade real, fissura erguida na inacessibilidade de diversos grupos sociais a *res publica* (agora sinônimo de esfera estatal) da construção política. O campo da representação é então batizado como prática política por excelência, força maior de expressão dos poderes “do cidadão”, cujo exercício político fica dessa forma confinado num território próprio e distante de seu fazer cotidiano. A política é esvaziada de sua dimensão ontológica, tornada prática exclusiva da chamada classe política. As demais classes convertem-se, assim, em meras classes sociais.

Conforme leitura realizada por Negri (2002), a representação pesa sobre o poder de constituição imanente às relações sociais – pelo autor conceituado como poder constituinte – como uma sobre determinação espacial de sua expressão, ao confinar tal poder às salas e

corredores estatais, nas assembleias legislativas formais. Por outra parte, o constitucionalismo pesa-lhe como uma clausura temporal, pois, embora expresso na vitalidade do processo constitucional, o poder constituinte torna-se um procedimento extraordinário, delimitado. É um poder restrito a períodos determinados, fora dos quais o constitucionalismo se exerce como prática de limitação, de regulação, “como poder constituído que se torna impermeável às modalidades singulares do espaço e do tempo, como máquina menos disposta ao exercício da potência do que ao controle de suas dinâmicas, e à fixação de relações de força imutáveis” (Negri, 2002, p. 444).

Ambos, constitucionalismo e estruturas de representação, concretizam-se como aparatos transcendentais de controle que fazem do poder a “consumação da potência” (Negri, 2002, p. 448). Neles, o poder de constituição inerente às relações humanas perde sua radicalidade de fundamento, tornando-se procedimento contratual, e deixa de ser temporalidade e espaço abertos e extensivos da produção de realidade social, a fim de ser exercido nos limites normalizados de finalidades instituídas, convertendo-se em ordem formal. A dimensão política do agir humano, contudo, não se conforma inteiramente ao poder, e com isso a ação humana permanece escape, desmonte do constituído, movimento da história: “Potência criadora do ser, vale dizer, de expressões concretas do real, valores, instituições e lógicas de ordenação da realidade. O poder constituinte constitui a sociedade, identificando o social e o político em um nexos ontológico” (Negri, 2002, p. 451). É o que se pode constatar, contemporaneamente, pelo fato de que muitos grupos – valendo-se da igualdade jurídica instituída pelo estado de direito – lograram avançar em direção à igualdade real através da afirmação de inúmeros direitos sociais, o que nos permite supor que as democracias modernas têm avançado justamente em decorrência do espaço político assegurado pelos direitos, e não exatamente pela representação (Ribeiro, 2001):

[...] a marca da democracia moderna, permitindo sua passagem de democracia liberal a democracia social, encontra-se no fato de que somente as classes e grupos

populares e os excluídos concebem a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos. Isso significa, portanto, que a cidadania se constitui pela e na criação de espaços sociais de lutas [...] e pela instituição de formas políticas de expressão permanente [...] que criem, reconheçam e garantam direitos. (Chauí, 2005, p. 25)

Percebe-se, assim, que o campo da constituição dos direitos se abre como uma arena pública em que potencialmente diversos conflitos podem vir a se colocar, mesmo quando a sua intensidade tenha sido esvaziada pelos mecanismos institucionais das soluções modernas de inserção e participação política.

A luta por esses direitos assume com clareza a dimensão política da vida humana, fazendo-a escapar dos caminhos institucionais aos quais se buscou repetidamente confiná-la, tecendo-a como luta cotidiana. A democracia, com isso, pode desvincular-se de sua pertinência estrita às instituições estatais, e assumir-se como “procedimento absoluto da liberdade”, como “governo absoluto” (Negri, 2002, p. 26). Isso, entretanto, exige-nos o debate sobre os limites da atividade política, especialmente no que diz respeito ao seu enclausuramento na dinâmica da organização estatal. Com esse fim, abordaremos a seguir uma análise das características das relações de poder instituídas com a modernidade, utilizando como referência conceitos desenvolvidos por Michel Foucault, a fim de discutir as perspectivas da participação política.

APROXIMAÇÕES E DISTINÇÕES ENTRE A EXPERIÊNCIA POLÍTICA E AS CONFIGURAÇÕES MODERNAS DE EXERCÍCIO DO PODER

A modernidade ocidental em sua dinâmica política hegemônica pretendeu fundar a experiência política como inscrição da vida no ordenamento estatal. Isso significa dizer que os dispositivos que se articulam com o Estado moderno têm a perspectiva de centralização e expropriação da potência ontológica do agir humano, por meio da

relação entre política, vida e Estado. Contudo, não concordamos com as posições analíticas que assumem essa pretensão inteiramente, sem a colocar entre parênteses. Ao contrário, este ensaio pretende sustentar a hipótese de que a experiência política, embora tenha sido constrangida a assumir determinada expressão sob a égide do Estado moderno, não pode ser de forma alguma reduzida a seus mecanismos e efeitos de apropriação e codificação da vida.

Para desenvolver essa hipótese de trabalho, recorreremos à produção teórica de Michel Foucault, em sua perspectiva de situar as relações de poder na sociedade ocidental moderna não como exercício repressivo, mas como relação afirmativa. O ponto de partida dessa análise seria a percepção de que a emergência da modernidade se fez acompanhar de uma transformação nas formas de exercício do poder, cuja configuração hegemônica foi calcada em dispositivos e tecnologias específicas, organizadas progressivamente a partir do desmoronamento do período medieval e absolutista.

Em contraposição ao que Foucault denomina poder soberano, fundado no arbítrio sobre a morte, na disposição sobre os bens, riquezas e terras, e exercido na descontinuidade dos antigos sistemas de tributos e na exemplificação propiciada pelo terror dos atos de suplício e das condenações sumárias, articulava-se de modo ao mesmo tempo difuso e centralizado uma forma de poder voltada não mais para a morte e sim para a vida. Um poder que, diversamente do soberano, não se organizou a partir do direito de vida e de morte, do exercício de um “fazer morrer e deixar viver” (Foucault, 2002, p. 286). Em sua ordenação moderna, o poder ocupa-se não da morte e sim da vida. Trata-se, nesse sentido, “de uma assunção da vida pelo poder: [...] uma tomada de poder sobre o homem como ser vivo, uma espécie de estatização do biológico” (Foucault, 2002, p. 286).

Desarmando a leitura tradicional em ciência política, que procurou confinar o político na ordem jurídica e submeter o poder à soberania, fundando-o numa apreensão negativa e repressora, Foucault mostra em suas análises históricas como a vida se tornou objeto político por excelência. O autor indica claramente co-

mo o poder passa a nutrir-se dela, buscando conduzi-la, geri-la e maximizá-la, a partir de um exercício pautado em um mínimo de dispêndio e no máximo de eficácia. Reporta-se, dessa forma, propriamente a um biopoder, um poder afirmativo que se constrói como gestão e governo da vida, como condução das condutas dos outros e de si.

Ao analisar a sua materialidade social, os mecanismos de seu exercício, o autor assinala dois principais jogos de efeito do biopoder que emerge com o período moderno. Efeitos que poderíamos articular, por um lado, a um eixo totalizante que tem na tecnologia biopolítica de regulamentação e em sua configuração estatal sua maior matriz; e, por outro, em um eixo individualizante, denominado pelo autor como anatomopolítica, imbricado, mediante aparatos e instituições de disciplina, na constituição do sujeito moderno (Caliman, 2002). Em sua dimensão de totalização da vida coletiva, o biopoder toma como objeto não o homem-corpo, mas o homem-ser vivo, ou, de modo mais explícito, o homem-espécie. Desse modo, as tecnologias biopolíticas dirigem-se especificamente à população, à aplicação de novos tipos de saber e aparelhos de poder que permitiram a sua manipulação e uma intervenção direta em seus fenômenos de conjunto. Nessa medida, o biopoder articula-se como exercício de uma racionalidade governamental que

[...] se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. [...] Trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos [...], constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica. (Foucault, 2002, p. 289)

A partir do final da década de 1970, Foucault passa a delimitar mais precisamente a biopolítica não apenas como um saber focado na noção de população, como também na consecução de sua segurança. Nesse sentido, tratar-se-ia de uma racionalidade de governo, prioritariamente estatal, que tem no exercício secular do governo pastoral “de cada um e de todos” a sua principal configuração. Seria essa uma racionalidade própria das estruturas políticas modernas, erigidas *principalmente* em torno do Estado, o que não equivale a uma discussão sobre a estatização das relações sociais, mas sobre o processo de sua governamentalização.

No que concerne à emergência do sujeito moderno, o poder, em sua natureza afirmativa e constitutiva, não se exerceria como repressão de atos e fatos, mas como governo das subjetividades, produção do humano concretizada principalmente através dos dispositivos disciplinares. “Mais precisamente eu diria isto: a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos” (Foucault, 2002, p. 289).

Por meio desses dispositivos, delimitam-se as junções entre saber e poder, forjando a individualização e a objetivação do sujeito, principalmente por meio das instituições que, então, se configuram de modo difuso por toda a sociedade: fábricas, escolas, hospitais, hospícios. Os corpos são submetidos a uma série de instituições e práticas edificadas sobre a égide da categorização, do adestramento, da compartimentalização e da disciplinarização dos espaços, do tempo, dos movimentos. Em suma, o sujeito na modernidade é submetido e forjado por tecnologias disciplinares essenciais à construção de um homem “organismo”, “indivíduo” e “função”, medido e julgado em sua adequação à norma, à normalidade instaurada.

As referências de normalidade e de verdade instituídas nesse processo, essenciais na eficácia desses diversos dispositivos, são negadas enquanto produções históricas e afirmadas como fatos naturais pelos procedimentos “científicos” de que decorrem. Nesse

sentido, a conjunção dos diferentes saberes na produção de um estatuto de normalidades (médicas, pedagógicas, psicológicas etc.) é um dos principais alicerces da consolidação do sujeito moderno (Foucault, 1999). Trata-se, assim, de uma interseção singular entre o saber científico e os aparatos de poder característicos da modernidade. As disciplinas científicas, em sua organização hegemônica a partir do século XIX, foram essenciais à constituição da vida como objeto político, marcando nesse processo sua entrada “na história – isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder” (Foucault, 1988, p. 133). Através de suas práticas, esses saberes, balizados por uma pretensa neutralidade científica, foram protagonistas na produção de uma *sociedade de normalização* em que, substituindo a lei, a norma – o normal – incide e produz o corpo individual e coletivo.

Desse modo, a modernidade organiza-se com o exercício de um poder sobre a vida marcado, por um lado, pela técnica disciplinar que, “centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo” (Foucault, 2002, p. 297); e, por outro lado, pela tecnologia biopolítica, em que os “corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto” (Foucault, 2002, p. 297). Mecanismos de poder em relação aos quais o saber biomédico alça lugar de indiscutível destaque, revelando-se elemento central dos processos por meio dos quais indivíduos e população emergem como objetos da razão política. Como efeito de sua racionalidade e de suas práticas materiais, não apenas o corpo individual, mas o próprio “corpo social” passa a ser pensado e organizado em termos médicos. Um corpo suscetível a distúrbios e adoecimentos, marcado por um entendimento orgânico para o qual a condição política da nação é inseparável da força e saúde de sua população:

[...] a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as rela-

ções médico-doente. [...] O controle da sociedade pelos indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (Foucault, 1988, p. 80)

Isso, contudo, não significa situar a relação entre vida e poder estatal como consumação do aprisionamento e sujeição da vida ao poder, pois não são os corpos o objeto último do poder, e sim as ações, a conduta humana. Ao colocar a dinâmica das relações de poder como pertinente ao governo das subjetividades, Foucault a submete à *intransigência da liberdade* (Caliman, 2002). Presente em todas as relações humanas, o poder se move somente na imanência de seu exercício, condição que o submete à liberdade, tornando a resistência e o escape imprescindíveis à sua dinâmica. Dessa forma, mais que fazer da vida objeto político, o poder torna-a campo de *disputa política* por excelência, dada a impossibilidade de sua total objetivação.

Em outros termos, a consumação da intencionalidade dos mecanismos de poder edificados no período moderno implica a sua própria impossibilidade. O absurdo que essa colocação desenha remete ao fato de que o poder só existe como exercício, o que o situa definitivamente no plano da liberdade. O que se pretende indicar é que a relação entre vida e Estado, anteriormente discutida por meio do conceito de biopoder, tem como solo de possibilidade justamente a liberdade. Nesse sentido, é “ao redor do problema da decisão que nasce o político” (Negri, 2003, p. 238). Compreende-se a partir daí que Arendt (1981) tenha definido a política como liberdade, e é justamente essa condição limite da soberania, como bem a definiu Negri (2003), que expõe a falibilidade dos mecanismos de objetivação da vida, em que pese a sua indiscutível eficácia, eficácia que, exatamente por isso, apresenta-se entre parênteses, como produção e governo de subjetividades, mas que, todavia, não pode eliminar sua dependência da existência da própria relação de poder.

POLÍTICA, PARTICIPAÇÃO E REPRESENTAÇÃO: IMPLICAÇÕES ONTOLÓGICAS E PERSPECTIVAS

A análise de Michel Foucault sobre as relações de poder coloca em outro patamar o problema da representação política, pois oferta uma abertura importante para a hipótese trabalhada neste estudo, que argumenta a impossibilidade de redução da experiência política aos mecanismos e dispositivos institucionais hegemônicos no Estado moderno, tendo em vista serem expressão da fratura biopolítica que diferencia a dimensão política da existência humana e as relações sociais cotidianas. A perspectiva apresentada a respeito das relações de poder neste período histórico aporta ao debate a prerrogativa normativa da vida, com as consequentes implicações políticas disso. Inclusive, poderíamos compreender que é justamente sua potência ontológica que os dispositivos de poder e os processos de governamentalização da vida procuraram cercar. Essa análise, contudo, não pretende advogar a impossibilidade de constituir o direito a partir dessa prática normativa – a práxis – da qual emerge o plano político. O que se pretende salientar é o fato de que a história política do Ocidente teve como solo e horizonte essa “fratura biopolítica fundamental”, cujo maior edifício é o Estado moderno, mesmo quando nomeado como democrático. Agamben a vislumbra ao identificá-la na distinção entre povo e Povo:

[...] a constituição da espécie humana em um corpo político passa por uma cisão fundamental, e que, no conceito “povo”, podemos reconhecer sem dificuldades os pares categoriais que vimos definir a estrutura política original: vida nua (povo) e existência política (Povo), exclusão e inclusão, *zoe* e *bíos*. O “povo” carrega, assim, desde sempre, em si, a fratura biopolítica fundamental. (2004b, p. 184)

Divergimos do autor, porém, por considerar que entre a intencionalidade do exercício de poder que institui essa fratura e sua efetivação há a ação humana, em sua impossibilidade de plena objeti-

vação. De fato, os dispositivos de poder pretendem controlá-la, diminuir sua potência ontológica ao definir coletivos autorizados ao seu exercício e excluir a ação de outros como ilegítima, particularmente através dos mecanismos de representação política. Seria essa a fratura biopolítica essencial, perpetuada no Ocidente através do estado de direito, cuja existência procura capturar todo o espaço de “anomia”, lido aqui não como negatividade, mas como vazio de limitações, em que a potência se faz protagonista da história e não extensão determinada do poder constituído, ao afirmar a possibilidade de constituição de novas e outras normas.

Quando Agamben (2004b) indica haver contemporaneamente uma indecibilidade entre política e vida biológica, não se deve vislumbrar nessa assertiva o cenário de um aprisionamento completo da vida pelo poder. A pergunta a ser feita antes seria se a construção – e premente falibilidade – desses mecanismos não decorre da inseparabilidade entre o plano político e a vida humana. Não viria dessa impossibilidade de objetivação da ação humana a necessidade de controlá-la, inclusive (e como último recurso) como existência biológica? O limite desse controle, entretanto, é a própria vida *humana*, o que torna o plano político o plano de emergência da liberdade. Afinal, segundo a leitura de Heidegger realizada pelo próprio Agamben, que segue numa direção oposta à discussão empreendida pelo autor:

A vida não tem necessidade de assumir valores externos a ela para tornar-se política. Política ela é imediatamente em sua própria facticidade. [...] o *homo sacer*, para o qual em cada ato coloca-se sempre em questão a sua própria vida, torna-se *Dasein*, “pelo qual compromete-se, em seu ser, o seu próprio ser”, unidade inseparável de ser e modos, sujeito e qualidade, vida e mundo. Se na biopolítica moderna a vida é imediatamente política, aqui, essa unidade, que tem ela mesma a forma de uma decisão irrevogável, subtrai-se a toda decisão externa e apresenta-se como uma coesão indissolúvel, na qual é impossível isolar algo como uma vida nua. (2004b, p. 160)

A dimensão política da existência humana não concerne, portanto, à contraposição a uma pretensa vida natural e não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais, como o enfatiza a leitura feita por Negri (2002) sobre o poder constituinte. Tampouco corresponde à inscrição da vida no ordenamento estatal.

Quanto a isso, pensar a constituição política da vida social apenas no campo dos mecanismos de representação equivale a objetivar os homens em suas relações de coexistência e de produção de si e do mundo. Não que seja desejável ou necessário eliminar tais artefatos políticos, que hoje prevalecem em nossas sociedades. Interrogamos apenas se os mesmos serão efetivos em expressar o plano político da existência humana se permanecerem atuando como fator de segregação entre a política e a vida social, o que remete diretamente às instituições e às relações de poder que as organizam e perpetuam. Construir um Estado fundado sobre valores democráticos implicaria, portanto, novas institucionalidades. As possibilidades abertas por essa afirmação precisam ser mais bem pesquisadas, principalmente no que diz respeito aos artifícios e experiências que as têm ensaiado concretamente, ainda que de modo muito específico e local. Afinal, é apenas a partir dessa condição, singular e situada, que poderão ser articuladas novas configurações sociopolíticas, pois de outro modo estaríamos ainda no terreno da recusa da imanência da política nas relações sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo, 2004a.

_____. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004b.

ARENDDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária-Salamandra; São Paulo: Edusp, 1981.

CABRAL NETO, A. Democracia: velhas e novas controvérsias. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 2, n. 2, p. 287-312, 1997.

CALIMAN, L. *Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CANGUILHEM, G. (org.). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1990.

CHAUÍ, M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. *Pólis Publicações*, São Paulo, v. 47, p. 23-30, 2005.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

LOCKE, J. *Segundo tratado sobre o governo*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os pensadores).

NEGRI, A. *O poder constituinte: ensaios sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

_____. *Cinco lições sobre império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

_____; HARDT, M. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

RIBEIRO, R. J. *A democracia*. São Paulo: Publifolha, 2001. (Folha Explica).

SANTOS, B. de S. *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: encuentros en Buenos Aires*. Buenos Aires: Clacso, 2006.

SCHIERA, P. Estado moderno. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (org.). *Dicionário de política*. Brasília: Editora UnB, 1993. p. 425-431.

UM ENSAIO SOBRE A IDEIA DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Camila Furlanetti Borges

Tatiana Vargas de Faria Baptista

Ruben Araujo de Mattos

INTRODUÇÃO

Uma parte considerável do que se escreveu sobre as políticas públicas de saúde no Brasil nas últimas três décadas afirma a necessidade e a intenção de que se consolide a Reforma Sanitária. Geralmente essas políticas se referem ao movimento de reforma dos anos 1970, que é reconhecido como aquele que se desdobrou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Textos acadêmicos também têm sido dedicados a avaliar a implantação dessa reforma e do SUS e a revisar os processos, escolhas e princípios assumidos. Em ambos os casos, frequentemente esquece-se que o Brasil experimenta processos de reforma sanitária pelo menos desde que se tornou uma república. O que se poderia qualificar como novidade nesta Reforma Sanitária mais recente talvez seja o envolvimento nela de movimentos populares organizados. Nesse sentido, é possível que a participação social seja uma marca dis-

tintiva, mas para que possamos concluir isso é preciso recorrer a pesquisas históricas com recortes temporais que compreendam os diferentes momentos de reforma, com análises voltadas para o entendimento da participação obtida em cada conjuntura político-institucional da trajetória brasileira.

Neste capítulo, ensaiamos algumas reflexões sobre a denominada Reforma Sanitária dos anos 1970¹ tentando, ainda que sem nos aprofundarmos, resgatar seu caráter de ruptura em relação a reformas anteriores. Este texto parte de uma pesquisa de doutorado (Borges, 2012) que realizou uma análise arqueológica de documentos do campo da saúde pública do período 1950-1980,² para, com Foucault, ressituar essa reforma e “destruir as venerações tradicionais” (Foucault, 2007, p. 37).

O estudo arqueológico empreendido assumiu os discursos do campo da saúde pública como um saber – esse, como nível mais elementar que a ciência, é condição de possibilidade do conhecimento. Do que se depreende, em primeiro lugar, a negação da racionalidade científica e do seu critério de verdade como foco; e, em segundo, o ensejo de um modo de análise que destaca o caráter histórico do saber por sua capacidade de produzir conhecimento e positividade (Foucault, 2010a).

A arqueologia incide sobre as formações discursivas, cuja unidade elementar é o enunciado, com o fim de descrevê-las sistematicamente sem buscar interpretações, verdadeiros sentidos ocultos, coerências e viabilidades, mas investindo na descrição dos enunciados manifestos, cujas formas específicas acumulam-se no tempo e revelam regularidades.

Nos documentos analisados no estudo arqueológico de Borges (2012), vimos que foram produzidos discursos que encobriam estra-

¹ Para simplificar a redação, vamos nos referir apenas à “Reforma Sanitária”.

² Para a tese, foram tomados, como documentos de análise, artigos cujos autores se identificassem como sanitaristas, publicados em periódicos que existiram desde os anos 1950 com a maior extensão de tempo possível e em periódicos que, não existindo desde 1950, tenham tido grande circulação e regularidade pelo menos até 1980. Ao todo foram sete periódicos.

tégias de poder e de saber que materializaram arranjos de vida da população, escolhas, exercício de autonomia. Não há propriamente uma impossibilidade discursiva.³ As resistências, poderes e saberes populares frequentemente estão ausentes na ordem do discurso do campo da saúde, mas não são regularmente negadas. O efeito é de opacidade do protagonismo popular, opacidade de seus modos não normatizados de controlar as políticas, de fazer circular o exercício de governamentalidade, de participar não apenas das etapas da política regulada por instituições, mas também fazer emergir as insuficiências da saúde pública ou dos setores econômico-sociais do Estado no cotidiano dos processos de saúde e de adoecimento.

Que não se confunda: a sombra é lançada sobre o caráter autônomo do povo e não sobre o próprio povo e sua vida, dado que ele é apresentado por seu modo incivilizado, faltoso e derrotado no jogo político. Julga-se a consciência sanitária do povo ou se atribuem pretensões e necessidades à população. Manifestam-se enunciados de distintos interesses, de diálogo político, de contendas entre interesses de igualdade universalizante e de diferenças singularizantes. Mas há também uma desigualdade no exercício da função específica de sujeito do enunciado, na ocupação desse lugar discursivo, que é uma das formas de violência típicas das práticas discursivas em geral. As relações discursivas põem em evidência a heterogeneidade dos discursos e “determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou tais objetos” (Foucault, 2010a, p. 51). E essas relações definem tanto as possibilidades de enunciação quanto a delimitação que confere sentido e valor de verdade aos ditos.

Nesse sentido, o que motivou este trabalho de revisão dos discursos da Reforma Sanitária é a desigualdade que se reproduz, inclusive na distribuição dos enunciados nos âmbitos do campo

³ “Pode haver – e, sem dúvida, sempre há –, nas condições de emergência dos enunciados, exclusões, limites ou lacunas que delineiam seu referencial, validam uma única série de modalidades, cercam e englobam grupos de coexistência, impedem certas formas de utilização. Mas não se deve confundir, nem em seu *status*, nem em seu efeito, a ausência característica de uma regularidade enunciativa e as significações encobertas pelo que se encontra formulado.” (Foucault, 2010a, p. 125)

da saúde, ou seja, a diferença existente no poder de proliferação de enunciados específicos – no caso, os enunciados que materializam a questão comumente verbalizada como “expropriação da saúde”. Foi nesse caminho, de exploração dessa desigualdade discursiva, que encontramos condições para estranhar e recolocar o caráter de ruptura da Reforma Sanitária.

SOBRE O QUE COMUMENTE SE CHAMA “EXPROPRIAÇÃO DA SAÚDE”

Uma referência importante na Reforma Sanitária brasileira, seminal nas discussões sobre expropriação da saúde, é a obra *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, de Ivan Illich. Segundo Illich, todo o conjunto de instituições médicas, nos seus distintos níveis, retira “do cidadão o domínio da salubridade no trabalho e o lazer, a alimentação e o repouso, a política e o meio” (1975, p. 44) e elimina da vida cotidiana a possibilidade de escolhas. Ou seja, “a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças [...] reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal” (1975, p. 15) – isso constitui a expropriação da saúde, apontada, naquele momento,⁴ como manifestação da crise da medicina.

Apesar de se referir diretamente à medicina, Ivan Illich atribui o movimento de medicalização da vida e expropriação da saúde a toda extensão de profissões voltadas para a “manutenção dos corpos” e que transformam em paciente qualquer um, mesmo que não esteja doente. Por esse movimento,

[...] a saúde deixou de ser a propriedade natural de que cada homem é presumivelmente dotado até que seja

⁴ *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* foi originalmente escrito em 1973 e publicado, primeiramente, na Inglaterra em 1974 e, em seguida, na França em 1975. A primeira tradução brasileira data de 1975 e foi feita com base na edição francesa.

provado que ele está doente. Ela se transformou nesse sonho inacessível, nessa promessa sempre longínqua a que cada um pode pretender em virtude dos princípios de justiça social. (Illich, 1975, p. 73)

O autor analisa a expropriação da saúde em termos de autonomia e heteronomia dos indivíduos. Explica que a medicalização da sociedade, ao mesmo tempo em que produz uma gama de excluídos dos modos de tratamento exigidos, constrói o abandono dos métodos caseiros e dos hábitos de cuidado entre familiares e vizinhos, fazendo crer que “*Curar não é mais [...] a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente*” (Illich, 1975, p. 78; grifado no original). E aquele que se encarrega do doente é um profissional que exerce o monopólio da medicina contemporânea. Ou seja, a expropriação da saúde é um desequilíbrio entre as formas autônoma e heterônoma de tratamento, com a profissionalização e a especialização dessa forma fazendo subsumir aquela.

A civilização médica opera a expropriação da saúde ao invadir e abalar a eficácia da “função higiênica das culturas tradicionais”, que é baseada no confronto do homem com a dor, na construção de sentido para a doença pelo homem e pelos seus próximos. Portanto, trata-se também da perda de certa socialização dos processos de sofrimento que leva à individualização da doença e da cura. E uma das consequências disso é a impessoalidade nas relações e no trato das questões de saúde.

Essa impessoalidade já é tematizada nos documentos de saúde pública analisados, sendo enunciada de diferentes formas. Às vezes aparece no apontamento de um deslocamento

“casa do paciente → consultório médico → hospital”,

que teria alterado a relação entre médico e paciente, tornando-a “mais formal, mais impessoal e mais fragmentária” (Mascarenhas e Piovesan, 1961, p. 183), relacionando-se a impessoalidade nas práticas de intervenção sobre processos de saúde e de adoecimento com a espacialização dos serviços de saúde.

A impessoalidade aparece também quando é evocado o espaço íntimo como proteção em relação ao caráter político do Estado, geralmente desqualificado: “A experiência mostra que este serviço [de natureza estatal] tende a tornar-se mecânico. Parece que a proteção da saúde do indivíduo e o tratamento de suas doenças são questões muito íntimas para serem confiadas ao mecanicismo impessoal e compulsório do Estado” (Pascale, 1950, p. 102).

Segundo Ivan Illich, o enfrentamento da impessoalidade das instituições médicas, em quaisquer dos seus níveis de atuação, do corpo à corporação –, passa por sua desprofissionalização – o que “não implica o desaparecimento dos terapeutas especializados” –, ou seja, pela ruptura do monopólio médico sobre os atos e saberes. Tal enfrentamento desmascararia o

[...] mito de que o progresso técnico exige especialização constante das tarefas, das manipulações sempre mais abstrusas e de uma permanente e crescente demissão do homem obrigado a se tratar à revelia em instituições impessoais, em vez de depositar sua confiança em si mesmo e em seus semelhantes. (1975, p. 156-157)

A impessoalidade nas relações de saúde, por essa via, estaria relacionada à supremacia da forma de tratamento heterônoma sobre a autônoma.

Outro modo de enunciar o desequilíbrio entre a heteronomia e a autonomia refere-se à discussão sobre o arranjo dos estabelecimentos de saúde como um sistema integrado: “A preocupação dos sanitaristas com a integração dos serviços é legítima. É uma condição necessária mas não suficiente. A integração não se dá no nível dos serviços, mas no nível das relações que esses serviços estabelecem com a população no desenvolvimento de uma prática comum” (Melo, 1976, p. 14). E a denúncia da expropriação fica mais evidente quando se enuncia que “a condição necessária e suficiente dessa integração só será dada na prática com a população, considerando seus modos de vida” (Melo, 1976, p. 14).

A expropriação da saúde é enunciada especialmente nas adjacências entre o tema do planejamento, que funciona como interface ou mediação entre os setores econômico e social do Estado, e o diálogo político. Por exemplo, quando se declara que o consumidor dos serviços de saúde apresenta características distintivas dos consumidores de outros bens, pois: 1) não possui “o conhecimento necessário para julgar a necessidade que tem de um determinado serviço de saúde”; 2) não distingue necessidade – conceito mais amplo e variável, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural e com a percepção dos indivíduos – e demanda – conceito econômico –, positivando um conflito entre a noção do direito à saúde e o ponto de vista econômico; e 3) não faz coincidir “necessidades sentidas e não sentidas” (Araújo, 1977, p. 101).

Além disso, nos documentos que enunciam o conflito entre a noção do direito à saúde e a perspectiva econômica, ganha positividade a função vazia da população no diálogo político. De um lado, roga-se que “é fundamental uma participação popular. [...] É chegada a hora de falar o doente sobre o que ele é e como quer ser medicado. A população agora não só tem o direito, mas o dever de falar” (Novaes, 1977, p. 71). De outro lado, declara-se a expropriação da saúde como uma estratégia política: “Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais” (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1980a, p. 11).

Em suma, nos discursos da saúde pública que constam dos documentos analisados, há um encobrimento que se manifesta, de um lado, nas estratégias de “poder-saber” que materializam arranjos de vida do povo, resistências, escolhas e exercício de autonomia; de outro lado, há uma desigualdade no exercício da função de sujeito do enunciado pelo povo e na rarefação dos enunciados que a denunciam. E essa rarefação não deve ser lida como uma “falta de autonomia”, mas como um determinado arranjo de forças na disputa política. É nesse ponto que cessam as contribuições de Illich e avançam as de Foucault.

CHEGA DE “EXPROPRIAÇÃO”: PASSEMOS À “BIOPOLÍTICA”

Foi fortemente incorporada pelas referências textuais da Reforma Sanitária a leitura de Illich de que a medicalização da vida produz expropriação ao transformar qualquer indivíduo em paciente, ao profissionalizar e monopolizar a medicina contemporânea e ao produzir, progressivamente, iatrogenia. A isso chamavam “crise da medicina”. Foi relativamente encoberta a análise de Foucault⁵ de que a ideia de crise da medicina é falaciosa, pois a medicina moderna, desde que surge no século XVIII, apresenta-se iatrogênica e atua como uma autoridade social.

Poder-se-ia dizer que atualmente está surgindo o que, na realidade, já se vinha preparando desde o século XVIII, quer dizer, não uma teocracia, mas uma *somatocracia*. [...] É justamente o nascimento dessa somatocracia, *que desde o começo viveu em crise*, o que me proponho a analisar. (Foucault, 2010b, p. 171; grifos nossos)

Illich propunha a desmedicalização da sociedade dizendo que “somente substancial redução do *output* global da empresa médica poderá permitir aos homens o reencontro da autonomia e, através dela, da saúde” (Illich, 1975, p. 96). Propunha o enfrentamento às formas heterônomas impostas pela medicina contemporânea e um fortalecimento do poder autônomo gerador de saúde que é inerente a toda cultura tradicional. Esse fortalecimento passaria pela recuperação da higiene tradicional, que

[...] é constituída prioritariamente de regras para comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e morrer. Sem dúvida, a superstição faz parte dessas regras, mas, na

⁵ Essa análise foi feita por Foucault por ocasião da primeira conferência proferida em outubro de 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Até recentemente, essa conferência havia sido publicada apenas em espanhol, em duas diferentes edições datadas de 1976, e em francês, no volume 3 de *Dits et écrits*. Somente em 2010 foi publicada em português, na revista *Verve*, volume 18, com tradução de Heliana Conde.

maioria dos casos, mesmo o ato de exorcismo e magia é consumado neste quadro com uma forma de produção descentralizada e autônoma. (Illich, 1975, p. 124)

Ao receituário de Illich, Foucault responde afirmando que não é possível contrapor à medicina qualquer projeto que não seja pautado no próprio saber médico. Para Foucault, Ivan Illich e seus seguidores contrapõem, à medicina,

[...] uma arte desmedicalizada da saúde, a higiene, a alimentação, o ritmo de vida, as condições de trabalho, a moradia etc. Ora, o que é atualmente a higiene senão uma série de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico, quando não é a própria autoridade médica, em sentido estrito, a portadora ou o centro de elaboração? (Foucault, 2010b, p. 184)

É desse modo que Foucault quebra a doçura da crença de que é possível a “desmedicalização” e volta a nos lembrar que o campo da saúde é animado pela medicina social, cujas características remontam ao século XVIII, quando do surgimento da medicina moderna. “Em certo sentido, a ‘medicina social’ não existe, porque toda a medicina já é social” (Foucault, 2010b, p. 172).

Essa não se restringe a responder às demandas de enfermos e enfermidades, mas responde à saúde: “a medicina que se dedica a outros campos que não as doenças e segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente é um velho fenômeno que faz parte das características fundamentais da medicina moderna” (Foucault, 2010b, p. 183). Ademais, essa medicina se tornou motivo de intervenção do profissional enquanto autoridade social, com fins de normalização de largos aspectos da vida, e “começa a não mais ter campo exterior” (Foucault, 2010b, p. 183), por já não ser apropriação apenas de profissionais médicos, mas por configurar um saber muito mais amplo.

Se desde o século XVIII até os dias de hoje, a medicina dirige-se tanto ao indivíduo quanto à população, enquanto prática social ela também se configura como uma estratégia biopolítica. Trata-se de

uma razão de Estado que, desde por volta de fins do século XVIII, debruça-se sobre questões de “como ser governado, por quem, até que ponto, com que fim, por que métodos” (Foucault, 2008a, p. 119), dirigindo-as aos “problemas específicos da população”. E quando aborda o governo da população, Foucault faz entender que

[...] aquilo com que o governo se relaciona não é, portanto, o território, mas uma espécie de complexo constituído pelos homens e pelas coisas [...] são os homens, mas em suas relações, em seus vínculos, em suas imbricações com essas coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência [...]. São os homens em suas relações com estas outras coisas que são os costumes, os hábitos, as maneiras de fazer ou de pensar. (Foucault, 2008a, p. 128)

Mas quais objetivos tem o governo?

[...] a população vai aparecer por excelência como meta final do governo, porque, no fundo, qual pode ser a finalidade deste último? Não é certamente governar, mas melhorar a sorte das populações, aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde. [...] agindo diretamente sobre ela por meio de campanhas ou também, indiretamente, por meio de técnicas que vão permitir, por exemplo, estimular, sem que as pessoas percebam muito, a taxa de natalidade, ou dirigindo nesta ou naquela região, para determinada atividade, os fluxos de população. É a população, portanto, muito mais que o poder do soberano, que aparece como o fim e o instrumento do governo. (Foucault, 2008a, p. 139-140)

A biopolítica inaugura a população como problema ao mesmo tempo político, científico, biológico e de poder (Foucault, 1999), e conforma a arte de governo típica daquilo que Foucault evoca como medicina social, que, por seu turno, é objeto não apenas do governo do Estado, mas de governantes e governados. Por isso, não faz sentido acusar a ausência de autonomia do povo, pois as normas médicas, sendo apropriadas para além da medicina, conformam um sistema

que é operado também pelos saberes populares. E, então, Foucault sentencia que não há como romper com a medicina:

[...] a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo. (2010b, p. 193)

Portanto, quando destacamos que os discursos analisados produzem um encobrimento dos modos de vida do povo e das funções enunciativas que acusam uma expropriação, a única conclusão, *a priori*, é a reafirmação de que esse encobrimento e essa expropriação são apenas expressões diferenciais de força na circulação do poder. E é a partir dessa afirmação que propomos colocar em suspenso o caráter inaugural da Reforma Sanitária. Nosso objetivo é desmistificar o discurso do campo da saúde na sua pretensão revolucionária, tal como é corrente atribuir ao denominado movimento pela Reforma Sanitária dos anos 1970, especialmente por conta do projeto de ampliação de direitos e universalização da saúde pública. Trata-se de reconhecê-lo, ordinariamente, meramente como um saber em relação de força com outros saberes, cuja prática discursiva não é uma fonte de benevolência, mas uma guerra política.

SE NÃO REVOLUCIONAMOS, PODEMOS CHEGAR A ALGUM LUGAR?

Torna-se imperativo reafirmar nossas intenções na guerra política, assumindo que nossos enunciados são o exercício de uma autoridade legitimada como medicina social. Nesse sentido, se qualquer denúncia de expropriação da saúde e projeto de desmedicalização permanecem sendo discursos dessa medicina, produzir encobrimentos e expropriações também é estratégia,

é posicionamento político nessa guerra em que a saúde figura como interesse.

E é ainda por isso que desnudar encobrimentos e expropriações também é resistir, é exercer força, é operar poder: “a história nunca pode decifrar senão uma guerra que ela própria faz ou que passa por ela” (Foucault, 1999, p. 206). Os processos de saúde e adoecimento “incivilizados”, as práticas discursivas dos desautorizados do campo da saúde não rompem com a ordem da medicina social, mas são outras formas de se colocar em luta.

Se os esforços de Reforma Sanitária de melhoria das condições de saúde, de mudança das práticas, de reorganização de sistemas de assistência à saúde etc. – continuam sendo movimentos de medicalização da vida, então devemos agora julgá-los como bons ou maus? Não. Porém, ao desnudar o véu salvacionista que o campo da saúde insiste em vestir, é possível desdobrar as reflexões a seguir:

a) Alguns dos investimentos da Reforma Sanitária que costumam ser apresentados como características revolucionárias são a universalização da saúde fundamentada na ideia de direito e a saúde sendo referida como um conceito abrangente ou intersetorial. Naquilo em que pôde ser bem-sucedida, a Reforma Sanitária ampliou o alcance populacional da saúde pública – inserindo populações então nunca cobertas – e incorporou, sob a temática do direito à saúde, um conceito ampliado e a noção de determinação social da doença. Esse conceito alimenta projetos de intervenção social que são independentes tanto do adoecimento propriamente quanto da possibilidade de verbalização de demandas – o que tornou possível, por exemplo, diversas concepções do que se pode denominar medicina preventiva. Ora, tais movimentos nada mais são do que uma reatualização da medicina social, que, segundo Foucault, “desde o século XVIII [...] sempre se ocupou do que não lhe dizia respeito, isto é, de aspectos diferentes dos doentes e das doenças” (Foucault, 2010b, p. 182).

A medicina responde a outro motivo que não a demanda do doente, a qual só acontece em casos bastante limi-

tados. Com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. [...] De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, consequentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças. (Foucault, 2010b, p. 180-181)

Lembremos que o campo da saúde coletiva, reconhecido como um movimento próprio, característico da Reforma Sanitária brasileira, com a qual guarda vinculação orgânica, é correntemente reconhecido por sua emergência acadêmica nos departamentos de medicina preventiva e social e congêneres. É um campo que “teria se constituído, fundamentalmente, a partir de um projeto político de transformação setorial. O espaço acadêmico teria sido utilizado, basicamente, para a reprodução de suas propostas políticas de intervenção na realidade socio sanitária” (Ribeiro, 1991, p. 16).

O que pretendemos destacar é que a saúde coletiva apresentasse mais como uma estratégia política, ou melhor, biopolítica, do que como uma nova ciência. É uma estratégia de *medicalização indefinida* (Foucault, 2010b) que, estreitando o diálogo entre as ciências sociais e as ciências da saúde, contrapõe-se à concepção de saúde pública que confere ao discurso biológico o monopólio do saber sobre a saúde e a doença (Ribeiro, 1991; Levcovitz et al., 2003; Birman, 2005). Uma estratégia que atua na incorporação de profissionais de diferentes formações, cujo vínculo com a área da saúde não é diretamente reconhecido: ciências sociais, geografia, história, jornalismo etc.

Segundo Paim e Almeida Filho, o que é característico da saúde coletiva é que “preocupa-se com a saúde pública enquanto saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações. *Nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva*” (1998, p. 312; grifos nossos). Em suma, a saúde coletiva, que costuma ser apresentada por sua emergência e ruptura com a saúde pública, rompendo com

o predomínio “biologicista”, funciona como uma reatualização da medicina social.

Esse intervencionismo busca legitimar-se pela noção de direito, que tem sido canalizada no sentido da ampliação do consumo – fazendo do direito do consumidor uma espécie de modelo desse campo –, o qual, por sua vez, permite uma reapropriação e atualização dos mesmos mecanismos de desenvolvimento socioeconômico em que já estava inserido o modelo de atenção à saúde que se pretendia romper. Assim, no ponto em que a medicina social insere-se na arena das disputas econômicas, opera ressignificando o “economês” e os termos das relações médico–paciente. Isso se dá porque o consumidor dos serviços de saúde tem “características que o distinguem nitidamente da posição, por exemplo, como consumidor de alimentos, vestuário ou de outros bens de consumo” (Araújo, 1977, p. 100): 1) não possui “o conhecimento necessário para julgar a necessidade que tem de um determinado serviço de saúde [...]. Ou seja, ocorre exatamente o oposto da aquisição de outros bens ou serviços” (Araújo, 1977, p. 101); 2) não distingue “o que é *necessidade* e o que é *demanda*” (Araújo, 1977, p. 101; grifado no original) – diferença dada pelo fato de que demanda é um conceito “estritamente econômico” e “o conceito de *necessidade* é bem mais amplo e variável de acordo com o contexto socioeconômico e cultural, de uma parte, e com o nível de percepção dos indivíduos, de outra” (Araújo, 1977, p. 101; grifado no original). Isso positiva um conflito entre “a noção do *direito à saúde* a qual tem sólida base humanística e jurídica” e o “ponto de vista econômico” (Araújo, 1977, p. 101-102; grifado no original); 3) não faz coincidir “necessidades sentidas e não sentidas”, ou seja, “necessidades percebidas pelo próprio indivíduo em confronto com aquelas que os técnicos e especialistas em saúde consideram como válidas ou até mesmo essenciais” (Araújo, 1977, p. 102).

Nessa reatualização dos mecanismos de desenvolvimento socioeconômico ensejados pela medicina social na Reforma Sanitária brasileira, foi possível enunciar que “a questão do direito à saúde, quando corretamente enfocada, transforma-se, de um problema puramente administrativo, ligado às formas de financiamento e

à organização da assistência médica, em um problema eminentemente político, ligado ao desenvolvimento e à justiça social” (Araújo, 1979, p. 37-38). Desse modo, mesmo operando críticas e propondo alternativas ao modelo de desenvolvimento econômico sustentado pela indústria da saúde, a Reforma Sanitária brasileira praticava os mesmos termos daquilo com que dizia romper: no seu movimento de *medicalização indefinida* (Foucault, 2010b) trouxe a economia para o seu domínio e construiu como um problema seu o fato de que,

[...] de um lado, melhorar as condições de vida (de saúde) significa a busca de um aumento de produtividade que compensasse a tendência da queda da taxa de mais-valia [...]; de outro, significa a realização de uma imagem de justiça, qual seja, a igualdade dos direitos individuais, o consumo não diferenciado de serviços. (Novaes, 1977, p. 73)

Não foi de outro modo que a saúde pública brasileira funcionou, e permanece funcionando, como setor produtivo. Pois na proposta de universalização da saúde estava embutido o aumento na produção de insumos, na formação de trabalhadores, no investimento em estabelecimentos, na inovação tecnológica etc. Retomando a análise de Foucault, temos que “a medicina surgiu no final do século XVIII por exigências econômicas”,

[...] porém, o peculiar na situação atual é que a medicina se vinculou aos grandes problemas econômicos através de um aspecto diferente do tradicional. [...] Atualmente, a medicina encontra a economia por outra via. Não simplesmente porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros. (Foucault, 2010b, p. 187-188)

Esse é o movimento expansionista mais claro. Porém, há um movimento de expansão da medicina social pela Reforma Sanitária brasileira que é mais sutil: na expansão de suas funções, a saúde pública assume-se na engrenagem do desenvolvimento socioeconômico e, a partir do Estado, disputa os espaços da política institucional sem

romper com o modo de fazer política, mas, pelo contrário, declarando pretensões de blindagem do aparelho ou reificando o mesmo modo de ação de quaisquer outros grupos de interesse. Como exemplo, temos enunciados como:

Nas disposições do SNS [Sistema Nacional de Saúde] vamos encontrar uma área que não representa interesse imediato para os grupos dominantes no Setor Saúde hoje, ou seja, a atenção primária à saúde. [...] É nesta área que têm surgido espaços de atuação podendo ser ocupados. (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1980, p. 17)

E, na ocupação dos mesmos espaços, reafirmam-se as mesmas vontades políticas às quais é declarado o enfrentamento quando são exercidas por outros grupos que não aqueles mapeados como os “da Reforma Sanitária”. É o caso, por exemplo, da aposta que se faz em relação à prática do planejamento em saúde, que é entendido como um espaço de “decisões neutras e técnicas, sábias e antecipadoras das necessidades populares”, é também reconhecido por seu efeito político de pacificar “as relações de poder e os interesses dos grupos dominantes” (Cordeiro, 1979, p. 42). Efeito que é positivado quando transforma “as aspirações populares em fluxo de informações [...] analisadas racionalmente e transformadas em reajustes, que reatualizam, mas não transformam nem democratizam os sistemas de saúde” (Cordeiro, 1979, p. 42). Assim, ao operar, nesse caso, na pacificação e na manutenção das relações de força, o planejamento torna-se uma estratégia política conservadora, um dilema posto para quaisquer vontades pretensamente revolucionárias. Nada disso é estranho ao liberalismo,⁶ entendido como a “arte de governar o menos possível”. Nas palavras de Foucault:

⁶ O liberalismo, comumente entendido como liberdade econômica e redução do Estado, é entendido por Foucault de forma diferente. Trata-se de uma razão de Estado que alimenta práticas que impõem certa limitação interna às ações do Estado pela racionalidade da maximização do controle. É nos marcos dessa razão que a biopolítica é operada. A economia política e o mercado são instrumentos de averiguação dessas práticas. Assim entendido, o liberalismo não é a égide das liberdades individuais e ilimitadas, mas uma gestão, de governos e governados, sobre as liberdades com vistas ao seu regramento econômico-político.

[...] o que é esse novo tipo de racionalidade na arte de governar, esse novo tipo de cálculo que consiste em dizer e em fazer o governo dizer “aceito, quero, projeto, calculo que não se deve mexer em nada disso”? Pois bem, acho que é isso que se chama, em linhas gerais, liberalismo. (Foucault, 2008b, p. 28)

Contudo, se não é estranho ao liberalismo, também nada disso pode ser tido como revolucionário. Em suma, os projetos e estratégias da Reforma Sanitária brasileira sustentam a mesma boa e velha medicina social, que permanece ligada aos mesmos mecanismos sociais e econômicos – de poder – do modelo que dizia romper.

b) Assumir o exercício da medicina social é assumir o campo da saúde pública como lócus de governo da população e por isso, especialmente, lócus de conflitos da vida. A operação da biopolítica, ao mesmo tempo em que estabelece uma medicina das populações, faz funcionar também uma medicina das singularidades. Assim, tornam-se objetos da medicina social conflitos que vão desde as disputas orçamentárias dentro e fora do aparelho de Estado até os conflitos que encontram materialidade singular no exercício da clínica.

Ora, se a construção de uma antimedicina é uma falsa questão (Foucault, 2010b), parece-nos coerente pensar que a medicina pode ser potencializada como uma arena da qual diferentes atores se apropriam com distintos níveis de operação discursiva, e que a clínica é um importante espaço de conflito, potente de possibilidades de inversões nos jogos de força e de produção discursiva capilar.

Trata-se do espaço próprio de lidar com a doença e o sofrimento e de estabelecer a relação de cuidado. Com todos os ruídos que pode comportar, e comporta – por exemplo, a coisificação do paciente por via de seu diagnóstico –, a clínica ainda é espaço privilegiado para a quebra de suas próprias pretensões científicas e para a construção de saberes comuns, principalmente quando

[...] o encontro entre um profissional de saúde deixa de ser visto como o encontro desigual entre alguém que sabe sobre as doenças, seus modos de prevenir e tratar e

alguém que não sabe, para se tornar um encontro entre profissionais que sabem algo sobre as doenças, e pessoas que sabem algo sobre suas vidas e sobre seu sofrimento. É na tentativa de fundir esses horizontes que se produzem relações emancipatórias. (Mattos, 2008, p. 338)

Por mais que o exercício da clínica deva ser voltado para um objetivo comum – o da terapêutica –, ele não se faz isento de negociações e incertezas e, nesse sentido, é espaço privilegiado de circulação de poder. É na própria circulação do poder, na capilaridade dos processos, no seio das relações, que ocorrem permanentes rupturas da ordem. Nesse âmbito, os próprios discursos, ou melhor, as práticas discursivas, nada mais são do que instrumentos nessa luta perpétua; são o saber exercendo poder, podendo, e de fato sendo, rotineiramente reafirmado, derrubado, reapropriado, positivado.

Em suma, a Reforma Sanitária brasileira, justificando suas pretensões revolucionárias a partir de uma dita crise da medicina não pode por isso ser revolucionária, pois seus próprios projetos permanecem sendo tão medicalizadores como aquilo com o qual se dizia romper. Logo, não é uma ruptura e não deve ser abraçada pelas gerações presentes como algo a ser venerado, mas como algo a ser tomado para novos usos, novos valores, novas pretensões.

INVENTANDO NOVOS LUGARES

Uma importante influência no trabalho de Foucault, Nietzsche sempre tratou como opostos os termos invenção e origem. Afirmava que a invenção é entendida como ruptura e que o conhecimento é inventado. Com isso queria dizer que os saberes não estão inscritos na natureza humana, mas são resultados de um afrontamento, de relações de força, de relações políticas (Foucault, 2003a). Logo, cabe também aos estudos históricos assumir sua função inventiva, entendendo que

[...] o sentido histórico, tal como Nietzsche o entende, sabe que é perspectivo, e não recusa o sistema de sua própria injustiça. Ele olha de um determinado ângulo,

com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto. (Foucault, 2007, p. 30)

Segundo Nietzsche, de tempos em tempos o homem “precisa ter a força [...] para explodir e dissolver um passado, a fim de poder viver: ele alcança um tal efeito conforme traz o passado para diante do tribunal, inquirindo-o penosamente e finalmente condenando-o” (2003, p. 29-30). É com esse respeito e a responsabilidade de inquirir o passado que revisamos a Reforma Sanitária, buscando explicitar determinado efeito de sua não ruptura: quando Foucault nos ajuda a perceber os limites do projeto de antimedicina, entendemos a denúncia da expropriação da saúde como uma movimentação política inserida no jogo da medicina social. E entendemos a própria Reforma Sanitária e a saúde coletiva como reatualizações desse mesmo jogo.

Em outros termos, na medida em que a ordem dos discursos delimita o valor de verdade dos enunciados, são produzidas desigualdades na sua distribuição, com efeitos como o de rarefação do tema da expropriação da saúde. E foi numa leitura mais atenta dessa questão que pudemos compreender a impossibilidade de uma antimedicina, mas também pudemos recolocar os termos das relações em saúde, enfatizando o tema da expropriação como um momento de circulação e disputa de saber, ou ainda, como a operação de um modo específico de participação.

Essa participação necessariamente envolve alguma forma de medicalização – essa entendida como saberes e normas relacionados à saúde e à doença de indivíduos e populações –, pois a apropriação da medicina social extrapola os grupos médicos e de outros profissionais do campo da saúde e faz funcionar modos de vida: é biopolítica. E é exatamente nesse ponto que se desmitifica o caráter inaugural da Reforma Sanitária. É o que nos permite tanto reconhecer a autonomia dos indivíduos quanto pôr em questão a porosidade do campo da saúde pelo diálogo – logo, a capacidade de participação social – quando assume sua postura salvacionista de construir “consciência sanitária”.

De todo modo, ainda que careçamos de outros estudos, parece-nos possível pensar que a participação popular que se obteve na Reforma Sanitária, se não foi revolucionária, por não ter sido “desmedicalizada”, também não deve ser abolida por isso. Ainda que “medicalizada” ou incompleta, há que se construir práticas discursivas que desvelem a concretude dos modos de vida. E a pergunta mais importante passa a ser *como* construir inversão nos jogos de forças das práticas discursivas. Para essa pergunta não há qualquer resposta previamente factível que assim não seja “expropriadora”. Sabemos *o que* queremos: relações de construção de saúde mais participativas e emancipatórias, e sempre mais; mas *como* queremos construir isso é tarefa que se faz no cotidiano, na materialidade das relações que envolvem a medicina como “parte de um sistema econômico e de um sistema de poder” (Foucault, 2010b, p. 193).

Por fim, recuperamos o modo como Foucault retoma e supera as objeções que Nietzsche apresentava às modalidades de história, em nome da afirmação da vida e do poder de criação:

Os estudos que seguem, assim como outros que anteriormente empreendi, são estudos de “história” pelos campos que tratam e pelas referências que assumem; mas não são trabalhos de “historiador”. [...] [São] um exercício filosófico: sua articulação foi a de saber em que medida o trabalho de pensar sua própria história pode *liberar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente*. (Foucault, 2003b, p. 13-14; grifos nossos)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J. D. de. As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 97-109, 1977.

_____. O direito à saúde: um problema de administração e de política. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 21-38, 1979.

BIRMAN, J. A *physis* da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 11-16, 2005.

BORGES, C. F. *Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira: possíveis descrições do período 1950-1980*. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980.

_____. Atenção primária à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 14-20, 1980.

CORDEIRO, H. de A. Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 39-62, 1979.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Conferência 1. In: _____. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003a. p. 7-27.

_____. Modificações. In: _____. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003b. p. 9-16.

_____. *Microfísica do poder*. 24. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. Aula de 1º de fevereiro de 1978. In: _____. *Segurança, território, população*. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a. p. 117-153.

_____. *Nascimento da biopolítica*. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b. p. 3-69.

_____. *Arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina? *Verve – Revista do Núcleo de Sociabilidade Libertária da PUC-SP*, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010b.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LEVCOVITZ, E. et al. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Opas, 2003.

MASCARENHAS, R. dos S.; PIOVESAN, A. O conceito de integração aplicado à medicina e à saúde pública. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 89, p. 179-198, 1961.

MATTOS, R. A. de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C., LIMA, J. C. F. (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 313-352.

MELO, J. A. C. de. A prática da saúde e a educação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 13-14, 1976.

NIETZSCHE, F. *Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

NOVAES, R. L. Saúde e democracia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 71-74, 1977.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASCALE, H. Contribuição para a elaboração de um plano de assistência hospitalar no interior do estado. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v. 15, n. 44, p. 97-107, 1950.

RIBEIRO, P. T. *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978*. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

BIOPOLÍTICAS DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE: O SUS E O GOVERNO DAS POPULAÇÕES

Grasiele Nespoli

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi, é o que se poderia denominar a assunção da vida pelo poder: se vocês preferirem, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico ou, pelo menos, uma certa inclinação que conduz ao que se poderia chamar de estatização do biológico.

Foucault, 2000

A noção de biopolítica, construída por Michel Foucault no decorrer dos seus cursos ministrados nos anos 1970, inscreve-se como uma arte de governar ou, como ele mesmo designou, uma “governamentalidade”, uma forma de regulamentação, ou uma estratégia de segurança, que tem a vida como objeto de investimento.

A primeira menção reconhecida do termo foi na conferência “O nascimento da medicina social”, quando Foucault apresentou a tese de que o controle do capitalismo não operava somente pela consciência e ideologia, mas pelo corpo: “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.

O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2001, p. 80).

Ao final do primeiro volume do livro *A história da sexualidade*, Foucault novamente se referiu à biopolítica como um mecanismo indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, “que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (Foucault, 1985, p. 132). Nesse processo, o homem ocidental se reconhece como “espécie viva em um mundo vivo” e “o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade; cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder” (Foucault, 1985, p. 134).

Mas foi nos cursos de 1975-1976 (“Em defesa da sociedade”), de 1977-1978 (“Segurança, território e população”) e de 1978-1979 (“Nascimento da biopolítica”) que Foucault inaugurou uma análise topográfica¹ do poder, como considera Collier, que “examina como as técnicas e tecnologias de poder existentes são reposicionadas e recombinaadas em diferentes arranjos de governo biopolítico” (2011, p. 246).

É reconhecida a importância dos estudos de Foucault para pensar as questões de saúde pública e, em especial, a noção de biopolítica e suas derivações, que possibilita uma reflexão crítica acerca das políticas de saúde e dos mecanismos de participação social das populações na gestão da saúde. Nesse sentido, este texto apresenta, inicialmente, uma revisão de algumas ideias e noções foucaultianas, especialmente aquelas que refletem a relação entre

¹ Para Collier, Foucault não apenas elege o Estado como seu objeto de estudo nesses últimos cursos, mas acima de tudo promove uma análise topológica do poder que se diferencia de seus trabalhos anteriores. Collier afirma que a “análise inicial de Foucault sobre a biopolítica assenta-se em afirmações surpreendentemente datadas e totalizantes sobre as formas de poder características da modernidade. As últimas conferências, em contraste, sugerem o que proponho chamar de uma análise *topológica* do poder” (2011, p. 246) que implica reafirmar o poder como exercício e como relação, numa perspectiva metodológica diferencial, uma vez que Foucault passa a preocupar-se com “a maneira pela qual os espaços são organizados, com as propriedades de conectividade.

biopolítica, segurança e população. Essas noções serão retomadas, num segundo momento, como suporte para pensar, de forma ainda primária, a relação entre biopolítica e governo das populações no contexto de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro – o SUS –, e de implantação de mecanismos de participação social e de gestão participativa. Por fim, o texto apresenta uma breve reflexão sobre dois elementos indispensáveis para pensar a participação política na atualidade: desejo e criação.

BIOPOLÍTICA E GOVERNO DA VIDA

Há algo essencial de um extremo a outro da obra de Foucault: ele sempre tratou de formações históricas (de curta duração, ou, no final, de longa duração), mas sempre em relação a nós, hoje. Ele não tinha necessidade de dizê-lo explicitamente em seus livros, era por demais evidente [...]. As formações históricas só o interessavam porque assinalavam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com que estamos em vias de romper e encontrar novas relações que nos expressem.

Deleuze, 2008

Foucault não opõe história e atualidade, não descreve a história como memória e passado, mas como acontecimento. Inquieto com aquilo que somos, o filósofo transita em três faces e toma de assalto a história, subtraindo de seu pensamento qualquer tipo de dicotomia que insiste em dividir as coisas da vida em polos. É um pensador do múltiplo e suas três faces estabelecem uma passagem entre três dimensões – do saber, do poder e da produção de subjetividade.

Foucault se preocupa com a política da verdade, ou com os “efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam, e pelas táticas de poder que são os elementos dessa luta” (2008b, p. 5). Em seus estudos sobre a “arte de governar”, por exemplo, ele esclarece que a compreende como “a maneira pensada de governar o melhor

possível e também, ao mesmo tempo, a reflexão sobre a melhor maneira de governar” (2008a, p. 4). Foucault define o poder como luta, afrontamento, combate, guerra; algo que possui uma dimensão estratégica que permite que ele se exerça na dispersão, pois é num sistema de diferenças que ele se coloca em funcionamento. O poder se articula, no discurso, ao saber, e torna-se um dispositivo político de regulação da vida. Por isso, não deve ser apreendido como regra e proibição, mas como força, microfísica, positiva que toma forma nas articulações entre saberes e práticas e que possui, portanto, uma dimensão tanto estética quanto ética, implicadas com a construção de modos de existência. Para ele, o poder não é substância, e sim um conjunto de mecanismos e procedimentos que tem por objetivo manter “justamente o poder” (Foucault, 2008b, p. 4).

Na sociedade moderna, o que generaliza o poder não é a consciência universal da lei, mas a trama dos mecanismos de governo da vida. Nesse sentido, o Estado se organiza e funciona por uma combinação de técnicas de individuação e de procedimentos de totalização relacionados com a incorporação de diferentes tecnologias que ele significa nas noções de disciplina, técnicas de si, biopolítica, poder pastoral e “governamentalidade”, que formam, acima de tudo, modalidades de captura e submissão do corpo às forças produtivas. O poder opera modulações que não são sucessões, mas que, por meio de correlações de técnicas e procedimentos, resultam em dominantes.

Portanto, vocês não têm uma série na qual os elementos vão se suceder, os que aparecem fazendo seus predecessores desaparecerem. Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança. Vocês não têm mecanismos de segurança que tomam o lugar dos mecanismos disciplinares, os quais teriam tomado o lugar dos mecanismos jurídico-legais. Na verdade, vocês tem uma série de edifícios complexos nos quais o que vai mudar, claro, são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar ou, em todo caso, se complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou mais exatamente, o sistema de

correlação entre os mecanismos jurídico-legais, os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança. (2008b, p. 11)

Foucault mostra como, no final do século XVIII, no contexto da Revolução Francesa (1789) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1790), a sociedade atravessou mudanças que deslocaram as relações de poder e fizeram do suplício² e da atrocidade atos vergonhosos que deviam ser reprovados e substituídos por técnicas de correção, recuperação e cura (Foucault, 2009). Esse movimento marca a passagem da sociedade de soberania para a sociedade disciplinar que tem como principal característica os grandes meios de confinamento que concentram e distribuem os corpos no espaço e no tempo.

Na modulação disciplinar, o espaço e o tempo são forças produtivas que operam por meio do controle das operações do corpo. O poder investe na produção de bens e riquezas, exercendo-se nos corpos, por intermédio da disciplina, “uma anatomia política do detalhe” (2009, p. 134), fundada na utilidade e na docilidade dos homens. Uma forma de exercício de poder que procede, primeiramente, distribuindo os corpos no espaço, encarcerando-os nas fábricas, conventos, prisões, escolas, hospitais, exércitos. Depois de encarcerado, torna-se necessário colocar cada indivíduo no seu lugar, por um “quadriculamento” que possibilita a organização de um espaço analítico o qual gera, por sua vez, um espaço útil (Foucault, 2009). A disciplina transforma a multidão confusa, os inúteis e perigosos em multiplicidades organizadas, em quadros vivos. Por isso, para Foucault, “a constituição de ‘quadros’ foi um dos grandes problemas da tecnologia científica, política e econômica do século XVIII” (2009, p. 143). O quadro é uma técnica de poder-saber, um instrumento para percorrer e dominar o múltiplo, o

² O suplício era a principal técnica da sociedade de soberania, “a arte de reter a vida no sofrimento” (Foucault, 2009, p. 36), que definia o corpo como um objeto de representação e a punição como uma cerimônia que estende aos olhos dos espectadores o horror e a presença física do soberano.

desordenado, colocando uma regra, uma ordem. A disciplina opera pelo controle das atividades, do tempo, do relógio, dos detalhes da rotina; correlaciona o corpo, os gestos e os objetos para garantir um indivíduo bem disciplinado, útil e “enquadrado”.

As instituições modernas ordenadas pelo modelo arquitetônico do panóptico³ são dispositivos de fazer ver, máquinas ópticas fundidas em tecnologias de poder que examinam, classificam, punem, normalizam e regulam os corpos e almas dos loucos, doentes, delinquentes, crianças e trabalhadores, que se tornam, por certo, “assujeitados”. Nesse sentido, a tática da disciplina situa-se sobre o eixo que liga o singular e o múltiplo, isto é, ao mesmo tempo em que adentra as multidões móveis, fabrica o indivíduo dócil e obediente necessário à produção capitalista. Foi analisando esse duplo movimento de fabricação do indivíduo e da multidão que Foucault também viu emergir, no século XIX, outra forma de exercício de poder, a biopolítica, que se dirige à espécie humana,

[...] à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de um conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. [...] Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas o que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana. (Foucault, 2000, p. 289)

A biopolítica exerce uma regulamentação da vida que se caracteriza pelo poder contínuo e científico de “fazer viver ou deixar morrer”. Uma forma de exercício de poder refletida na transformação do direito político estabelecido pela soberania – o direito de “fazer

³ Segundo Foucault (2009), as instituições sociais modernas de confinamento foram constituídas pelo panóptico, um modelo arquitetônico desenhado por Jeremy Bentham (1791) que permite “ver tudo sem ser visto” e que produz um registro contínuo sobre os corpos dos indivíduos.

morrer ou deixar viver” – que, para Foucault, gera uma transformação não no âmbito da teoria política, mas nos mecanismos e tecnologia de poder. Assim, a biopolítica opera um controle sobre os fenômenos coletivos e vai trabalhar, sobretudo, na produção de uma população saudável e utilizar estratégias e mecanismos regulamentadores que buscarão, de várias maneiras, fixar um equilíbrio, alcançar uma média e otimizar um estado de vida. Trata-se de “levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (Foucault, 2000, p. 294). Dessa forma, a biopolítica, ou o biopoder, age como um dispositivo de governo, como uma espécie de “governamentalidade” que diz respeito à maneira correta de dispor as coisas e conduzi-las a um bem comum, em que as leis servem como táticas de governo, como regras racionais que são próprias do Estado.

Eu creio que, justamente, uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer. (Foucault, 2000, p. 287)

A biopolítica emerge como uma forma de poder que se exerce sobre os fenômenos da vida, o nascimento, a fecundidade, a velhice, as enfermidades e a morte: “são fenômenos coletivos, que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos, que só se tornam pertinentes no nível da massa” (Foucault, 2000, p. 293). É a estatística, e não mais a clínica médica, o saber que sustenta e torna possível a biopolítica, com suas previsões, estimativas, probabilidades e medições globais. A biopolítica regula a vida, controlando “seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder” (Foucault, 2000, p. 295). E é a norma o ele-

mento que vai circular entre a disciplina e a regulamentação, que vai ser aplicada ao corpo individual e ao corpo da população.

Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias da disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. (Foucault, 2000, p. 302)

A norma não corresponde ao sistema legal, embora haja uma relação entre a lei e a norma, “uma normatividade intrínseca à lei, fundadora talvez da lei” (Foucault, 2008b, p. 74), mas a normalização envolve um conjunto de procedimentos, processos e técnicas que visam produzir o normal. Na sociedade de soberania, a arma por excelência da lei é a morte aos que a transgridem, mas numa sociedade em que a vida é objeto de investimento, o poder se manifesta por distribuição dos vivos “em um domínio de valor e utilidade” e “a lei funciona cada vez mais como norma” (Foucault, 1985, p. 135). Foucault explica que na modulação disciplinar, por exemplo, a normalização procede por decomposição dos indivíduos, depois por classificações ordenadas por sequências, definição dos aptos e não aptos e, a partir daí, pela demarcação do que é normal e do que é anormal (Foucault, 2008b, p. 75).

Todavia, a normalização na modulação de segurança opera de outra forma. Foucault apresenta o exemplo da varíola nos séculos XVIII e XIX, quando já se dispunha de técnicas de inoculação (1720) e de vacinação (1800), e de instrumentos estatísticos de registro, que ressignificam a doença, de algo substancial, sólido e reinante, para “uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo e no espaço” (Foucault, 2008b, p. 79). No enfrentamento da varíola, nascem também as noções de caso, risco, perigo e crise. Enquanto a noção de risco se define pela probabilidade, segundo variáveis, de um acontecimento, a de perigo deriva do que é mais arriscado, dos diferenciais do risco, e a de crise fundamenta o

naturalismo, a física dos acontecimentos, que deve ser regulada por intervenção artificial (Foucault, 2008b, p. 79-81). O propósito da segurança é conhecer a distribuição normal dos casos em relação aos fatores externos, por idade, região, cidades, bairros e profissões. “O normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir desse estudo das normalidades que a norma se fixa e desempenha um papel operatório. Logo eu diria que não se trata mais de uma normação, mas sim, no sentido estrito, de uma normalização” (Foucault, 2008b, p. 83).

A sociedade de segurança se constitui por uma forma de governo dos acontecimentos, daquilo que os fisiocratas chamavam natural, físico, os elementos da realidade. Na modulação de segurança os mecanismos de poder buscam uma anulação e não uma proibição; trata-se de delimitar o aceitável para os fenômenos coletivos. É o governo da população que interessa, quando ela se constitui como noção e como realidade, como objeto sobre o qual são dirigidos os mecanismos de poder e como sujeito submetido a certos comportamentos. Foucault afirma que, até o século XVIII, o problema da população era colocado numa modalidade negativa: “O que se chamava de população era essencialmente o contrário de população” (Foucault, 2008b, p. 88). Entendia-se por população o movimento de repovoar um território devastado por uma epidemia, um desastre ambiental ou uma guerra.

A noção de população vai se diferenciar da noção de povo⁴ no contexto da emergência do cameralismo e do mercantilismo que, para Foucault, “não são tanto doutrinas econômicas quanto uma nova maneira de colocar os problemas do governo” (2008b, p. 90) que tem a população como um elemento positivo, como força produtiva, tanto para a riqueza quanto para a manutenção do pode-

⁴ Para Foucault, o povo se comporta em relação à gestão da população “como se não fizesse parte desse sujeito-objeto coletivo que é a população, como se pusesse fora dela, e, por conseguinte, é ele que, como povo que se recusa a ser população, vai desajustar o sistema” (2008b, p. 57). O povo rasga o contrato social, torna-se estrangeiro no seu próprio país. O povo resiste à regulação da população.

rio de um Estado. Assim, com os fisiocratas, a população deixa de ser uma coleção de súditos de direito, submetidos à vontade do soberano, e vai ser considerada “um conjunto de processos que é preciso administrar no que têm de natural e a partir do que têm de natural” (Foucault, 2008b, p. 92).

A população varia com o clima. Varia com o entorno material. Varia com a intensidade do comércio e da atividade de circulação das riquezas. Varia, é claro, de acordo com as leis a que é submetida: por exemplo, os impostos, as leis sobre o casamento. Varia também com os hábitos das pessoas, por exemplo, a maneira como se dá o dote das filhas, a maneira como se asseguram os direitos de primogenitura, a maneira como se criam as crianças, como são ou não confiadas a uma ama. A população varia com os valores morais ou religiosos que são reconhecidos a este ou aquele tipo de conduta: por exemplo, valorização ético-religiosa do celibato dos padres e dos monges. Ela varia também e principalmente com, é claro, o estado dos meios de subsistência, e é aí que encontramos o célebre aforismo de Mirabeau, que diz que a população nunca irá variar além, e não pode, em caso algum, ir além dos meios de subsistência. (Foucault, 2008b, p. 92)

A população é composta de diferentes indivíduos, mas possui algo invariante, o motor de ação de seu conjunto, o desejo, que aparece no interior das técnicas de governo como “aquilo por que todos os indivíduos vão agir. Desejo contra o qual não se pode fazer nada”, que pode existir “em certos limites e graças a certo número de relacionamentos e conexões” e que acaba “produzindo o interesse geral da população” (Foucault, 2008b, p. 95). Os mecanismos de governo atuam na “produção do interesse coletivo pelo jogo do desejo”, daí o problema do pensamento econômico-político dos fisiocratas não ser mais dizer não, mas saber dizer sim a esse desejo, o que configura uma filosofia utilitarista das populações. Essas também são naturalizadas de acordo com a frequência dos fenômenos que são variáveis segundo suas condi-

ções: “A mortalidade em crianças é, em todo caso, sempre maior que a dos adultos. A mortalidade é sempre mais elevada na cidade do que no campo etc.” (Foucault, 2008b, p. 97).

A naturalização das populações coloca a espécie humana, e não mais o gênero humano, entre outros seres vivos. É nesse contexto, de ascensão da vida pelo poder, que a biopolítica tem como elemento fundamental o racismo biológico, o qual estabelece “um corte entre o que deve viver e o que deve morrer” (Foucault, 2000, p. 304), definindo, por meio da qualificação das raças, quais são boas, quais são inferiores, quais devem viver, quais podem morrer. O racismo constitui, assim, uma relação a delimitar que, para alguns viverem, outros deverão morrer, “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” (Foucault, 2000, p. 305). Assim, é o racismo biológico, como exercício de poder, a condição para o direito de matar.

Além de sua inserção biológica, a população é, por outra parte, o que se chama de público:

[...] vista do ponto de vista de suas opiniões, das suas maneiras de fazer, dos seus comportamentos, dos seus hábitos, dos seus temores, dos seus preconceitos, das suas exigências, é aquilo sobre o que se age por meio da educação, das campanhas, dos convencimentos. A população é, portanto, tudo o que vai se estender do arraigamento biológico pela espécie à superfície de contato oferecida pelo público. (Foucault, 2008b, p. 98)

Assim, na sociedade moderna, o governo torna-se mais que a soberania de um território, porque o problema político é o problema das populações, do crescimento demográfico, da alimentação e das cidades; “graças à percepção dos problemas específicos da população e graças ao isolamento desse nível de realidade que se chama economia, que o problema do governo pôde enfim ser pensado, refletido e calculado fora do marco jurídico da soberania” (Foucault, 2008b, p. 138). Nesse sentido, o soberano do território tornou-se um arquiteto do

espaço disciplinar⁵ e também um regulador do meio para assegurar circulações, de pessoas, mercadorias e produtos, do ar. Na modulação da segurança, o problema é desfazer os aglomerados, é atuar sobre o que já está constituído; é abrir espaços para novas funções da cidade, econômicas, administrativas; é garantir a higiene, o comércio, é possibilitar a vigilância no momento de supressão das muralhas – possibilitar o governo dos acontecimentos (Foucault, 2008b).

A circulação e a regulação são elementos do mercantilismo assegurados pela doutrina fisiocrata que coloca o princípio de liberdade (*laissez-faire*) como fundamental para o governo econômico. Assim, os mecanismos de mercado devem possibilitar a análise do que vai acontecer e do que deve acontecer. E a economia se estende para toda a lógica da produção, abre-se ao mercado global, figura-se como uma economia-política e não apenas uma análise das riquezas. Essa economia política, como ciência e técnica de governo, como “governamentalidade”, tem como alvo a população e como mecanismos, dispositivos de segurança.

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – sobera-

⁵ Na modulação soberana, o Estado deve ser como um edifício, o território deve compreender suas fundações. A capital é o local central, que deve dar exemplo dos bons costumes, é a sede da academia, o lugar do luxo, de atração do estrangeiro (Foucault, 2008b, p. 19). Na modulação disciplinar, as cidades se formam, não a partir do maior que ela, o território, mas a partir do menor, de uma figura geométrica que é o retângulo, um módulo arquitetônico. É o tratamento disciplinar do múltiplo. Na modulação soberana trata-se de capitalizar um território, na modulação disciplinar, trata-se de arquitetar um espaço (Foucault, 2008b).

nia, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que se deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”. (Foucault, 2008b, p. 143-144)

No processo de “governamentalidade”, Foucault fala da integração, por parte do Estado, do poder pastoral, um poder típico das instituições cristãs que assegura a salvação dos indivíduos e do rebanho, explorando as almas e exercendo um saber da consciência; ele vela pela salvação de todos, agindo sobre cada elemento em particular (Foucault, 2006 e 2008b). E, nesse sentido, o Estado surge como a matriz moderna da individualização e da salvação, em seus diversos significados: “saúde, bem-estar (isto é, riqueza suficiente, padrão de vida), segurança, proteção contra acidentes” (Foucault, 1995, p. 238). Nesse contexto, a medicina, antes promovida pela Igreja, estende-se a toda a população, nas suas diversas formas sociais, assegurando a existência do próprio Estado e de seu poder sobre a população. O Estado amplia o poder pastoral para todo o corpo social mediante uma multiplicidade de instituições que também operam por tecnologias de governo que exploram a alma dos sujeitos, forçando-os a falar sobre seus pensamentos íntimos e secretos. O poder pastoral também objetivou um saber sobre o homem “em torno de dois polos: um, globalizador e quantitativo, concernente à população; o outro, analítico, concernente ao indivíduo” (Foucault, 1995, p. 238). Deriva desse processo a ideia do homem político como um pastor de um “rebanho de seres vivos que a população de uma cidade constitui” (Foucault, 2008b, p. 189).

Com a noção de “governamentalidade” ocorre uma inversão: o governo não é um instrumento do Estado antes de ser uma “peripécia do governo” (2008b, p. 331). Foucault mostra como, no decorrer do século XVI, a razão do Estado se desenvolveu como

uma forma política de poder, inserida numa racionalidade e numa prática governamental “com base em algo que se chama Estado [...] mas o Estado será ao mesmo tempo um objeto a construir” (2008a, p. 6). A arte de governar deve “fazer o dever-ser do Estado tornar-se ser” (2008a, p. 6); governar segundo o princípio da razão do Estado é, então, fazê-lo existir de forma sólida e imbatível. Diferentemente da soberania medieval, o governante do Estado, respeitando “as leis divinas, morais, naturais”, deve sobretudo assegurar a existência do Estado por meio de uma gestão interna organizada pelo que, na época, definia-se por polícia, “a regulação indefinida do país de acordo com o modelo de uma organização urbana densa” (2008a, p. 8). O Estado – e a riqueza do Estado – passa a ser o princípio e o objetivo da razão governamental: “o Estado é, portanto, o princípio da inteligibilidade do que é, mas também é o que deve ser” (2008b, p. 385).

Nos séculos XVII e XVIII, a resistência ao Estado foi conduzida por intermédio do direito público, das regras do direito, delimitando-se, assim, a razão do Estado pela razão jurídica – isto é, um princípio externo ao Estado limitava o poder do governante por meio de leis que não podiam ser violadas (Foucault, 2008a). Mas, em meados do século XVIII, emergiu uma razão governamental que instaurou outro princípio de limitação do Estado, intrínseco a ele, que vai demarcar o que “se deve fazer e o que convém não fazer” (Foucault, 2008a, p. 16). Essa limitação é uma regulação interna ao funcionamento do Estado, “na medida em que o governo dos homens é uma prática que não é imposta pelos que governam aos que são governados, mas uma prática que fixa a definição e a posição respectiva dos governados e governantes” (Foucault, 2008a, p. 17). Essa limitação interna será proveniente da economia política que visa o enriquecimento do Estado, ajustado ao crescimento e à melhoria dos meios de subsistência das populações, e à “manutenção de um certo equilíbrio entre os Estados” (Foucault, 2008a, p. 19). A economia política gera uma autolimitação pelo princípio de verdade estabelecido com o liberalismo, isto é, por uma prática de governo que institui a questão “por que então seria preciso governar?” (Foucault, 2008a, p. 433).

Nesse novo cenário, aparece a sociedade, em nome da qual se deve governar. A finalidade do governo é então atender os interesses da sociedade, minimizando os excessos do Estado, por intermédio da regulação jurídica, “não por um juridismo que lhe seria natural, mas porque a lei define formas gerais de intervenções que excluem medidas particulares, individuais, excepcionais, e porque a participação dos governados na elaboração da lei, num sistema parlamentar, constitui o sistema mais eficaz de economia governamental” (Foucault, 2008a, p. 436). Dessa forma, a limitação interna da razão do Estado mínimo utiliza os recursos jurídicos e ocorre em termos de direito, mas não mais com base em leis que antecedem o governo, agora as que servem como dispositivo de governo.

A razão governamental liberal precisa também da liberdade como base para o governo, ao passo que também se estabeleçam “limitações, controles, coerções, obrigações apoiadas em ameaças” (Foucault, 2008a, p. 87). A liberdade vai servir de reguladora, portanto tem de ser produzida e organizada. “A liberdade é algo que se fabrica a cada instante. O liberalismo não é o que aceita a liberdade. O liberalismo é o que se propõe a fabricá-la a cada instante, suscitá-la e produzi-la com, bem entendido, todo o conjunto de injunções, de problemas de custo que essa fabricação levanta” (Foucault, 2008a, p. 88). E, como regulação, o princípio de cálculo, a medida da liberdade é a segurança, em nome da proteção do interesse coletivo contra os interesses individuais e vice-versa.

É no contexto dessa nova razão governamental delimitadora da função do Estado que a biopolítica se fortalece, integrando dispositivos jurídicos e disciplinares, mas, sobretudo, criando dispositivos de segurança. E a sociedade civil, enquanto tecnologia governamental,⁶ é que vai possibilitar, junto com a ideia de *homo*

⁶ Para Foucault, a sociedade civil “sempre foi referida no discurso filosófico, no discurso político também, como essa realidade que se impõe, que luta e se ergue, que se insurge e escapa do governo, ou do Estado, ou do aparelho de Estado, ou da instituição”, mas o filósofo adverte que “é preciso ser muito prudente quanto ao grau de realidade que se outorga a essa sociedade civil. Ela não é um dado histórico-natural que viria de certo modo servir de pedestal, mas também de

oeconomicus,⁷ o governo da vida. E Foucault conclui, ao final de *Nascimento da biopolítica*, que o mundo moderno foi preenchido por uma “série de racionalidades governamentais que se acavalam, se apoiam, se contestam, se combatem reciprocamente” (2008a, p. 424). Afinal, a política é o jogo dessas diferentes artes de governar que tem em comum, na contemporaneidade, o governo da vida, que desde o século XVIII racionalizou

[...] os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças... Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam desde o século XIX e que desafios políticos e econômicos vêm constituindo até hoje. (Foucault, 2008a, p. 431)

O SUS E O GOVERNO DAS POPULAÇÕES

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o estado de São Paulo recebeu importante corrente de imigrantes italianos e, em menor escala, de outras nacionalidades. A partir de 1908, iniciou-se outra grande corrente imigratória, a dos japoneses. Os imigrantes italianos vieram principalmente para trabalhar na agricultura (café), substituindo os escravos negros que haviam sido libertados em 1888. Após alguns anos de trabalho nas plantações de café, os italianos, na grande maioria, mudaram-se para as cidades. O muni-

princípio de oposição ao Estado ou às instituições políticas. A sociedade civil não é uma realidade primeira e imediata. A sociedade civil é uma coisa que faz parte da tecnologia governamental moderna. Dizer que ela faz parte dessa tecnologia não quer dizer que seja o seu produto puro e simples, mas também não quer dizer que não tem realidade” (2008a, p. 404).

⁷ A noção de “homem econômico” foi generalizada como uma forma de estender a análise econômica “a uma série de objetos, de campos de comportamentos ou condutas, que não eram comportamentos ou condutas de mercado; tentativa, por exemplo, de aplicar a análise econômica ao casamento, à educação dos filhos, à criminalidade” (Foucault, 2008a, p. 366).

cípio de São Paulo recebeu muitos desses imigrantes e, no registro de óbito, como ainda atualmente, constava a nacionalidade do falecido. [...] Verifica-se que [em 1902] 74,6% eram brasileiros (nascidos na capital ou no estado de São Paulo ou em outros estados); 25,2% eram estrangeiros e 0,2% tinham nacionalidade ignorada. Entre os estrangeiros, predominavam os italianos (62,1%). É interessante observar que ocorreram 16 óbitos de “africanos” e 1 “oriental”, não tendo sido especificado o país de origem. Quanto aos africanos, pode-se especular serem ex-escravos não nascidos no Brasil, mas trazidos da África. (Risi Junior e Nogueira, 2002, p. 120)

No Brasil, os problemas da saúde da população foram evidenciados no contexto das grandes epidemias, da excessiva pobreza e da alta mortalidade derivada das condições de vida nas cidades no final do século XIX e início do século XX. Os fenômenos de vida e morte passaram a ser uma preocupação para o desenvolvimento econômico do país e, assim, a população, para além da família,⁸ passou a ser foco de estratégias de saúde que exercerão sobre ela uma biopolítica.

Ao longo do século XX, no Brasil, as estratégias de saúde foram organizadas por diferentes vias que constituíram mecanismos de governo da vida atuando na regulação dos corpos individuais e dos processos biológicos do homem-espécie. Essas vias são a saúde pública (caracterizada por práticas higienistas e campanhistas), a medicina previdenciária, a medicina do trabalho e a medicina liberal (Paim, 2009). A forma de construção da soberania do Estado brasileiro encontrou nessas vias um dispositivo biopolítico, difundido por meio de técnicas e procedimentos, saberes e práticas, que incidem sobre a vida da população, normalizando-a segundo padrões que interessam ao desenvolvimento econômico do país – o

⁸ Quando os fenômenos de vida e morte passaram a ser quantificados e regulados, a população aparece como algo irredutível à família, que passa para um segundo plano, deixa de ser modelo para ser segmento, um instrumento de governo. A família, em sua posição estratégica, é instância de medicalização dos indivíduos, permitindo o fortalecimento da ética privada da boa saúde (Foucault, 2008b).

que só foi possível graças a hegemonia da racionalidade biomédica mercadológica, edificada sobre conhecimentos técnicos, científicos e especializados.

Os efeitos desses mecanismos de “governamentalidade” indicam como a fragmentação das práticas e o investimento numa racionalidade médica liberal privatista, de cunho individual e curativista, favorecem o controle e a medicalização dos indivíduos e, logo, da população, corroborando a lógica do capitalismo contemporâneo que investe sobretudo na vida. E o investimento na vida foi tamanho que resultou num aumento de sua expectativa em termos de idade, correlata a uma mudança, já conhecida, nos padrões de adoecimento e morte, derivada da introdução de novas tecnologias capazes de tornar a população mais saudável, mais forte e produtiva por mais tempo – um ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos.

Todavia, contra o controle da população emergiu o movimento brasileiro de Reforma Sanitária que culminou na constituição do SUS, em 1988, fundado no princípio da saúde como um direito social de todo cidadão. O SUS é reconhecido como uma conquista da sociedade civil contra um governo militar autoritário e centralizador, antidemocrático. O movimento sanitário denunciou a precariedade das condições de vida e a manutenção de uma desigualdade social extrema que avassalava (e ainda avassala) grande parte da população brasileira e garantiu, por meio de um processo democrático, o debate e a defesa de outro projeto de saúde pública para o Brasil, que deveria desenvolver outros meios, estratégias e dispositivos de governo, de condução e gestão da saúde e da vida da população.⁹

O SUS se firma sobre princípios e diretrizes que atribuem significado ético e estratégico à sua construção. Dentre os princípios

⁹ O movimento da Reforma Sanitária, além de promover a conquista do SUS no campo jurídico-legal, fomentou uma rica produção teórica que sustentou outras perspectivas de práticas e mecanismos de gestão, atenção e formação. Essa produção fundamentou as bases da saúde coletiva e as propostas de novos arranjos nos dispositivos de gestão do SUS como, por exemplo, a gestão compartilhada ou a cogestão.

constitucionais, a universalidade resguarda o valor da saúde como direito garantido pelo Estado por meio do acesso igualitário e sem preconceitos ou privilégios aos serviços e ações de saúde. Das diretrizes, a descentralização “busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas” (Paim, 2009, p. 49). A atenção integral, por sua vez, visa um atendimento ininterrupto capaz de responder aos problemas de saúde das pessoas vistas em sua complexidade. E a participação comunitária versa pela democratização dos processos políticos e de gestão do sistema de saúde brasileiro.

Atualmente, o SUS conforma uma vasta e complexa rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde, públicos e privados, que funcionam com diferentes lógicas e dispositivos de gestão. Enquanto o sistema de saúde suplementar cobre cerca de “41,4 milhões de beneficiários a plano de assistência médica”, o SUS “é a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros” (Paim, 2009, p. 85). Nesse sentido, opera como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e alcança números que indicam sua capacidade de resposta aos problemas de saúde da população.

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no Terceiro Mundo. São números impressionan-

tes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. (Santos, 2008, p. 2.009)

Os avanços do SUS são percebidos pelo crescimento no número de procedimentos realizados, que também revelam o aumento da cobertura dos serviços de saúde decorrente do processo de descentralização e municipalização e da conseqüente criação de outros dispositivos de gestão, como as comissões intergestoras bipartites e tripartites (atualmente também as regionais), os fundos de saúde e os mecanismos de repasse financeiro fundo a fundo, e os conselhos e as conferências de saúde. Sem dúvida, as mudanças nos mecanismos de gestão foram importantes para a configuração de espaços de debate, negociação e pactuação de ações e metas relativas à saúde da população. E são significativos os avanços promovidos pela expansão da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), que se apresenta como principal dispositivo de reversão do modelo hegemônico de atenção e cuidado. “De uma cobertura populacional de apenas 4,4% em 1998, o PSF atingia 37,9% da população em 2004” (Paim, 2009, p. 77) e mais da metade da população em 2009.¹⁰ No que diz respeito às políticas de saúde, foram realizados significativos avanços na confecção de novas normas e processos, no âmbito da gestão, da atenção e da formação. O SUS atualmente se orienta por um conjunto de políticas de saúde¹¹ que se atravessam e induzem mudanças, respeitando seus princípios e diretrizes, e resistindo à força liberal da medicina.

No entanto, o SUS é um projeto em disputa, sua construção ainda sofre muitos percalços, pois demanda, para além de sua constituição jurídica, novas formas de “governamentalidade”,

¹⁰ O histórico de cobertura do Programa Saúde da Família está disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 10 jul. 2014.

¹¹ Merecem destaque as políticas nacionais de Educação Permanente, de Humanização, de Atenção Básica, de Promoção da Saúde e de Gestão Estratégica e Participativa.

diferentes daquelas cunhadas historicamente, que reforçam a gestão da vida em função do aumento do capital. Sua defesa, quando coerente com o projeto brasileiro da Reforma Sanitária de universalização da saúde, caminha contra um projeto neoliberal de reforma do Estado, que defende políticas sociais residuais dirigidas à parcela pobre da população, primando pela regulação do mercado na oferta dos serviços de saúde. O contexto político e econômico adverso à implantação do SUS é, como sabemos, um dos principais obstáculos para a garantia da saúde como um direito; não obstante, na contrapartida de seus avanços, houve um crescimento da chamada saúde suplementar e, conseqüentemente, uma intensificação do modelo biomédico de cuidado e da medicalização da vida em toda a esfera social.

As dificuldades de constituição da saúde como um direito são inúmeras. Em relação à gestão, o SUS sofre com restrição fiscal, subfinanciamento, permanência de uma racionalidade normativa e gerencialista, alta carga burocrática de trabalho, sucateamento e privatização de serviços de saúde, e precariedade das condições de trabalho, dentre outros problemas que impedem seu funcionamento ideal. Esses problemas afetam diretamente a construção de alternativas no campo da atenção à saúde da população. Mesmo com a descentralização, o SUS, em muitos municípios e regiões, opera de forma fragmentada, com baixa resolubilidade e sem referências de serviços de média e alta complexidade. E a atenção básica, com todos os seus elementos (território, trabalho em equipe, educação e promoção da saúde etc.), não consegue “reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais” (Santos, 2008, p. 2.011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona nos moldes de uma medicina social e centra-se ainda na produção de procedimentos e não no fortalecimento da participação coletiva na gestão da atenção e do cuidado no contexto dos territórios. O caráter altamente prescritivo da estratégia direciona as ações para a prevenção, o controle e o tratamento de doenças, e não para o enfrentamento

de seus determinantes, o que materializa um modelo ainda insuficiente de resposta às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a ESF pode estar atuando como um mecanismo regulatório nos territórios, como uma estratégia política de extensão da medicalização dos corpos, uma tática de “quadriculamento” (de áreas, microáreas e domicílios) que possibilita a disciplina dos indivíduos e o governo da multidão. As práticas, muitas vezes, continuam situadas na ordem médica e na norma familiar, e os vínculos podem ser de dominação e não de emancipação, o que expressa a dificuldade de construção de ações que correspondam ao conceito ampliado de saúde, tal como defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Diante de todos esses problemas, um dos maiores entraves, transversal aos demais, é a implantação de dispositivos democráticos de participação social na gestão do SUS, ponto crucial para a transformação dos mecanismos de “governamentalidade”. Mesmo com o reconhecimento da importância dos conselhos e conferências de saúde como espaços de luta e disputa por um projeto de saúde pública democrático, em muitos casos esses espaços aprisionam a participação política na forma de um controle social institucionalizado. São diversas as dificuldades desses mecanismos no processo de democratização da gestão da saúde.

Dentre os principais problemas identificados, podemos destacar a dificuldade em reverter o padrão de planejamento e execução das políticas de saúde em direção à radicalização do projeto democrático. Aspecto pertinente à sua capacidade de determinar a produção de políticas públicas a partir das características locais e regionais e da experiência dos setores e grupos sociais implicados [...] tem-se constatado que a participação, principalmente do segmento usuário, tende a ser cerceada na medida em que a presença quantitativa assegurada com o requisito jurídico da paridade, mesmo quando cumprida, não significa uma correspondência direta com a capacidade de intervenção. Essa característica recorrente incide negativamente na eficácia dessa forma de participação,

tolhendo-a em um de seus principais propósitos, qual seja a vocalização política da sociedade civil, particularmente dos grupos populares. (Guizardi, 2009, p. 11-12)

Os limites dos conselhos de saúde apontam para a emergência de pensar a participação social para além dos mecanismos de representação que instituem a ação política no âmbito do Estado, uma vez que essa forma de ação limita o agir político e, assim, “o espaço público não é vivido como território aberto à produção da realidade social, mas como espaço de regulação, de sua contenção, enredado em redes hierárquicas e institucionais de ordenamento social” (Guizardi, 2009, p. 15). O funcionamento desses mecanismos por dentro das máquinas governamentais mostra uma dificuldade de desterritorializar o domínio do privado que se apresenta de várias formas, seja pelos novos dispositivos e modelos de gestão (fundações estatais, organizações sociais etc.), seja pela molecularidade da ação política, por privatização dos arranjos, apropriação e ocupações por interesses de alguns e exclusão de outros (Merhy, 2012). Além disso, o discurso implicado na liberdade de participação política pode equivaler, na prática, à defesa de necessidades e interesses (de grupos ou indivíduos) que não correspondem aos interesses das populações.

Pode-se dizer que o movimento que deu origem ao SUS, apesar dos avanços no escopo da institucionalidade dos direitos sociais, abranda-se sem reverter a lógica de crescente desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Universalidade, equidade, integralidade e participação social, princípios do SUS que denotam forte compromisso ético com o bem comum, seguem como utopias realizáveis, operando entre o possível-real-mediocre e o real-ideal-concretizável. (Pires e Demo, 2006, p. 64)

Os avanços, por mais significativos que sejam, ainda não constituíram o SUS utópico (Merhy, 2012) nem o SUS democrático (Paim, 2009), e também não reverteram a situação de saúde da população brasileira, que continua caracterizada por uma significativa desigualdade no padrão de adoecimento e morte. Se é pos-

sível identificar melhorias significativas na expectativa de vida ao nascer, com redução da taxa de mortalidade infantil e de mortalidade geral por doenças infecciosas, por exemplo, também persiste um cenário desigual, que define quem deve viver e quem pode morrer. No contexto nacional, as desigualdades são geográficas, de classe e etnia. Vive-se menos no Nordeste do que nas demais regiões do país. As doenças infecciosas, como esquistossomose, doença de Chagas e leishmaniose, atingem mais as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Observa-se que a frequência de qualquer doença aumenta com a redução do nível social e econômico dos grupos sociais. E sabe-se que a população negra, “além de possuir demandas relativas a alguma patologia específica, apresenta níveis de saúde abaixo dos observados na população brasileira geral” (Barreto e Carmo, 2007, p. 1.787).

Nesse cenário de pobreza e risco à saúde, e de uma população envelhecida, reaparecem doenças como o cólera, a dengue e a tuberculose; e destacam-se como causa de morte as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas, essas últimas como “expressão da violência social em suas mais diversas formas” (Teixeira, 2004, p. 841). A população brasileira também sofre com outros problemas derivados do modelo de desenvolvimento exploratório e desigual, como a situação de saúde da população indígena, de quase meio milhão de brasileiros, que vivem em condições precárias “que se traduzem entre outras coisas por altas prevalências de desnutrição e altas incidências de tuberculose” (Barreto e Carmo, 2007, p. 1.787). Tal cenário mostra como a vida das pessoas possui valores diferentes.

Iniciamos o terceiro milênio com 45% da população dos estados nordestinos classificada como abaixo da linha da pobreza (renda familiar *per capita* de meio salário mínimo), enquanto nos estados do Sudeste, encontramos 23% da população nesta situação, e nos estados do Sul, 20,1%. (Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior, 2005, p. 72)

Num país com grande capacidade econômica, onde a fome ainda constitui uma agenda do governo, a iniquidade nas condições

de vida é evidente e aparece como um importante indicador do estado de saúde da população, alcançado pelos mecanismos de governo da vida. Embora a questão da equidade esteja colocada na operacionalização do SUS desde 1990, com base num financiamento mais redistributivo, por exemplo, só recentemente vem sendo referida na elaboração de políticas de atenção integral a algumas populações específicas¹² que sofrem historicamente com a desigualdade social e vivem em situações de vulnerabilidade. Essas políticas resultam da luta de movimentos sociais pelo reconhecimento e implantação de medidas que possam reduzir as iniquidades entre os grupos populacionais. São políticas que primam pela garantia do acesso dessas populações aos serviços de saúde e que apresentam questões específicas, como o problema do racismo que incide sobre a população negra, o preconceito sobre a população de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, e as particularidades do processo saúde-doença constituído pelo modo de vida dos povos do campo e da floresta, e pelos quilombolas.

A “inclusão social de populações específicas visando à equidade no exercício do direito à saúde” é também uma das diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), que se conjuga com outras, como a “valorização de diferentes mecanismos de participação popular e controle social”, “a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde” e a “ampliação dos espaços de escuta da sociedade” (Brasil, 2009, p. 13). O enfrentamento das iniquidades deve acontecer, principalmente, por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde capazes de promover espaços de “vocalização das necessidades e desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos” (Brasil, 2009, p. 15).

¹² Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002; Política de Atenção Integral à População Negra, criada em 2007; Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2008; Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2010.

Não está em questão aqui analisar essas políticas e os mecanismos propostos,¹³ muito menos diminuir a importância de todas as iniciativas que são constitutivas do SUS, mas mostrar que as populações são, cada vez mais, alvo do governo e das políticas públicas de saúde, e a participação social se apresenta, nesse contexto, como um elemento estratégico.

Um avanço recente é o “Mais Saúde” ou “PAC da Saúde”, no qual o governo federal assume publicamente o quadro estimado das necessidades de saúde da população do país, assim como as metas, também estimadas, das ações de prevenção e cura, de promoção da saúde, da gestão do trabalho incluindo a formação, qualificação e valorização, da qualificação da gestão do sistema, *da participação social* e cooperação internacional. (Santos, 2008, p. 2.015; grifos nossos)

O que está em questão é pensar os limites e possibilidades do SUS numa outra perspectiva, da “governamentalidade”, o que significa refletir se, de fato, o projeto brasileiro de saúde pública consegue reverter o processo de dominação que atua por meio de uma biopolítica que mantém um estado ótimo de saúde da população, sem risco de produção de uma revolta. Também significa pensar os efeitos produzidos pelo conjunto das tecnologias de governo que permeiam a organização do SUS e o modo como colocam a vida no centro das políticas. Porque, até o momento, “a defesa da vida humana, ou até mesmo do bem-estar, não tem sido utilizada como principal critério para a definição dos modos de produção e distribuição de riquezas” (Campos, 1999, p. 28) e, nos planos do SUS, a vida da população ainda é representada em estatísticas, e traduzida em indicadores e metas.

A Reforma Sanitária não conseguiu forjar mecanismos de “governamentalidade” capazes de ressituar a vida da população nas políticas de saúde, mas nos ensinou como a participação política

¹³ Para aprofundar a análise desses mecanismos, sugiro a leitura do capítulo “SUS, gestão participativa e equidade”.

é força fundamental para a resistência e a construção histórica.¹⁴ Se quisermos fazer da gestão participativa, tal como definida no ParticipaSUS, uma estratégia transversal presente no cotidiano do SUS, devemos estender os mecanismos de participação ao infinito, fazendo-a rizomática.¹⁵ Nesse sentido, é preciso pensar a participação para além dos mecanismos de representação e radicalizar o processo de democratização do SUS (Guizardi, 2009), tornando a “governamentalidade” porosa à ação política do povo. Acima de tudo, é preciso escapar dos mecanismos de segurança e de controle que criam “condições para cada um sentir-se atuando e decidindo no interior das políticas de governo” (Passeti, 2005, p. 134) e, assim, capturam o exercício da participação que não alcança, por sua vez, uma ação política transformadora da realidade social.

O SUS não pode servir como um dispositivo de segurança que delimita o aceitável para os fenômenos de vida e morte. Nem pode exercer um poder pastoral que assegure, simplesmente, a salvação dos indivíduos. Deve ser, ao contrário, assumido como um campo estratégico de governo da vida que precisa reverter, por meio de suas tecnologias, o biopoder que continua definindo o limite seguro entre quem pode morrer e quem deve viver. Para isso, é preciso uma alteração geral dos mecanismos de governo e da racionalidade governamental que faz do Estado uma rede de controle e normalização da vida. Alteração que deve ser traduzida não só por uma reforma dos projetos sociais, mas por uma redefinição dos modos de produção que tem, como meta, o capital, e não a defesa da vida. A radicalidade necessária para a constituição da saúde como um direito extrapola a capacidade atual do SUS; é um problema geral, senão global, visto que a biopolítica se produz também na relação entre os Estados.

¹⁴ O capítulo “Um ensaio sobre a ideia da Reforma Sanitária brasileira” traz interessante discussão sobre a força histórica do movimento de Reforma Sanitária.

¹⁵ Sobre a participação rizomática, ver o capítulo “Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde”.

Assim, o enfrentamento das iniquidades e a constituição de um projeto democrático e universal de saúde depende de um plano de lutas diferente, que retome a força do movimento de Reforma Sanitária e de outras estratégias de “governamentalidade”, que consigam deslocar a multidão do seu lugar de população para o lugar de povo, de quem resiste e se revolta. E, para isso, uma possibilidade é reafirmar a participação política pela via do desejo e da criação.

PARTICIPAÇÃO POLÍTICA, DESEJO E CRIAÇÃO

A defesa da vida tornou-se um lugar comum. Todos a invocam, desde os que se ocupam de manipulação genética até os que empreendem guerras planetárias. Alguns vêem nas formas de vida existentes e na sua diversidade um reservatório infinito de lucro e pesquisa; outros, um patrimônio inalienável da humanidade. Alguns deploram que a vida tenha sido decomposta e recombinada “artificialmente” a ponto de seu conceito mesmo ter sido volatilizado; outros celebram que tal “desnaturalização” abre a via, por fim, para novas formas de “pós-humanidade”. Esse debate inconcluso é o sintoma, talvez, de um paradoxo que está no cerne da condição contemporânea. Por um lado, a vida tornou-se um capital, senão “o” capital por excelência, de que todos e qualquer um dispõem, virtualmente, com consequências políticas a determinar.

Pelbart, 2003

A biopolítica se estendeu sobre toda a superfície planetária, a ponto da defesa da vida ter se tornado um lugar comum e algo paradoxal. Assim também é no SUS, na sua rede de serviços e ações que pode ser de captura, de um biopoder embrutecedor, que coloca “a vida a serviço de poderes tristes” (Fuganti, 2009, p. 667), ou de liberação de novas potências, de biopotências, que colocam o poder a serviço da vida. As forças tristes são as que conservam, as que se tornam “dominantes em relação às forças de criação, ao mesmo tempo em que a vida não só é conduzida a estados vizinhos de zero, de intensidade zero, como também é coagida a investi-los” (Fuganti, 2009, p. 668).

Há tempo a razão governamental descobriu que a participação dos governados na elaboração da lei é eficaz para a sua própria manutenção, pois gera uma cumplicidade, quando não uma obediência. O poder inclui. Como então promover uma participação política capaz de gerar novas formas de “governo da vida” no interior da máquina governamental? Como construir outras vias, outras racionalidades governamentais, capazes de gerir políticas de participação que tenham a defesa da vida como principal critério e objetivo? Como encher a vida de novos sentidos?

A simplicidade da resposta não alcança a pretensão das perguntas. Uma forma seria ativar o biopoder pelo seu avesso, transformando-o em biopotência, potência de vida, luta constante pela defesa da saúde como direito que, de fato, é de vida. E, para colocar o poder a favor da vida são necessários, minimamente, desejo e criação. O desejo é “a potência da capacidade ativa de existir” (Fuganti, 2009, p. 672), e a criação é o que torna possível romper aquilo que se conserva, portanto exige abandono e autonomia. Porém, o desejo, quando investido pelo capital, serve como limite, como força de conservação do estado de vida, dos modos de pensar e agir no mundo, das verdades, mas quando investido de vontade de criação pode ser o motor de uma ação política emancipatória. Não há participação sem capacidade ativa de existir e sem abertura para o novo.

Nesse sentido, no âmbito da participação social ou dos mecanismos de gestão participativa do SUS, os seres humanos precisam reinventar-se para não serem cúmplices daquilo que supostamente se combate, e que acabam conservando – por exemplo, a racionalidade liberal, privatista em suas diversas facetas e práticas disciplinares e normalizadoras. Para isso, precisam produzir outros desejos, o que não significa produzir novas intenções, mas novas maneiras de se relacionar, novas formas de sociabilidades e novas singularidades que escapem ao assujeitamento do próprio desejo e da vida. O assujeitamento é o efeito do poder, daquilo que captura e determina a vida de fora (Fuganti, 2009) e uma das saídas dessa captura é a in-

venção ética relativa aos valores e aos domínios de constituição do sujeito, de si e do outro (Foucault, 2006). E é na relação com a verdade que Foucault compreende a construção da subjetividade, pois a verdade se expressa em práticas discursivas, articula saber e poder, e está implicada na produção da existência humana. É preciso então questionar as verdades.

Ativar nossa existência sobre o prisma do desejo e da criação significa formar resistências e produzir novos sentidos para a vida humana. Desejo e criação são indispensáveis para a renovação dos homens e da participação política na luta pela construção democrática do direito à saúde. Isso significa que, para darmos continuidade à Reforma Sanitária, devemos produzir mais vontade de criação e menos vontade de verdade (ou de poder), para reativar, assim, a participação política, não como um instrumento de governo, mas como uma forma de governo e de afirmação da vida, e o espaço público como uma via de acesso e construção de outros mundos. A participação deve restituir à vida, em sua prerrogativa normativa, o espaço do político (Guizardi, 2009, p. 17). Só assim a população será povo. Só assim podemos afirmar a saúde como nossa capacidade de luta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1.779-1.790, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: CNS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.

COLLIER, S. J. Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da governamentalidade. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 5, p. 245-284, jan.-jul. 2011.

DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 2008.

FOUCAULT, M. *A história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1985. V. 1.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABIONOW, P. (org.). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 79-111.

_____. Política e ética: uma entrevista. In: MOTTA, M. (org.). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006. p. 218-233.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2009.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 667-679, 2009.

GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 9-34, mar.-jun. 2009.

MARSIGLIA, R. M. C.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, maio-ago. 2005.

MERHY, E. Saúde e direito: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

PAIM, J. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSETI, E. Anarquismos e sociedade de controle. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 123-138.

PELBART, P. *Vida capital: ensaios de biopolíticas*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

RISI JUNIOR, J. B.; NOGUEIRA, R. P. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 117-234.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 13, supl. 2, p. 2.009-2.018, 2008.

TEIXEIRA, C. F. *Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.

PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA: UM MODO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Bruna Ceruti Quintanilha
Maristela Dalbello-Araujo

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, ressaltamos a importância da interferência do usuário na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa ideia está comumente relacionada ao princípio da participação social, legitimado pela lei nº 8.142/1990. Entretanto, percebemos que os movimentos de participação se manifestam em vários espaços. Eles ocorrem no cotidiano do serviço de saúde, quando os usuários reclamam, participam da solução dos problemas ou oferecem sugestões. Entendemos que essas formas de participação, que denominamos participação rizomática, são movimentos de resistência, porque engendram processos de ruptura no modo preestabelecido de organização. Propomos, então, elucidar o entendimento sobre esse modo de participação e sua importância como produtora de pontos de tensão e questionamentos sobre o que está instituído como Sistema Único de Saúde.

A participação social é uma das diretrizes mais importantes para a efetivação do SUS, posto que a sua legitimação foi uma conquista empreendida pelos movimentos sociais da década de 1980 (Dagnino, 2002; Longhi e Canton, 2011; Luz, 2007; Martins et al., 2008). O marco se faz com a sanção da lei nº 8.142/1990, que regulariza o funcionamento dos conselhos e conferências de saúde (Brasil, 1990). Para Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), trata-se da pedra de toque do SUS que resgata os princípios de universalidade, integralidade e equidade, e permite a inclusão dos usuários nos processos decisórios para a qualidade dos seus serviços.

Nota-se, no entanto, que, por muito tempo, a compreensão do que seja participação social ficou restrita às características do controle social, que supõe a fiscalização, por parte da sociedade civil, das ações do Estado. Além disso, os conceitos de controle e participação são geralmente tidos como sinônimos. Porém, segundo Correa (2000) e Guizardi et al. (2004), o entendimento sobre participação social extrapola as ações fiscalizadoras por parte da sociedade.

Não há um único marco teórico para a concepção do conceito de participação social, sendo comum que se relacione a dois grupos de argumentações. O primeiro está ligado à “idade” do conceito e o segundo, à “novidade que [o] uso recente e recorrente do conceito encerra” (Vianna, Cavalcanti e Cabral, 2009, p.223).

A ideia de participação remete à teoria social moderna, que tem aproximadamente quatro séculos de idade e adota o conceito participação política (Longhi e Canton, 2011; Vianna, Cavalcanti, Cabral, 2009). No século XX, a partir do debate teórico e político, ocorre uma substituição do adjetivo político pelo adjetivo social; desde então, passa-se a utilizar os termos participação política e participação social como sinônimos (Vianna, Cavalcanti e Cabral, 2009, p. 223). Entretanto, as origens dos termos são diferentes. Enquanto o primeiro remete “à participação de todos os membros da pólis - condição de direito (ou de dever) universal -, o segundo se aplica a segmentos específicos da população: os pobres, os excluídos, as minorias” (Vianna, Cavalcanti e Cabral, 2009, p. 223).

PARTICIPAÇÃO INSTITUÍDA NO SUS

A participação social no SUS pode ser abordada com base na concepção de participação política, uma vez que o sistema se propõe único e para todos. Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que, no sistema brasileiro de saúde, a participação social corresponde ao dever e ao direito da sociedade de fazer parte do debate e da tomada de decisão a respeito da formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Os conselhos e conferências de saúde são mecanismos instituídos de participação social no SUS, nos quais cada esfera do governo conta com instâncias colegiadas (Brasil, 1990). Guizardi e Pinheiro (2006) afirmam que a conquista de tais espaços foi decisiva para a construção de uma institucionalidade democrática sem a qual não se conseguiria efetivar a saúde como um direito. Nesse sentido, ressaltamos que são inegáveis os avanços alcançados na construção do SUS a partir da institucionalização desses mecanismos (Guizardi e Pinheiro, 2006; Trad e Esperidião, 2009).

Cortes (2002), entretanto, afirma que tais mecanismos, apesar de colaborarem para a democracia de representação dos interesses entre os atores sociais (gestores, trabalhadores e usuários), têm o seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros.

A forma de funcionamento dessas instâncias varia, então, de acordo com as características do município, encontrando-se tanto locais em que há maior abertura para discussões e participação efetiva de todos os representantes colegiados quanto outras regiões com disparidades com relação à vocalização dos grupos.

A pesquisa realizada nos conselhos de saúde por Guizardi e Pinheiro (2006) assinalou que os conselheiros não se consideram aptos a assumir essa função, principalmente os representantes dos usuários, que afirmam não participar das discussões e questões trabalhadas nesse espaço. Outra pesquisa detectou que há uma limitação na eficiência da atuação dos conselheiros, o que gera

comportamentos submissos e conformistas em vez de afirmar práticas de cidadania (Cotta, Casal e Rodrigues, 2009).

Os espaços instituídos na forma de conselhos e conferências de saúde foram criados para garantir a efetivação da participação da população na gestão do SUS, por meio da representatividade (Brasil, 1990). Portanto, o usuário é o principal ator desses espaços e sem a sua presença não há participação social efetiva. Todavia, percebemos que essas instâncias não têm conseguido cumprir tal função. Por essa razão, alguns autores têm afirmado que a participação social não deve ficar restrita aos espaços instituídos (Brasil, 2005; Costa e Lionço, 2006; Guizardi, 2008; Guizardi, 2009; Guizardi et al., 2004; Longhi e Canton, 2011; Martins et al., 2008; Brasil, 2009a e 2009b; Trad e Esperidião, 2009; Soratto, Witt e Faria, 2010).

Nesse mesmo sentido, Guizardi (2008) ressalta que os usuários não expressam seus desejos e questões apenas nos espaços instituídos de participação, o que sinaliza a necessidade e o desafio de se pensar uma reconfiguração para o que se tem chamado de participação no SUS. Entretanto, valorizar a participação no dia a dia dos serviços não significa a criação de outros fóruns institucionalizados além dos já existentes, no formato de reuniões entre profissionais, usuários e gestores. De acordo com Guizardi (2009), a cristalização desse tipo de prática, impede a vivência do espaço público como um ambiente aberto à produção de realidade social.

Percebemos que os serviços são tomados cotidianamente pela realidade social produzida no território nos quais estão inseridos. Eles são compostos, por exemplo, pelas relações entre as famílias que ali moram, por crianças-problema encaminhadas pelas escolas, pela disputa do comando do tráfico de drogas e pela dificuldade de acesso dos moradores idosos. Essas realidades atravessam todos os serviços da rede de saúde e fazem que cada um deles possua um funcionamento diferente, mesmo que sigam diretrizes idênticas.

Para Dalbello-Araujo (2005), as realidades produzidas pelos usuários trazem inúmeros desconfortos para os serviços e produzem diversas interferências em seu funcionamento, porque sua

existência foge à regra e sua presença produz tensão, gera conflito e exige mudanças de posturas. Com isso, afirma que sempre há participação no cotidiano dos serviços de saúde.

Pesquisas recentes (Faria, 2010; Iglesias, 2009; Quintanilha, 2012; Quintanilha e Dalbello-Araujo, 2009) mostraram que a população comumente cria formas para dificultar que as diligências do saber biomédico, veiculado pelos profissionais, passem a controlar o seu comportamento. Nessas pesquisas, as autoras puderam mapear os jogos de força que perpassam as relações entre usuários e profissionais no cotidiano dos serviços e perceberam que eles se utilizam de diversos meios para anunciarem o que pensam e o que querem.

De acordo com Iglesias, a população inventa formas para impedir que a controlem e assinala: “o usuário se afirma como gestor e inventor de sua própria vida, baseado em seus interesses e valores. Isso [...] [resgata] a importância de tomar os sujeitos como imprescindíveis no processo de produção de saúde” (2009, p. 122). Segundo Quintanilha e Dalbello-Araujo (2009), os usuários “criam brechas” para se expressarem, mesmo quando não são convidados a dizer o que sentem ou pensam. Faria (2010) constatou que a participação social em unidades de saúde por vezes se manifesta, por exemplo, mediante sugestões feitas pelos usuários, convite aos vizinhos para ações desenvolvidas no serviço e formas extremadas de questionamento da organização dos serviços como as que geram gritos e confusões. Essas manifestações dos usuários ocorrem em diversos espaços que compõem o serviço de saúde, tais como salas de atendimento, recepção e corredores, e em reuniões de grupos.

A tensão de forças gerada nos encontros entre usuários e profissionais de saúde faz emergir movimentos que, de diversas formas, questionam as regras e as normas estabelecidas nos serviços. Em uma pesquisa recente (Quintanilha, 2012), pudemos observar os referidos movimentos tomando a forma de várias e diversificadas estratégias criadas pelos usuários para resolverem os seus problemas ou para alcançarem o que precisam. Presenciamos cenas em que os usuários demandaram mais de um profissional

para alcançarem seus objetivos, e outras em que tenderam a resolver problemas entre si, sem que tenham acionado um profissional do serviço. Houve também diversas ocasiões em que os usuários manifestaram seus desejos ou suas opiniões por meio de gritos (Quintanilha, 2012).

Essas formas de manifestação confirmam que o movimento da vida não combina com prescrições e aprisionamentos. Ele extrapola as normas e códigos construídos, uma vez que cada encontro do humano com o mundo que o cerca é permeado por imprevistos que exigem que criemos e nos reinventemos incessantemente. Seria ingênuo afirmar que os usuários expressam o que pensam sobre o SUS apenas nos espaços das conferências e conselhos de saúde, ou seja, em dias e horas predeterminados.

A participação se efetiva também em espaços diferentes dos já institucionalizados e assegurados por lei. A população provoca interferências cotidianas nos serviços de saúde, e esses movimentos se materializam e ganham corpo nos mais diferentes formatos. A resistência, conforme a descrição de Foucault (2006), manifesta-se nas maneiras diversas encontradas pela população para participar e interferir nos serviços de saúde, pois esses são movimentos de reinvenção das relações estabelecidas entre sujeitos que emergem a partir dos encontros.

Os movimentos de resistência estão em rota de colisão com a ordem estabelecida, isto é, criam um embate com aquilo que está normatizado (Foucault, 2006; Oliveira, 2001). Por isso, Foucault (2006) afirma que o poder e a resistência coexistem. O autor reconhece que há formas diferentes de poder, distintas do poder que coage. Para ele, o poder deve ser compreendido como um conjunto de relações de forças que se constituem no mesmo espaço em que são exercidas. Ressalta ainda que, por meio de lutas e afrontamentos, ou seja, pelos jogos de força, as relações são transformadas, reforçadas e invertidas. Assim, os encadeamentos que se estabelecem nos jogos de força constituem o poder, que pode ser identificado por meio de várias formas: sua “cristalização institucional toma corpo nos apa-

relhos estatais, na formulação de lei, nas hegemonias sociais” (Foucault, 2006, p. 102-103).

O poder, portanto, não emana de um ponto central, não é um foco único de onde se originariam outros pontos; ele é localizável na forma de estados de poder, mas é sempre instável. Ele “não é uma instituição e nem uma estrutura; não é certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (Foucault, 2006, p. 103).

Ao afirmar que resistência e poder coexistem, pressupõe-se que ambos são produzidos no mesmo plano e que um não é exterior ou superior ao outro. As correlações de poder só existem em função dos pontos de resistência, que representam, nas relações de poder, “o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência” (Foucault, 2006, p. 106).

Os pontos de resistência estão presentes em toda a rede de poder, logo, o poder é difuso e não se concentra em um lugar. De acordo com Foucault, um ponto de resistência é “um lugar da grande recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário” (2006, p. 106). O autor afirma ainda que resistências se caracterizam, assim, por serem “possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrasadas, violentas, irreconhecíveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício” (2006, p. 106).

Entendemos, então, que os movimentos de resistência não podem ser tomados como um subproduto das relações de poder, nem como sua marca negativa, como se formassem uma oposição à dominação essencial. Afirmamos que a resistência possui conformações dinâmicas que emergem nos “nomadismos sociais, novos corpos pós-humanos, redes sociais de autovalorização, devires minoritários, êxodo e evacuação de lugares de poder” (Pelbart, 2003, p. 136). Para Foucault, as resistências

[...] são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irreduzível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular:

os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, trançando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis. (2006, p. 106)

Dessa forma, entendemos que os movimentos de resistência são aqueles que lançam questionamentos sobre os modos das relações instituídas na sociedade, o que estimula a invenção de novas formas de se relacionar com o mundo. Portanto, quando os usuários expressam o que pensam e o que desejam dos serviços de saúde, eles estão engendrando movimentos de resistência. Isso ocorre, principalmente, no cotidiano dos serviços, uma vez que é no encontro entre usuários e profissionais que os jogos de força expressam sua tensão. Cada encontro que ocorre no serviço de saúde é único e produz experiências únicas, singulares. Da conjugação dessas forças, que nos compõem e nos atravessam, emergem a inventividade, a criação e a resistência. Além disso, o fato de existir resistência é um sinal de que não houve uma total captura das forças inventivas da vida. Assim, podemos concordar que “a vida é em si uma potência, que funda e dispara singularidades. E o agenciamento com essa força intensiva conduz à resistência, à invenção” (Romagnoli et al., 2009, p. 200).

É importante lembrar que a capacidade de invenção não é exclusiva de poetas ou artistas, não se prende à classe social ou sexo, nem tampouco ao grau de escolaridade. Por isso mesmo é percebida entre os que circulam nos serviços de saúde, onde verificamos que todos são seres de uma invenção produzida na densidade da

cidade, nas conversas, nos costumes, no lazer, ou seja, em todos os encontros que ocorrem no cotidiano e que possibilitam a emergência de novos desejos, crenças e alianças (Pelbart, 2003). Ao entendermos que resistir é criar, inventar, produzir novos modos de existência e novas normas para a vida, admitimos que resistir é uma faculdade de ser normativo e entendemos que é preciso retirar o “r” que limita a ideia de resistência ao sentido de oposição para passar a compreendê-la como uma forma de existência (Guizardi, 2008).

Os movimentos de resistência não se encaixam, então, em uma forma predeterminada. Eles culminam das tensões produzidas pelos jogos de forças que estão presentes nas relações advindas dos encontros cotidianos. Assim, não há como afirmar que uma ação foi fruto de determinada reação, pois ela pode ser o resultado de um somatório de forças que passam por um serviço e ganham corpo em um determinado usuário ou em qualquer outra pessoa que por ali circule. Pelo fato de serem movimentos indefinidos, as consequências que resultam dos movimentos de resistência são também imprevisíveis, o que impossibilita que se julgue previamente se os pontos de resistências são bons ou ruins em si mesmos.

Ressaltamos que a participação social na saúde poderá ocorrer de forma mais ampla se não ficar restrita à ideia de fiscalização. As complexas demandas sociais reivindicam renovação e criação de instâncias mais dinâmicas e menos limitadas para se efetivar a articulação Estado-sociedade (Brasil, 2009b). Com base nisso, afirmamos que a participação social no SUS ocorre para além dos canais de articulação tradicionais, como as conferências e os conselhos; ela é exercida também nas relações construídas entre pessoas (usuários, trabalhadores e gestores) cotidianamente nos serviços. A essa forma de participação nomeamos participação rizomática (Quintanilha, 2012).

As características da participação rizomática se assemelham ao rizoma, que “tem formas muito diversas, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 15). O rizoma é

um aglomerado de caules no qual não se sabe exatamente o lugar de origem de cada ramo nem onde irá terminar, visto que os filamentos se esbarram e se cruzam em diversos pontos, assim como os movimentos de resistências, cuja culminância não se sabe precisar.

A participação rizomática se caracteriza, então, por não ter uma forma preestabelecida de existência ou ocorrência, podendo emergir como movimentos de resistência, nos quais ganha forma, corpo e pode ser percebida. Nos jogos de forças – que podem vir a somar ou produzir tensão –, entre o que se demanda dos serviços e o que eles oferecem, a inventividade emerge. Portanto, a participação rizomática relaciona-se, de forma mais próxima, às ações e movimentos empreendidos pelos usuários. É importante ressaltar que essa forma de participação não é necessariamente a melhor, mas é a que frequentemente ocorre junto com aquelas instituídas nos conselhos e conferências de saúde.

A participação rizomática se apresenta, portanto, como uma linha de fuga em meio ao processo institucionalizado no qual a participação social está inserida. Ela escapa das regras e normas impostas de funcionamento do serviço de saúde. Trata-se de uma participação molecular em que os níveis são compostos por movimentos e desejos de rescisão com a ordem estabelecida e costumam ser empreendidos pelas minorias e pelos grupos marginais da sociedade. Esses movimentos, que são fontes de resistência, também produzem história e provocam mudanças e transformações (Guattari e Rolnik, 1986).

Percebemos que, nos espaços institucionalizados de participação, os usuários geralmente ocupam um lugar marginal – o lugar daqueles que estão fora do centro das decisões e têm posturas de minoria, ainda que, ironicamente, constituam cinquenta por cento dos membros de sua composição. Certamente isso se deve ao fato de que, historicamente, os sujeitos e segmentos sociais foram privados dos processos decisórios, principalmente no que se relaciona à gestão das políticas públicas (Guizardi, 2008).

Guizardi (2008) e Trad e Esperidião (2009) afirmam que os usuários ainda são vistos como “demandantes” no serviço de saúde. Para os autores, o compartilhamento da gestão dos problemas vivenciados pelas equipes no cotidiano do serviço contribuiria para retirá-los dessa posição, ou seja, a de alguém que pede e espera pacientemente que suas necessidades sejam atendidas. Essa forma de pensar, segundo Guizardi (2008), converte-se em mais uma das dificuldades que se enfrenta para tornar os serviços de saúde espaços verdadeiramente públicos, nos quais os usuários se reconheçam e sejam reconhecidos como sujeitos de relação, e não como objetos de intervenções.

A postura de demandante que o usuário assume é percebida também em seu silenciamento, isto é, no fato de não expressar o que pensa sobre o serviço de saúde e de não se implicar em sua gestão (Quintanilha, 2012). Entendemos que tal movimento pode ocorrer principalmente por dois motivos: um se relaciona à lógica do sistema representacional e o outro, à construção histórica da relação entre saber e poder, que perpassa usuários e profissionais de saúde.

O sistema representacional pressupõe que um grupo terá uma pessoa como porta-voz de seus interesses e que essa pessoa tem o direito de sugerir e decidir ações em nome daqueles que representa. Várias associações, conselhos e organizações funcionam com essa lógica, inclusive a gestão da União, de estados e municípios brasileiros é feita dessa forma. Esse modo de gestão faz que as pessoas se acostumem a ter sempre outro falando em seu nome, ou seja, sempre haverá alguém para lutar pelos desejos dos outros. Porém, o que se percebe no cotidiano dos serviços é que a prática representacional acomoda no silenciamento aqueles que não são representantes. Disso resulta que, muitas vezes, os usuários não expressam nem vocalizam seus desejos em relação ao que está instituído nesses espaços. Segundo Asensi, a cultura cívica brasileira “é marcada muito mais pela passividade da sociedade civil do que por sua forte atuação na efetivação, construção e garantia de direitos” (2010, p. 23).

A relação entre saber e poder construída historicamente sob a lógica de que detêm mais poder aqueles que acumularam mais saber científico e acadêmico também causa o emudecimento dos usuários. O saber do usuário é, evidentemente, distinto do técnico-científico difundido nas instituições de ensino; no entanto, deve ser valorizado, uma vez que representa as vivências desse usuário e conta sobre as suas necessidades. Contudo, no jogo de forças entre usuário e profissionais, o que se percebe é que eles ainda detêm um saber que dita o que é certo e o que é errado. De acordo com Quintanilha (2012), o que ocorre no cotidiano dos serviços é a desvalorização das experiências adquiridas nas trajetórias de vida tanto de usuários quanto de profissionais, esquecendo-se que são saberes tão louváveis quanto os encontrados em livros e manuais técnicos. Para Santos (2010), os vários saberes que existem constituem uma diversidade epistemológica que sugere o reconhecimento da existência de formas de conhecimento plurais. Percebemos, assim, que o usuário tem um saber que, contudo, não é valorizado ou sequer ouvido. De tanto ter o seu saber desconsiderado, ele se cala perante o profissional de saúde, cerceando, desse modo, seus desejos.

Deve-se ressaltar que o silenciamento do usuário e a não vocalização de seus desejos são movimentos que produzem o seu distanciamento em relação aos serviços. Isso porque, cada vez que ele não diz o que pensa ou não questiona o serviço, sente-se, conseqüentemente, como se fizesse menos parte do referido contexto e, dessa forma, não se apropria do lugar de gestor do sistema de saúde.

A participação rizomática tem sido, então, uma forma que o usuário encontra de se incluir no processo gestor do serviço. Afinal, quando uma ação do usuário gera incômodo ou reforça as práticas empreendidas, é possível que, de alguma forma, crie-se um movimento para repensá-las. Ao produzir esse efeito, o usuário interferiu no modo de funcionamento do serviço e foi, assim, um protagonista na sua gestão.

Consideramos que o desejo do usuário em relação ao funcionamento do serviço não pode ser moldado apenas na forma de

políticas e programas governamentais. Suas demandas por serviço muitas vezes não se encaixam no que está ditado nas cartilhas encaminhadas aos profissionais e naquilo que é prescrito como o correto a ser feito. Assim, conclui-se que a participação rizomática é uma forma de expressão dos desejos não compreendidos ou não “encaixáveis” dentro dos protocolos da saúde. Afinal, o humano se define como um ser vivo por ser constituído de desejo, vida e pensamento (Czeresnia, 2010).

A partir disso, podemos nos perguntar se a atual configuração institucional do sistema de saúde atende aos desafios impostos pelas políticas democráticas do setor. Algumas políticas de saúde e documentos ministeriais tentam enfrentar esses desafios, propondo formas de cogestão e de gestão participativa (Brasil, 2005, 2009a e 2009b). Elas reforçam a importância de espaços coletivos, que privilegiem as relações no campo da saúde para a construção de políticas mais eficazes e condizentes com as realidades sociais de cada população. O documento *Participação social em saúde* (Brasil, 2006), por exemplo, afirma que os sujeitos sociais precisam ser concebidos como seres ativos e que suas experiências devem ser consideradas para a construção do sistema de saúde. Isso faria deles “protagonistas no esclarecimento das suas necessidades e demandas, a partir das realidades sociais e das responsabilidades coletivas, que considerem e respeitem os valores e modos de vida que determinam o bem-viver” (Brasil, 2006, p. 44).

O documento *ParticipaSUS* define a gestão participativa como uma “estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social” (Brasil, 2009b, p. 15). O conceito apresentado permite uma ampla interpretação de como pode ser construída e efetivada a gestão participativa. Em outras palavras, o modo como ela é definida no documento permite entender que ela assume uma série de formas. Ao ser caracterizada como estratégia transversal e cotidiana poderíamos afirmar, inclusive, que a participação rizomática é uma das formas

que a gestão participativa pode assumir. Essa ideia é reforçada pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), no documento *Gestão participativa e cogestão*, no qual se afirma que a participação social deve ser “valorizada e incentivada no dia a dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente” (Brasil, 2009a, p. 9).

A leitura cuidadosa dos documentos revela que são insuficientes os mecanismos instruídos pela lei nº 8.142/1990 para abarcar todas as formas de manifestação da participação social, ressaltando a necessidade da criação de estratégias transversais e sugerindo a criação de novos e mais espaços instituídos de participação. Dessa forma, as manifestações cotidianas de participação constituídas de energia de resistência, que denominamos de participação rizomática, continuam sendo desconsideradas como um modo de participação social.

Ressaltamos que os movimentos instituintes de participação rizomática poderiam ser ouvidos e acolhidos como uma modalidade de gestão participativa, não instituída, mas não menos importante, visto que se constituiria na emergência dos movimentos rizomáticos de participação. A participação rizomática emerge no dia a dia, no funcionamento dos serviços; ela reverbera os desejos que escapam à normatização das políticas e ao que está previsto nas leis, e se constrói junto dos movimentos da vida, com dinâmica e velocidade maiores do que as regras criadas e registradas poderiam acompanhar.

Essa ideia é compartilhada por Cecílio, que sugere que tomemos os conflitos do cotidiano do serviço como “matéria-prima da gestão em saúde” (2005, p. 510). Para o autor, conflito é o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia, o que incomoda e invade a agenda de quem faz a gestão. São os comportamentos observáveis que exigem “tomadas de providências”: o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, as reclamações, ou seja, os ruídos.

Nessa mesma linha de raciocínio, defendemos que as formas de participação rizomática sejam tomadas como analisadores de situações que exigem providências. Sugerimos que os profissionais e gestores passem a ser sensíveis aos ruídos do cotidiano ou que

organizem dispositivos que lhes permitam tomar os conflitos e as expressões de participação rizomática como tema da gestão, buscando compreender o que esses conflitos estão denunciando. Essa escuta e a valorização de seu conteúdo contribuirão para mudanças substantivas no cotidiano das organizações, particularmente na relação dos trabalhadores entre si e com os usuários.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Entender a participação política no SUS no plano do cotidiano significa lançar o desafio de criar formas alternativas – além de reinventar as já existentes – que correspondam às expectativas éticas existentes em torno da democratização social expressa pelo direito à saúde (Guizardi, 2009). É importante considerar os movimentos normativos que emergem das relações produzidas nos serviços de saúde, visto que os usuários vocalizam o que desejam em relação ao SUS de diversas formas. Com isso, a participação não se restringe aos mecanismos institucionalizados.

Os movimentos, aos quais nos referimos como participação rizomática, são amorfos; por isso, muitas vezes não são vistos, ouvidos ou percebidos pelos profissionais nem pelos gestores dos serviços de saúde. Por vezes, esses movimentos emergem de forma a serem notados por todos, como no caso de gritos e “bate-bocas”. Porém, também podem se manifestar de formas sutis, nas alianças formadas entre usuários ou entre usuários e profissionais.

Perceber esses movimentos supõe observar as tensões geradas no serviço de saúde e seus possíveis desdobramentos. Essas tensões são sentidas a partir do modo pelo qual somos afetados por elas. Então, é por meio da sintonia fina que passa pelo corpo, pelas sensações que temos e pelos afetos que nos tomam que os embates de forças ganham forma e se tornam inteligíveis. As maneiras de apreendê-las não seguem manuais e, no entanto, qualquer um pode notá-las. Para isso é preciso estar atento a si mesmo e ao que se produz a cada encontro e se, ao final dele, resta-nos desejo de ação ou paralisia.

É também nesse jogo de afetações que se vão delineando os movimentos de participação rizomática que emergem nos serviços de saúde e que se pode questionar, então, o que é possível ser feito a partir da visibilidade produzida por ela. Como lidar com esses movimentos mutantes que não podem ser previstos, nem devem ser capturados e transformados em códigos?

Sugerimos que a participação rizomática seja percebida, ouvida e pensada na sua potencialidade. Como um movimento que vem questionar aquilo que está imposto, em que sua importância encontra-se em ser o próprio incômodo, o mal-estar. Ao perceber a participação rizomática como ponto de análise para o que está acontecendo nos serviços de saúde, é possível repensar as práticas instituídas. Desse exercício, é possível retirar pontos de análise sobre o que se espera de um sistema público de saúde, a quem ele tem servido na forma como vem sendo construído e o que queremos fazer dele.

Contudo, ressaltamos que dar visibilidade às formas rizomáticas de participação não pressupõe a sua institucionalização, até porque enclausurar esse tipo de movimento seria tentar capturar a própria potência de vida, uma vez que ele está imerso em jogos de forças que se constroem no imprevisível. Lidar com o inesperado, com potências do acontecimento, é mais um dos desafios impostos ao cotidiano dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASENSI, F. D. Direito e usuários em saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (org.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj-Abrasco, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. *ParticipaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Participação social em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 508-516, 2005.

CORREA, M. V. C. *Que controle social: os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jun. 2002.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio-ago. 2006.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M. de; RODRIGUES, J. F. C. de. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

CZERESNIA, D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 709-727, 2010.

DAGNINO, E. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DALBELLO-ARAÚJO, M. *O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Editora 34, 1996. V. 1.

FARIA, H. X. *No fio da navalha: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. 17. ed. São Paulo: Graal, 2006. V. 1: A vontade de saber.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIZARDI, F. L. *Do controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

_____. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 9-34, 2009.

_____. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jun. 2004.

_____. PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, set. 2006.

IGLESIAS, A. *Em nome da promoção à saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

LUZ, M. T. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj, 2007. V. 1.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

OLIVEIRA, S. P. de. *Micropolítica do fracasso escolar: uma tentativa de aliança com o invisível*. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2001.

PELBART, P. P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

QUINTANILHA, B. C. *Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

QUINTANILHA, B. C.; DALBELLO-ARAÚJO, M. *Práticas em promoção da saúde em unidade de saúde do município de Serra-ES*. Relatório final de pesquisa Pibic/Ufes. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 199-207, set. 2009.

SANTOS, B. S. Um Ocidente não-ocidentalista? A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). *Epistemologias do sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 519-562.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.227-1.243, dez. 2010.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 557-570, 2009.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 218-251, jun. 2009.

PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE E INTERNET: NOTAS PARA O DEBATE

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Alfredo de Oliveira Neto

INTRODUÇÃO: COMUNICAÇÃO, POLÍTICA E AS NOVAS TECNOLOGIAS

Nas últimas duas décadas, a humanidade assumiu a produção de um espaço transformador no plano da comunicação. Dos primeiros computadores e aparelhos de telefonia celular, ainda sem conexão com a internet e ambos de acesso restrito às camadas mais ricas da população, até os aparelhos e computadores financiados em inúmeras prestações, incluindo acesso à internet banda larga, construiu-se não só um incessante ritmo de inovação tecnológica, mas, sobretudo, uma nova forma de receber, interpretar, produzir e transmitir informações.

Diferentemente dos anos 1920, quando do início do rádio, e dos anos 1960, época em que se inauguraram as primeiras transmissões da TV no Brasil, os anos 1990 e, sobretudo, a primeira década do século XXI, não foram apenas o palco histórico da agitação ine-

rente a uma incorporação em larga escala de novas tecnologias.¹ Pela primeira vez no plano da comunicação de massa as pessoas deslocaram-se do lugar aparentemente passivo de receptoras da informação e assumiram um novo lugar na produção e circulação do conhecimento. E isso é completamente novo para a humanidade.

As novas tecnologias de informação e comunicação (NTICs) – computadores, internet, TV por assinatura, telefonia móvel, tecnologias digitais de captação de imagem e som etc. – forneceram o quadro para uma conectividade em rede, de escala global, no que tem sido chamado de revolução informacional. Não por acaso diferentes autores têm procurado analisar esse processo, destacando o caráter reticular dos processos sociais e o papel do conhecimento na produção da vida em sociedade, expressos nos conceitos de sociedade em rede, sociedade da informação ou sociedade (ou era) do conhecimento (Castells, 1999; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2005; Squirra, 2005). Castells (1999) enfatiza, no entanto, que não é a centralidade de conhecimentos e informação que individualiza a revolução da tecnologia da informação, pois as mesmas tiveram papel central também na primeira e na segunda revoluções industriais.

O que caracteriza a atual revolução tecnológica [...] [é] a aplicação desses conhecimentos e dessa informação para a geração de conhecimentos e dispositivos de processamento/comunicação da informação, em um ciclo de realimentação cumulativo entre a inovação e seu uso. (Castells, 1999, p. 50-51)

Desse modo, o autor destaca o “borramento” da separação entre os desenvolvedores das tecnologias e seus usuários à medida que os usuários se apropriam da tecnologia e a redefinem, podendo assumir o seu controle.

¹ Esse processo remete, na verdade, pelo menos aos idos dos anos 1970. No entanto, destacamos as últimas duas décadas porque é nesse período que se intensificam e difundem socialmente os usos dessas novas tecnologias (Castells, 1999).

No plano da comunicação, essas características da revolução informacional permitiram a ruptura com o modelo comunicacional “um-todos”, no qual a informação é transmitida de modo unidirecional por poucos atores sociais detentores dos recursos necessários para atingir uma grande massa de expectadores. Com o advento das NTICs, a comunicação passa a se basear no paradigma de comunicação “todos-todos”, em que os integrantes das redes de conexão participam do envio, do recebimento e do processamento das informações, proporcionando um grau de interatividade impossível de se imaginar anteriormente (Castells, 1999, 2009 e 2012; Gomes, 2011; Lévy, 1999 e 2010).

Esse novo paradigma de comunicação tem sido denominado por Lévy (1999 e 2010) como “pós-massivo”, enfatizando a liberação do polo da emissão, ou seja, a ampliação da capacidade da sociedade de construir enunciados e narrativas individual ou coletivamente. Esse processo implica a recomposição do papel dos meios de comunicação de massa, caracterizados por um grande número de expectadores recebendo informações passivamente, geradas por um pequeno número de emissores. A comunicação baseada na internet, mediada pelo uso de computadores e cada vez mais por dispositivos móveis é decisiva nesse processo, pois seu alcance tem rompido as barreiras colocadas pela desigualdade socioeconômica. Em que pesem as diferenças na qualidade e disponibilidade do acesso à internet, a chamada divisão digital entre as diferentes classes e etnias tem demonstrado um padrão de diminuição acelerado em relação ao acesso a outros bens de consumo, seja nos países ditos desenvolvidos ou nos países em desenvolvimento (Castells, 2003; Lemos, 2011). Nesse sentido, afirmamos que a humanidade assumiu a produção de um espaço transformador no plano da comunicação, pois aqui o mais importante não é a intensa e acelerada incorporação tecnológica recente, mas a apropriação e os usos que homens e mulheres têm feito desses instrumentos por todo o globo.

Esse processo, do qual consideramos a internet o carro-chefe, tem alterado diferentes domínios da vida. Podemos citar pelo menos

as mudanças mais óbvias, nos planos do conhecimento, da sociabilidade e da política. Ainda que essas categorias sejam separáveis apenas do ponto de vista analítico – pois têm interfaces e imbricações complexas –, trataremos de maneira mais pormenorizada do campo da política, por causa do objeto de reflexão que este livro propõe.

COMUNICAÇÃO E POLÍTICA

O conceito de comunicação é objeto de conceituações diversas, com autores de diferentes campos se debruçando sobre o tema, inclusive desde o olhar da saúde (Araújo e Cardoso, 2007; Cardoso, 2004; Castells, 2009 e 2012; Silveira, 2007). Até este momento, empregamos uma ideia de comunicação sem nos importarmos com uma conceituação mais adensada. Para prosseguir e expressar o papel que a comunicação tem na constituição do político, cabe esclarecer melhor a forma como a compreendemos e como não seria possível, neste capítulo, fazer um apanhado dessas concepções, vamos assumir o conceito de comunicação trabalhado por Castells (1999, 2009 e 2012).

Castells formula uma definição simples, segundo a qual a comunicação é “o processo de compartilhar sentidos através da troca de informações. [...] A chave da produção de sentido é o processo de comunicação socializada” (2012, p. 5), que depende de um processamento mental condicionado pelo ambiente comunicacional. “O novo modelo de comunicação, baseado na troca em rede, é moldado pelos processos de globalização comunicacional mundiais, juntamente com a articulação em rede massificada e difusão de mídias pessoais” (Cardoso, 2010, p. 43) e cria as condições para um novo processo de produção social do sentido. “O processo comunicativo decididamente media a maneira pela qual as relações de poder são construídas e desafiadas em todos os domínios da prática social, incluindo o da prática política” (Castells, 2009, p. 4).

Dessa forma, a disposição das relações de poder na sociedade – e, portanto, o plano do político – está baseada em como ocorrem

essas trocas comunicacionais. O fato é que esse novo modelo de comunicação coloca em cheque a forma tradicional como se dá a disputa sobre os sentidos da política, das instituições e ações humanas, enfim sobre a própria vida. Isso ocorre, agora, com base em novas relações de poder, marcadas não por uma profunda mudança na distribuição dos “meios de produção” da comunicação tradicional, mas pela disponibilidade de meios de produção de novo tipo, baratos e de fácil acesso, suficientes para que uma multiplicidade de pessoas se aproprie de e coloque em cena outros discursos, ou melhor, outros sentidos para a vida. Esse processo permite uma profunda modificação da configuração das relações de poder até então sobredeterminadas por quem detinha a propriedade dos meios de comunicação tradicionais. Ainda que o complexo processo de configuração das relações de poder vá além dos processos de comunicação, e a própria comunicação não se restrinja às disputas em torno das localizações e intensidades do poder, tal processo de configuração reside no controle dos meios de comunicação, sendo que a alteração desse quadro depende da quebra de tal controle.

Para Castells, “a maneira como sentimos e pensamos determina nossa maneira de agir, tanto individual quanto coletivamente” (2009, p. 3). A coerção e a capacidade de exercê-la são fontes essenciais para a manutenção e/ou o reforço das relações de poder, mas não prescindem da habilidade de construir consenso ou, ao menos, produzir medo e resignação a respeito da ordem social existente. Como a batalha fundamental para a definição e a aplicação das normas da vida cotidiana depende da construção do sentido e da mente humana, a comunicação torna-se fundamental (Castells, 2009).

O novo modelo comunicacional baseado na troca em rede, na liberação do polo de emissão de narrativas e no ambiente pós-massivo de comunicação desloca de maneira alvissareira as formas como os sentidos são produzidos em sociedade e, portanto, como são conformadas as relações de poder. É sob esse aspecto que reside o poder das redes sociais nos dias de hoje, “espaços de autonomia muito além do controle de governos e corporações, as quais mono-

polizaram os canais de comunicação como elemento fundante de seu poder através da história” (Castells, 2012, p. 5).

Exemplos recentes e mais imediatos desse processo são os sítios gratuitos de postagem de imagens e textos como origem e/ou o principal meio de propagação de vídeos de candidatos a eleições realizando atividades ilícitas; os vazamentos de documentos oficiais ultrassecretos, como o ocorrido recentemente por meio do WikiLeaks;² e, especialmente, a conexão que possibilitou acontecimentos como a Primavera Árabe e o movimento Occupy em todo o mundo, indicando um engajamento político diferente das tradicionais organizações sindicais e partidárias.

Cabe salientar que a iniciativa de produzir militância em rede é anterior a esses acontecimentos. Segundo Silveira (2010), o ciberativismo já existia em 1986, com a utilização de *e-mails* por um grupo de ativistas, na rede internacional chamada PeaceNet. Em 1998, já se tinha notícia de grupos semelhantes na Grã-Bretanha, China, Índia e México. Nesse último país, o grupo zapatista Eletronic Disturbance Theater postou, nessa época, uma série de desobediências civis eletrônicas contra o governo mexicano.

No entanto, o que antes era uma exceção, agora está espraiado em diversas esferas da sociedade como prática cada vez mais constitutiva da própria vida, pois não só as tecnologias e usos da comunicação se difundiram, mas também a própria comunicação foi colocada no cerne dos mecanismos atuais de produção de valor do capitalismo

² Portal da internet criado pelo australiano Julian Assange em dezembro de 2006, sem publicidade ou apoio público, que oferece a qualquer usuário a chance de postar anonimamente, utilizando uma conexão cifrada, textos, áudios e vídeos confidenciais. Em 2007, documentos vazados sobre corrupção influenciaram as eleições no Quênia. Em janeiro de 2010, o WikiLeaks era movimentado por 1.200 voluntários internacionais. Em abril de 2010, foi divulgado um vídeo gravado de dentro da cabine de um helicóptero norte-americano no Iraque, mostrando soldados matando inocentes, inclusive dois jornalistas da agência Reuters. Em agosto de 2010, foram vazados 75 mil documentos confidenciais sobre a Guerra do Afeganistão, parcialmente publicados pelos jornais *The New York Times*, o britânico *The Guardian* e a revista alemã *Der Spiegel*, o que atribuiu novas dimensões ao conflito (Robinson, 2010; Cadwalladr, 2010).

contemporâneo, a ponto de passar a ser denominada capitalismo cognitivo (Galvão, Silva e Cocco, 2003; Lazzarato e Negri, 2001).

A inflexão em questão diz respeito a uma mudança radical da fonte do valor apropriado pelo capitalismo, uma vez que as empresas não investem mais na cadeia produtiva e na exploração do trabalho no chão da fábrica como fontes primordiais desse valor. Pelo contrário, cada vez mais essas funções são terceirizadas e distribuídas por um sem-número de pequenas empresas ou empreendedores individuais que passam a arcar com custos e responsabilidades antes da alçada da empresa matriz. Agora, as sedes das empresas se destinam apenas às atividades mais “nobres”, isto é, as que estão no cerne da produção do valor, tanto aquelas ligadas ao campo da gestão, desenvolvimento e customização de produtos, quanto, e sobretudo, as ligadas ao *marketing*, que passa a ser um objeto de dedicação intensa. O que é vendido não é apenas mais uma mercadoria, mas uma “experiência”, um sentido para a própria vida em sociedade do consumidor em potencial, visando atingir públicos bem delimitados, com grande potencial de “conectar” a proposta da experiência oferecida pela mercadoria com o desejo de grupos específicos (Lazaratto e Negri, 2001).

Por um lado, esse cenário leva, praticamente, a uma total ausência de privacidade (Lévy, 2010), na medida em que os “perfis dos consumidores” tornam-se ativos valiosos para as empresas. Por outro, esse processo abre uma fissura ainda maior no controle sobre a produção dos sentidos para a vida e a política, pois o capitalismo passa a depender da difusão, circulação e (re)produção desses sentidos, ainda que de forma pretensamente controlada. Às estratégias tradicionais de *marketing* e propaganda dos veículos de comunicação de massa somam-se as estratégias de engajar o próprio cidadão – consumidor em potencial – como um marqueteiro que remixa a estratégia de comunicação pensada inicialmente, repassando-a com novas características às suas redes de relações. Adicionalmente, os trabalhadores inscritos na produção dessa nova lógica predominante no capitalismo cognitivo têm seus afetos, conhecimentos e capacidade

de cooperação mobilizados para a produção do valor, aumentando a margem a fim de que essa capacidade de cooperação se volte contra a própria exploração promovida pelo capital (Hardt e Negri, 2005).

Com base nesse quadro que relaciona comunicação, política e capitalismo, podemos partir para a discussão mais diretamente relacionada ao objeto deste texto, qual seja, o tema da participação na saúde com foco na análise do que a internet traz de novas questões e possibilidades para a mobilização política. Em seguida, traremos para a cena alguns exemplos de mobilização política que tiveram a internet como uma forma importante de articulação.

PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE E INTERNET

A literatura acadêmica sobre participação na saúde tem, em certa maneira, arrefecido o caráter constituinte dessa prática fundamental para a construção da cidadania. A maior parte dos estudos realizados nas últimas duas décadas dedicou-se a compreender e explicitar as dinâmicas correntes na institucionalidade do controle social, referindo os conselhos de saúde como o espaço primordial em que a participação política deveria ocorrer. Nesse sentido, priorizaram questões como a representatividade dos conselheiros e suas entidades, sua capacidade técnica e argumentativa de intervenção na deliberação sobre as políticas e ações propostas pelos governos, as relações entre conselheiros, usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviços e a eficácia do controle social em interferir nas dinâmicas de governo (Guizardi et al., 2004; Labra e Figueiredo, 2002; Martins et al., 2008; Pinheiro, 1995; Ribeiro, 1997; Ribeiro e Andrade, 2003; Tataçiba, 2002; Vázquez et al., 2005; Wendhausen, Barbosa e Borba, 2006; Wendhausen e Caponi, 2002). Essas questões, entre outras, são de suma importância para o fortalecimento da participação política na saúde, sendo reconhecido que, mesmo considerando-se as limitações desses espaços, os conselhos representaram um avanço fundamental na produção de uma nova cultura nas relações entre Estado e sociedade.

É razoável supor que a concentração de esforços dessas pesquisas em torno da institucionalidade do controle social tenha relação com a necessidade de se compreender e aprimorar o funcionamento de arranjos de participação de tipo novo, fruto da luta assídua de militantes da saúde que, no bojo da redemocratização do país, buscaram garantir um desenho institucional que contemplasse o protagonismo dos movimentos sociais na construção das políticas públicas. A relevância dessa nova institucionalidade para o contexto de então – que, em vários sentidos, ainda é atual – foi tamanha que mereceu o veto do presidente à época, Fernando Collor de Mello. Com isso, o dispositivo previsto na Constituição de 1988 só foi regulamentado após um processo de negociações que redundou numa segunda lei, a lei nº 8.142/1990, aprovada no mesmo ano da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/1990). Esses aspectos, em nossa opinião, justificam por si só o direcionamento que a maioria dos estudos tomou, na medida em que a criação dos conselhos investiu de forma significativa o imaginário social para a produção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária. No entanto, é igualmente razoável levantar a hipótese de que o direcionamento tomado por essas pesquisas, que se inscrevem na dobra que articula implicação política e produção de conhecimento, tenha produzido certa cegueira em torno das práticas de participação, práticas essas que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, na busca por cuidado e nas mobilizações sociais que, mesmo atravessando os conselhos de saúde, não se restringem a eles, nem os tomam como arena primordial de disputa política.

Essas observações, ao contrário de diminuírem o papel das pesquisas sobre o controle social, pretendem conferir relevância a outra arena de práticas que precede a existência das instâncias de controle social tal como as conhecemos hoje, mas que não perdeu relevância para a produção social das políticas e ações dos governos. Cabe notar, ainda, que a questão da participação política na saúde se complica ainda mais quando consideramos a abordagem teórica corrente sobre o que tem sido chamado de movimento sanitário,

a qual coloca lado a lado o sentido da atuação política de atores e grupos sociais tão diversos quanto participantes de governos e de movimentos tipicamente contestatórios. É como se a participação de certos atores do movimento sanitário em governos conservasse um lugar de externalidade à própria lógica governamental, consistindo em uma ocupação estratégica de brechas institucionais por parte de militantes do movimento sanitário (Escorel, 1998) que teria ocorrido nos idos da ditadura, mas que perdurou após a democratização (Campos, 2009; Santos, 2009).

Esse quadro se complica ainda mais com a chegada do Partido dos Trabalhadores e do presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao governo federal, na medida em que diversos membros de movimentos sociais passaram a ocupar cargos relevantes na máquina do Estado (Paim, 2009). Contudo, não cabe aqui aprofundar essa questão, pois não é o objeto principal deste texto. O ponto relevante para análise aqui é mostrar como os espaços de participação na internet tendem a conferir nova relevância a formas de participação outras que não as inscritas no registro da institucionalidade do controle social e que foram esquecidas, ou pelo menos escanteadas, enquanto objeto de estudo primordial da literatura acadêmica sobre participação.

A internet não possui – pelo menos ainda – espaços institucionalizados de participação/representação. Na saúde, o máximo de institucionalidade que acompanhou o surgimento da internet no campo da participação foi o aumento do número de consultas públicas realizadas e a abertura de canais de comunicação por parte dos governos e dos próprios conselhos de saúde. Esses canais, em tese, aumentariam a possibilidade de contato, contestação, informação etc. dos cidadãos com seus representantes (sejam aqueles dos governos ou das instâncias de controle social), mas várias pesquisas apontam que são, em geral, apenas figurativos e em raros casos tornaram-se objeto real de investimento por parte das instituições. Mais recentemente, várias dessas instituições vêm criando perfis em redes sociais virtuais, mas acabam por reproduzir a mesma lógica que preside o uso dos meios de comunicação

tradicionais (Lévy, 2010). O que interroga diretamente a predominância dessa lógica unilateral de comunicação é a liberação do polo da emissão, a possibilidade nem sempre considerada de que ações de militância em rede ganhem vulto e comecem a ser sentidas nas dinâmicas político-institucionais. O discurso oficial que pretende conferir certo significado às políticas de saúde e ações propostas passa a ser diretamente contestado por outras narrativas nesses novos espaços públicos abertos pela internet. Discurso que, em alguns casos, é constrangido a recuar e a produzir novos discursos que se esquivam do significado originalmente conferido.³



O advento da internet abriu a caixa da imaginação em torno dos processos democráticos em vários sentidos, inclusive no de uma transposição de mecanismos estabelecidos no processo político tradicional para o mundo virtual. A ideia de que seria ou será possível realizar votações e até mesmo eleições através da internet – possibilidade, na verdade, já experimentada – ainda permeia o imaginário como algo não apenas desejável, mas a ser perseguido. A hipótese é de que um movimento desse tipo ampliaria a capacidade de os cidadãos participarem diretamente de decisões sobre temas importantes, por meio de plebiscitos realizados via internet, com baixo custo e, pelo menos hipoteticamente, grande facilidade de adesão, uma vez equacionada a divisão digital que, mesmo em rápido declínio, ainda exclui a maior parte da população do planeta. Não nos ateremos a discutir potenciais virtudes ou problemas desse tipo de processo. Neste capítulo, vamos nos limitar a concordar com Lévy (2010), quando afirma que reduzir as possibilidades abertas pela internet para a democracia a votações e plebiscitos eletrônicos seria fazer um rabisco mal desenhado de uma caricatura do que a internet traz como possibilidade para o campo da participação. Por mais interessante que seja o voto eletrônico, é provavelmente um

³ Voltaremos a esse importante assunto no próximo tópico.

aspecto menor da ciberdemocracia, pois o que conta são as formas emergentes de conversação, de circulação da opinião e de debate. O voto deve ser a consequência dessa dinâmica (Lévy, 2010, p. 150).

Nesse sentido, retomamos a afirmação anterior sobre o significado da comunicação como meio de produção de sentidos sobre a vida e seus processos, inclusive os processos políticos que incidem diretamente na construção do social. Agora, mais do que nunca – com as novas tecnologias da informação e comunicação, em especial a internet –, o ato de comunicar é em si um ato de participação, que se refere ao plano do político sempre que o sentido da comunicação envolve um aspecto da construção da vida em sociedade, especialmente quando coloca em questão os processos decisórios em torno das políticas públicas.

Essa radicalidade da participação enquanto ato de expressão (numa disputa explícita ou não) dos sentidos dos processos políticos que produzem o social desafia os estudos e as práticas de participação a voltar o olhar para um campo não institucionalizado de práticas políticas. Vale reforçar que não se pretende fazer parecer que tais processos surgiram ou ganharam lugar apenas agora. Eles sempre estiveram evidentes em todas as lutas sociais: mobilizações de rua, ocupações etc. A questão é que a liberação do polo da emissão permite que esses processos sejam referidos, divulgados e apropriados de outros pontos de vista que anteriormente não só não tinham lugar de expressão, como também eram abafados ativamente pelos detentores dos meios de comunicação (Moraes, 2010). Esse é um ponto crucial e que precisa ser enfatizado: a internet em si não criou nenhum grande processo social, não fez surgir mobilizações que nunca haviam ocorrido anteriormente. O que mudou foi a produção de sentidos em torno dos acontecimentos e, desse modo, suas representações sociais.

Essas considerações nos levam à necessária afirmação de que, ainda que denominemos o mundo da internet como “virtual”, ele é pleno de realidade, isto é, não cabe colocar como antinomia do virtual o “real” que ocorre nos contatos físicos, não mediados pela

internet ou outros meios eletrônicos. Atualmente, o mundo virtual faz parte da realidade e interfere diretamente em sua conformação, não excluindo, mas sim articulando-se aos processos que ocorrem sem a mediação de meios tecnológicos.

Tem ganhado espaço a crítica do que se chama de “militância da cadeira”, em que as ações se restringem a compartilhar e a escrever mensagens eletrônicas, sem que isso seja acompanhado pela “ida às ruas”, pela participação em processos não mediados, os quais acontecem há muito e que são fundamentais para a militância social. No entanto, o que os estudos têm apontado é a articulação entre as mobilizações virtuais e as mobilizações em espaços físicos, de forma a criar uma dinâmica de retroalimentação cujos limites ainda não se encontram bem estabelecidos (Castells, 2012; Lévy, 2010; Belisário e Tarin, 2012).

Observar, refletir e interrogar o tema da participação política via internet na saúde requer, desse modo, uma análise que transcenda os espaços institucionalizados de participação e permita articular as dinâmicas sociais que ocorrem há tempos no que concerne à mobilização social da saúde com essas outras formas de comunicação que permitem a produção de novos sentidos e novas formas de organização.

QUANDO NOVOS PERSONAGENS ENTRARAM NAS REDES

O título deste tópico remonta ao livro de Éder Sader (1988), *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo*. Mantendo-nos longe da pretensão de igualar este breve texto ao estudo do autor, que adentra em um abrangente material empírico para analisar novos sujeitos sociais e suas matrizes discursivas, essa referência se faz por uma hipótese de trabalho que ainda precisa ser melhor desenvolvida e deslindada no que concerne ao campo da saúde: o ambiente comunicacional traçado nos tópicos anteriores abriu o espaço para a (re)constituição de sujeitos sociais com uma dupla novidade. Por um lado, sujeitos

sociais de um novo tipo, desenhando novas matrizes discursivas e novas formas de atuação, tendo a internet como componente indispensável desse processo. De outro, a coexistência em rede, não hierarquizada, desses novos sujeitos sociais com instituições estatais e privadas que há muito são alvo de contestação, mas que tradicionalmente são inalcançáveis e procuraram criar dispositivos de isolamento de possíveis protestos. Nesse sentido, este tópico apresenta uma prospecção inicial de alguns casos de mobilizações e debates com base na internet, conferindo maior relevância aos efeitos mais imediatos e visíveis dessas mobilizações, com menor preocupação em identificar e analisar os sujeitos, traçando suas matrizes discursivas.⁴

No percurso aqui proposto, serão apresentados e analisados três casos exemplares de mobilização em rede, os quais articularam as principais redes sociais contemporâneas Twitter e Facebook e blogs de ativistas e que foram reverberados também pela grande mídia. Para documentação e estudo dos casos, coletaram-se materiais oficiais não publicados e foi realizada a compilação, categorização e análise das postagens nas duas redes virtuais citadas acima, durante um período de quatro meses (dezembro de 2011 a março de 2012), além de referências de matérias de jornais e sítios na internet.

CONTESTANDO A IRRESPONSABILIDADE DA GESTÃO

O Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica

O Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (Provab) foi lançado no segundo semestre de 2011 e, naquele momento, representava uma das principais ações apresentadas pelo governo federal para dar conta de um importante problema do Sistema Único de Saúde (SUS): a dificuldade de prover profissionais, sobretudo

⁴ A análise dos atores desse processo, sua constituição (ou não) enquanto sujeitos coletivos e das matrizes discursivas está sendo desenvolvida por Felipe Cavalcanti, um dos autores deste texto, em sua pesquisa de doutoramento.

médicos, em locais isolados ou periferias de regiões metropolitanas do Brasil.⁵ Naquele momento, o programa funcionava num esquema de adesão voluntária de municípios e profissionais, contemplando três categorias: enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos.

Para estimular os médicos a participarem do programa, foi formulado um arranjo por meio do qual os profissionais que se integrassem do programa teriam um abono de 10% sobre a nota dos programas de residência após permanecerem trabalhando por um ano na atenção básica. O percentual poderia chegar a 20% no caso da permanência ser prolongada por mais um ano. Esse dispositivo foi pactuado com a Comissão Nacional de Residência Médica e com as entidades médicas, e o acordo para que fosse implantado incluía uma modalidade de acompanhamento denominada supervisão, que, em alguns aspectos, assemelhava-se à preceptoria das residências médicas.

Apesar disso, o programa gerou uma reação significativa da corporação, especialmente agregando candidatos às vagas de residência, os quais, por um lado, viam na medida um constrangimento para trabalhar em um ambiente profissional historicamente desvalorizado e relegado a um segundo plano no imaginário da corporação. Afinal, a atenção básica costuma aparecer no discurso dos profissionais, dentro e fora das escolas médicas, como uma medicina de “pobre para pobre”. Por outra parte, a esse primeiro discurso agregou-se outro, que enxergava na medida uma quebra da meritocracia na seleção para as especialidades médicas mais concorridas. A reação, que era maior entre os estudantes das escolas médicas consideradas de excelência, circulou amplamente nas redes. Apareceu em materiais como vídeos – por exemplo, aquele em que estudantes da Universidade de São Paulo (USP) contestam pessoalmente o ministro da Saúde; nas redes sociais – por exemplo, um grupo criado no Facebook intitulado “Brasil contra o Provac”;

⁵ Até o presente momento, estão em andamento outras ações, em especial a chamada internacional de médicos no âmbito do “Mais Médicos”, um programa do governo federal que tem como objetivo aumentar o número de médicos por 1.000 habitantes no país.

e, curiosamente, foi alvo de piada em um material didático do principal programa de preparação para provas de residência médica: o Medcurso.

A reação mais forte, entretanto, deu-se quando os municípios que aderiram ao Provac passaram a se recusar a efetivar a contratação de enfermeiros e cirurgiões-dentistas selecionados pelo programa. O número de médicos que efetivamente procuraram os municípios para contratação foi bem menor do que o número necessário para preencher a demanda dos municípios, de forma que, no segundo semestre de 2012, apenas 383 médicos haviam sido contratados de um universo de quase 2.500 que aderiram inicialmente. Ao constatar que não seriam contemplados com os médicos necessários para preencher as vagas abertas, os municípios se recusaram a contratar os profissionais das outras duas categorias, pois a maioria dos municípios já possuía esses profissionais nas equipes da atenção básica. Desse modo, houve um descumprimento dos termos do compromisso assinado pelos municípios no ato de adesão ao Provac, no qual se comprometiam a contratar os profissionais selecionados pelo programa. Os argumentos para tal descumprimento revelam, no mínimo, uma irresponsabilidade da gestão, pois a alegação corrente era de que não se havia compreendido que a adesão ao programa, por meio da assinatura do termo de compromisso, implicava a contratação dos profissionais selecionados e não apenas dos médicos.

Já a adesão de enfermeiros foi da ordem de quase 16 mil e a de cirurgiões-dentistas, de 2.300. Dentro desse universo, mesmo os selecionados para contratação ficaram em uma situação delicada, pois, ao procurarem os municípios para os quais foram selecionados, tiveram sua contratação negada. Nesse quadro, iniciou-se uma forte campanha de contestação que se dirigia ao Ministério da Saúde, órgão proponente do Provac, por meio da abordagem direta dos perfis institucionais do ministério nas redes sociais, assim como dos perfis pessoais dos dirigentes dos departamentos do ministério então responsáveis pelo programa: o Departamento de Atenção Básica e o

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A mobilização provocou um constrangimento importante no governo federal, que se viu obrigado a encontrar uma solução que contemplasse algum grau de satisfação dos profissionais enfermeiros e cirurgiões-dentistas selecionados. A solução encontrada para tamponar o problema foi a remuneração direta desses profissionais pelo Ministério da Saúde, por meio do pagamento de uma bolsa para cirurgiões-dentistas e enfermeiros não contratados pelos municípios, que representava um número que correspondia a oito vezes o número de médicos contratados diretamente pelos municípios. Em agosto de 2012, o número de profissionais remunerados por bolsa era de 1.198, enquanto o dos contratados diretamente pelos municípios era de apenas 126 enfermeiros e 110 cirurgiões-dentistas (Brasil, 2012).

Nesse caso, a internet foi o meio pelo qual duas perspectivas diferentes encontraram uma forma de expressar seus pontos de vista. De um lado, os médicos e estudantes de medicina contestavam o próprio objeto do programa, elaborando um discurso conservador que colocava a atenção básica relegada a um lugar menor no SUS, afirmando-a como uma “medicina de pobres para pobres”. Por outro lado, a internet serviu como meio para que a irresponsabilidade da gestão, que se comprometera com a contratação de um número relevante de profissionais, fosse contestada em uma perspectiva de reivindicação do que esses profissionais compreendiam como um direito, dado que a sua seleção deveria ter implicado na sua efetiva contratação por parte dos municípios.

No momento em que escrevemos este capítulo, estão em curso as inscrições para a segunda versão do programa, que, no momento, contempla apenas a chamada para médicos, ainda sem perspectiva de uma nova convocação para as demais categorias profissionais. Tal diretriz, definida pelo Ministério da Saúde, está sendo contestada por vários profissionais dessas categorias, sob a alegação de que o ministério estaria desconsiderando a valorização profissional de enfermeiros e cirurgiões-dentistas na atenção básica, implícita no próprio nome do programa, ao fazer uma nova versão apenas para médicos.

VIGILÂNCIA CONTRA A HOMOFOBIA

Na preparação para o carnaval de 2012, o Ministério da Saúde desenvolveu campanhas publicitárias estimulando o uso da camisinha entre diferentes públicos. Dentre as peças das campanhas, destaca-se um vídeo que faz referência a um casal de *gays* em uma boate, insinuando um encontro prévio a uma relação sexual.⁶ O mote da campanha era “Na empolgação pode rolar de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”. O vídeo, cuja veiculação era inicialmente prevista para a internet e a TV, foi colocado no sítio virtual do programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS (DST/Aids) do Ministério da Saúde, sendo retirado do ar em seguida, por motivos não esclarecidos oficialmente, tendo circulado à época, porém, inclusive por meio de perfis no Twitter de deputados da bancada evangélica, que a retirada se deveu à pressão dos deputados dessa bancada junto da presidente da República Dilma Roussef. Na visão dos deputados, o vídeo estimulava relações homoafetivas, o que constituía uma afronta à moral e aos bons costumes. Iniciou-se, então, um amplo questionamento na internet sobre o posicionamento do governo ao decidir retirar o vídeo do sítio do Ministério da Saúde, que teve lugar diretamente nos perfis institucionais e de mandatários do ministério, realizado por diversos usuários diferentes durante um período de duas semanas. O vídeo, apesar de retirado da rede, foi copiado por outros usuários e continuou, portanto, a ser difundido amplamente, como nas postagens veiculadas por Twitter destacadas abaixo:

Rodrigo Abreu @guigomed: @minsaude assumam a homofobia enrustida do Planalto e responsabilizem-se pelas novas infecções da semana q vem. Passar bem.

Rodrigo Abreu @guigomed: @minsaude epidemia não segmental! Sou publicitário. Acho essa tática de mídia dirigida uma furada. Abs.

⁶ Disponível em: http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=dhUv9_80V8. Acesso em: 17 fev. 2013.

Essa foi a resposta do Ministério da Saúde:

Ministério da Saúde @minsaude: @guigomed Olá, Rodrigo! Não iremos nos afastar da sociedade. Como toda campanha realizada pelo @min-saude, a campanha de prevenção da Aids também foi preparada com base em um plano de comunicação para divulgação. Para isso, foram elaborados diferentes vídeos, *spots* de rádio e peças de folheteria, que serão distribuídos de maneira distinta, para públicos diferentes.⁷

Por outra parte, alguns deputados da bancada evangélica comemoravam, também nas redes sociais, a retirada do vídeo da rede como uma vitória da bancada junto à presidente Dilma.

@marcofeliciano Pressão nossa -: Ministério da Saúde manda tirar vídeo com cena homossexual.⁸

Embora não seja possível afirmar categoricamente que o vídeo chegou ao conhecimento da presidente Dilma ou que foi retirado como resultado da pressão da bancada evangélica, vários indícios apontam nesse sentido. Além das notícias publicadas que especulavam acerca da participação direta da presidente no episódio, o desfecho da história com a não veiculação dos vídeos contrariou o conceito da campanha divulgado pelo próprio ministério algum tempo antes.

Os jovens *gays* de 15 a 24 anos são o principal foco da campanha do Ministério da Saúde para o carnaval deste ano. [...] Os filmes a serem transmitidos pela TV e internet apresentam situações em que os públicos-alvo da campanha – homens *gays* jovens e um casal heterossexual – encontram-se prestes a ter relações sexuais sem camisinha.⁹

⁷ Conversa, no Twitter, entre o perfil de Rodrigo Abreu (<https://twitter.com/guigomed>) e o perfil principal do Ministério da Saúde (<https://twitter.com/minsaude>), entre os dias 5 e 7 de fevereiro de 2012.

⁸ Do perfil do deputado Marco Feliciano no Twitter (<https://twitter.com/marcofeliciano>), em 8 de fevereiro de 2012.

⁹ Reproduzido a partir do texto de Conceição Lemes: Carnaval 2012: o obscurantismo vence a saúde pública. In: VIOMUNDO: o que você não vê na mídia. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/carnaval-2012-o-obscurantismo-vence-a-saude-publica.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

Com o caminhar da polêmica, o Ministério da Saúde passou a responder formalmente a todos os questionamentos com uma única resposta, que contrariava a nota acima e não dialogava com a especificidade da abordagem do questionamento a que respondia.

Ministério da Saúde @minsaude: Não houve veto. O Ministério da Saúde elaborou um amplo plano de comunicação para divulgar a campanha de prevenção da Aids durante o Carnaval de 2012. Para isso, foram produzidos diferentes vídeos, *spots* de rádio e peças de folheteria, que serão distribuídas de maneira distinta, para públicos diferentes. O vídeo postado no portal do Departamento de DST/AIDS será utilizado para divulgação em ambientes fechados, como clubes noturnos e eventos que atraem o público-alvo da campanha. Assim como o vídeo com o cantor Michel Teló foi produzido apenas para uso nas redes sociais e os *spots*, para as rádios regionais. O filme que será veiculado na TV aberta está em fase final de produção.¹⁰

Independentemente da procedência ou não das afirmações dos diversos atores, o fato é que se criou um debate em rede sobre a liberdade em torno da sexualidade e da necessidade de o Ministério da Saúde olhar para as questões de saúde pública (como as vinculadas ao uso de camisinha) para além das opções sexuais – luta de longa data, característica dos movimentos sociais em torno da Aids. Por outra parte, o vídeo, que provavelmente teria uma difusão mais ou menos limitada aos usuários que acessam a página do programa de DST/Aids do ministério, acabou ganhando grande visibilidade na rede, talvez bem maior do que teria se tivesse permanecido apenas na página do ministério. Outro ponto interessante que esse caso realça em relação à internet é a questão da documentação dos processos políticos. A nota citada acima, em que se previa a veiculação dos vídeos na internet e na TV, foi retirada do sítio do Ministério da Saúde, mas foi documentada e continua disponível por meio do sítio Viomundo, em reportagem de Conceição Lemes.

¹⁰ Do perfil do Ministério da Saúde no Twitter. Disponível em: <http://www.twitlonger.com/show/fq6ld6>. Acesso em: 8 fev. 2012.

Contra a ação dos *lobbies* em gabinetes e nos jardins secretos da gestão Mendonça (2008), a mobilização em rede fez irromper a visibilidade para o que, ao que parece, procurou ser abafado. A ação de veto e homofobia praticada pela bancada evangélica acabou por ter efeito contrário ao que se pretendia, com milhares de visualizações do vídeo no Youtube. Essa mobilização, que provavelmente teria lugar independentemente da internet, ganhou proporções e visibilidade nacionais, inclusive com notícias da celeuma transmitidas pelos veículos de comunicação tradicionais.

MEDIDA PROVISÓRIA DO NASCITURO: AÇÃO EM REDE PELOS DIREITOS DA MULHER

O caso da medida provisória (MP) nº 557, a “MP do Nascituro”, remete a um debate anterior, relativo à criação da Rede Cegonha no começo do governo da presidente Dilma, em 2011. A proposta, que já estava presente no programa de governo da presidente, apresentado durante as eleições, foi bombardeada por parte das militantes do movimento feminista. O questionamento dizia respeito à redução das políticas para a saúde da mulher ao binômio materno-infantil, o que, segundo alegavam os argumentos levantados, estava implícito na proposta do governo. Para os movimentos feministas, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) – que teve sua primeira formulação ainda na década de 1980 – é mais ampla e já contemplava os aspectos que a Rede Cegonha destacava.¹¹

Entre as ações propostas no âmbito da Rede Cegonha, previa-se um auxílio financeiro às mulheres gestantes para o deslocamento da residência à maternidade. Em 2012, como forma de operacionalizar esse componente, foi publicada a medida provisória nº 557, que carregava consigo dois pontos que geraram forte reação por parte

¹¹ Conforme o texto de Conceição Lemes: *Telia Negrão: compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde com a Rede Feminista de Saúde não são cumpridos*. In: VIOMUNDO: o que você não vê na mídia. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/telia-negrao-portaria-da-rede-cegonha-deixa-a-desejar.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

dos movimentos. A MP nº 557 fazia referência, em um de seus artigos, aos “direitos do nascituro”, isto é, ao feto recém-concebido, em gestação no ventre das mulheres. A medida provisória também previa o cadastramento de todas as gestantes que começassem o pré-natal nos serviços de saúde.

Como uma das pautas históricas do movimento feminista é o direito ao corpo, o direito a escolher ou não o exercício da maternidade e, inclusive, a descriminalização do aborto, a referência aos “direitos do nascituro” significava abrir as portas para reforçar a criminalização do aborto, de modo que a medida provisória foi apelidada pelos movimentos como MP do Nascituro. Com ela, a criminalização do aborto, já prevista no Código Penal, passaria a ser reforçada, pois o feto recém-concebido seria reconhecido, por uma medida legal, como ser de direitos. O cadastramento das gestantes também ofereceria uma base para monitoramento por parte do Estado de todas as gestantes acompanhadas pelos serviços de saúde – o que, para as feministas, facilitaria a identificação de abortos, quebrando a privacidade das mulheres e dando margem para perseguição e criminalização ainda maiores.¹²

Quase imediatamente após a publicação da MP, o governo se viu bombardeado por forte contestação em rede, feita pelos movimentos sociais, os quais questionaram diretamente o ministério e o próprio ministro durante semanas, acusando o governo de realizar um profundo retrocesso. Com o volume dos questionamentos, a pauta chegou com bastante força ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde as negociações levaram a um acordo para a criação de um grupo de trabalho que elaboraria a minuta de uma nova versão para a medida provisória (Nublat, 2012). No entanto, antes mesmo que o CNS pudesse operacionalizar o grupo de trabalho, o governo publicou uma nova medida provisória em que os “direitos do nascituro” foram excluídos.

¹² Ver Conceição Lemes: *Beatriz Galli: a MP 557 é um absurdo; em vez de proteger gestantes, viola direitos humanos*. In: VIOMUNDO: o que você não vê na mídia. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/beatriz-galli-a-mp-557-e-um-absurdo-em-vez-de-proteger-as-gestantes-da-morte-evitavel-viola-seus-direitos-humanos.html>. Acesso em: 24 jul. 2014.

Seja por reconhecimento de que havia sido um erro incluir os tais “direitos do nascituro” na medida provisória,¹³ seja porque efetivamente o governo se viu obrigado a fazê-lo perante a reação da sociedade em torno da inscrição de um artigo que significaria um retrocesso na luta pela descriminalização do aborto, não se pode ignorar que a ação em rede dos movimentos feministas teve um papel importante na mudança de postura do governo.

No entanto, mesmo com a retirada do termo nascituro da MP, os movimentos continuaram pressionando o governo e o Congresso Nacional contra a medida, que foi alvo de várias emendas parlamentares que ou retomavam o nascituro, ou inscreviam outros dispositivos considerados como retrocesso pelos movimentos. O fato é que a “MP do Nascituro” terminou perdendo a validade em maio de 2012, sem que tivesse sido votada pelo Congresso Nacional.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos expostos acima, longe de esgotarem as várias mobilizações ocorridas na internet, constituem uma base a partir da qual é possível começar a reconhecer melhor o campo da participação política pela internet e identificar os novos sujeitos sociais e suas matrizes discursivas. A tese de Eder Sader (1988) sobre os novos sujeitos sociais e suas matrizes discursivas no Brasil merece, a nosso ver, ser revisitada, atualizada e renovada, agregando outras abordagens teóricas e novas contextualizações. Essa tarefa ainda precisa ser realizada de maneira consistente e com análise desse contexto em que um novo ambiente comunicacional forja relações de poder

¹³ Ver Conceição Lemes: *Presidenta Dilma: Erramos, vamos retirar a MP*. In: VIOMUNDO: o que você não vê na mídia. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/politica/presidenta-dilma-erramos-vamos-retirar-a-mp.html>. Acesso em: 10 jan. 2013.

¹⁴ O debate em torno da MP encontra-se bem documentado no sítio Viomundo, com uma compilação de notícias de jornais, postagens do Twitter, entrevistas, etc. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/?s=mp+do+nascituro>. Acesso em: 24. jul. 2014.

de um novo tipo, mais plásticas, e pode se beneficiar de algumas formulações que, realizadas no final da década de 1980, parecem adequadas a este novo tempo.

Vejamos a análise que Chauí faz no prefácio da tese de Sader, sintetizando as características desse novo sujeito social:

Antes de mais nada, [é novo] porque criado pelos próprios movimentos sociais populares do período: sua prática os põe como sujeitos sem que teorias prévias os houvessem constituído ou designado. Em segundo lugar, porque se trata de um sujeito coletivo e descentralizado, portanto, despojado das duas marcas que caracterizam o advento da concepção burguesa da subjetividade: a individualidade solipsista ou monádica como centro de onde partem ações livres e responsáveis e o sujeito como consciência individual soberana de onde irradiam idéias e representações, postas como objetos domináveis pelo intelecto. O novo sujeito é social; são os movimentos sociais populares em cujo interior indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas. Em terceiro lugar, porque é um sujeito que, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telos das ações sociopolíticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora. (Chauí, 1988, p. 10)

Um conceito de sujeito como esse precisa ser apreendido e desenvolvido, contextualizando sua base para o cenário atual da sociedade, como os referenciais adequados à sua compreensão. Enxergamos no conceito de multidão de Hardt e Negri (2001 e 2005) a formulação mais bem acabada em torno dessa questão. É mais bem acabada exatamente porque não tem a pretensão de dar conta de todos os arranjos possíveis e porque realça a diferença – e não a unidade – como a principal virtude desse novo sujeito:

[...] a multidão pode ser encarada como uma rede: uma rede aberta e em expansão na qual todas as diferenças podem ser expressas livre e igualitariamente, uma rede que proporciona os meios da convergência para que possamos trabalhar e viver em comum. [...] A multidão é composta de inúmeras diferenças internas que nunca poderão ser reduzidas a uma unidade ou identidade única - diferentes culturas, raças, etnias, gêneros e orientações sexuais; diferentes formas de trabalho; diferentes maneiras de viver; diferentes visões de mundo; e diferentes desejos. A multidão é uma multiplicidade de todas essas diferenças singulares. [...] Na multidão, as diferenças sociais mantêm-se diferentes, a multidão é multicolorida. Desse modo, o desafio apresentado pelo conceito de multidão consiste em fazer com que uma multiplicidade social seja capaz de se comunicar e agir em comum, ao mesmo tempo em que se mantém internamente diferente. (Hardt e Negri, 2005, p. 12-13)

Para o objeto deste texto - a participação política na internet - as implicações desse conceito são nítidas, pois a própria internet constitui o terreno a partir do qual é possível que a participação aconteça dessa forma, como encontro e composição (ou não) das diferenças no cotidiano da luta política.

Como de resto, essa concepção a respeito da participação política na internet não é consenso. Há autores que, mesmo trabalhando nos marcos de determinada concepção de cidadania, consideram que a principal contribuição da internet no campo da participação seria a de abrir espaço para que qualquer cidadão possa participar, independentemente de dinâmicas coletivas. Assim, essas dinâmicas coletivas seriam, ao menos tendencialmente, contrárias ao "interesse geral", na medida em que concorreriam com o "interesse civil propriamente dito", constituindo "corporações sociais à parte ou em conluio com o sistema político, [que] buscam a satisfação do próprio interesse às expensas do interesse público, entendido como o interesse civil" (Gomes, 2011, p. 35). A internet seria, assim, uma inovação adequada à participação do cidadão

contemporâneo, inscrita numa lógica individualista das novas formas de sociabilidade, cuja soma de intervenções no campo da participação redundaria no “interesse geral”.

Não negamos a existência de coletivos fascistas, ou mesmo o fato de que certos interesses de minorias eventualmente podem se sobrepor àqueles da maioria da sociedade. Porém a dinâmica da luta social não se dá pela justaposição de demandas individuais isoladas, que convergem e forjam algo como um interesse geral, e nem sempre as demandas de minorias podem ser desconsideradas enquanto tal, pois são relativas a injustiças históricas – vide a luta indígena no Brasil e na América Latina. Elas partem de coletivos previamente delimitados, com pautas específicas, ou mesmo que se definem na própria luta, no encontro de discursos e desejos que, agora, contam com a internet como dispositivo de encontro das multiplicidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BELISÁRIO, A; TARIN, B. (org.). *Copyfight, pirataria e cultura livre*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2012. Disponível em: <http://www.copyfight.tk/?p=136>. Acesso em: 17 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Oficina de Supervisão do Provab*. Brasília, 2012. (Mimeo).

CADWALLADR, C. Assange, por ele mesmo. *Carta Capital*, São Paulo, p. 52-55, 18 ago. 2010.

CAMPOS, G. W. de S. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, 2009.

CARDOSO, G. Da comunicação em massa à comunicação em rede: modelos comunicacionais e a sociedade de informação. In: MORAES, D. de (org.). *Mutações do visível: da comunicação em massa à comunicação em rede*. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010. p. 23-53.

CARDOSO, J. Comunicação e saúde: notas sobre a trajetória histórica e tendências atuais. *Saúde em Foco*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 17-32, 2004.

CASTELLS, M. *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. V.1.

_____. *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. *The Rise of the Network Society – The Information Age: Economy, Society, and Culture*. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2009. V. 1.

_____. Criatividade, inovação e cultura digital: um mapa de suas interações. In: MORAES, D. de (org.). *Mutações do visível: da comunicação em massa à comunicação em rede*. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010. p. 183-190.

_____. *Networks of Outrage and Hope: Social Movements in the Internet Age*. Cambridge: Polity Press, 2012.

CHAUÍ, M. Prefácio. In: SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo: 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 9-16.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

GALVÃO, A. P.; SILVA, G.; COCCO, G. (org.). *Capitalismo cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

GERSCHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1.670-1.681, 2004.

GOMES, W. Participação política online: questões e hipóteses de trabalho. In: MAIA, R.; GOMES, W.; MARQUES, F. P. J. A. (org.). *Internet e participação política no Brasil*. Porto Alegre: Meridional/Sulina, 2011. p. 19-46.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HARDT, M.; NEGRI, A. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____; _____. *Multidão: guerra e democracia na era do império*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 537-547, 2002.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEMOS, R. Farol digital: pontos de cultura e lan houses como centros de inclusão digital. In: FERRAZ, J. V.; LEMOS, R. (org.). *Pontos de cultura e lan houses: estruturas para inovação na base da pirâmide social*. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro/Fundação Getúlio Vargas, 2011. p. 9-16.

LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

_____. *O futuro da internet: em direção a uma ciberdemocracia planetária*. São Paulo: Paulus, 2010.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MENDONÇA, P. E. X. (*Luta*) *Em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MORAES, D. Gramsci e as mutações do visível: comunicação e hegemonia no tempo presente In: MORAES, D. de (org.). *Mutações do visível: da comunicação em massa à comunicação em rede*. Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010. p. 77-112.

NUBLAT, J. Cadastro de gestantes gera saia-justa para ministro da Saúde. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 25 fev. 2012. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/politica/o-debate-sobre-a-mp-557-no-conselho-nacional-de-saude.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

OLIVEIRA NETO, A. de. *Comunicação comunitária e saúde: a possibilidade de sintonia em uma só estação rumo à democratização dos espaços da mídia e do SUS*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). *World Report: Towards Knowledge Societies*. Paris: Unesco, 2005.

PAIM, J. da S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PINHEIRO, R. *Conselhos de saúde: o direito e o avesso*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

RIBEIRO, E. A.; ANDRADE, C. M. Cultura política e participação diferenciada: o caso do Conselho Municipal de Saúde do município de Dois Vizinhos, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2003.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

ROBINSON, E. O segredo que não era segredo. *O Globo*, Rio de Janeiro, p. 28, 27 jul. 2010.

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo: 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, N. dos. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após vinte anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

SILVEIRA, S. A. Comunicação digital, redes virais e espectro aberto. *Líbero*, São Paulo, v. 10, p. 83-92, 2007.

_____. Ciberativismo, cultura *hacker* e o individualismo colaborativo. *Revista USP*, São Paulo, n. 86, p. 28-39, 2010.

SQUIRRA, S. Sociedade do conhecimento. In: MARQUES de MELO, J.; SATHLER, L. (org.). *Direitos à comunicação na sociedade da informação*. São Bernardo do Campo: Umesp, 2005. p. 255-265. Disponível em: http://www.lucianosathler.pro.br/site/images/conteudo/livros/direito_a_comunicacao/254-265_sociedade_conhecimento_squirra.pdf. Acesso em: 17 fev. 2013.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-104.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 141-155, 2005.

WENDHAUSEN, A.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set.-dez. 2006.

_____; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.621-1.628, 2002.

**QUESTÕES METODOLÓGICAS
E INTERCESSÕES ENTRE
PARTICIPAÇÃO E SAÚDE NO
ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO: ENSAIO EXPLORATÓRIO SOBRE O CAMPO E ALGUMAS REFLEXÕES

Adelyne Maria Mendes Pereira

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa contribuir para o debate teórico-metodológico acerca da análise da política de saúde no Brasil. Nesse sentido, defende o argumento da convergência entre os campos de análise das políticas públicas e do neoinstitucionalismo histórico, bem como das possibilidades de construção de modelos analíticos a partir da inter-relação entre eles. Tal movimento de convergência é relativamente recente, datando da década de 1970, quando houve uma revalorização das variáveis institucionais para explicar os resultados das políticas. Na interface entre os campos, destaca-se o conceito de instituição, partindo do pressuposto de que elas têm um papel importante na conformação das ações dos atores e na sustentação das políticas.

Em perspectiva histórica, pode-se afirmar que os estudos sobre políticas públicas ganharam maior relevância nas últimas

décadas, incluindo as discussões sobre instituições, regras e modelos que conformam sua definição, formulação, legitimação, gestão, implantação e avaliação. Souza (2007) relaciona esse destaque às mudanças promovidas pelo movimento de reforma do Estado em vários países, e, em especial, na América Latina. Nesse contexto de crítica ao tamanho do Estado e ao papel dos governos, são fortes as pressões para que as políticas keynesianas cedam lugar às políticas restritivas, para que os governos condicionem suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal e para que as políticas universais sejam substituídas por políticas focalizadas.

A disputa entre os direcionamentos das políticas públicas colocou em evidência a importância do desenho, implantação e processo decisório das mesmas, dando ênfase à área. Além disso, a carência de coalizões que enfrentem o desafio de equacionar inclusão social e desenvolvimento econômico abre uma agenda importante para a comunidade científica e os governos. Enfim, como o processo de definição de políticas públicas para uma sociedade reflete os conflitos de interesses e os arranjos feitos nas esferas de poder que perpassam as instituições do Estado e da sociedade como um todo, num contexto de restrição, a análise de políticas públicas passou a receber grande atenção em estudos acadêmicos e técnicos.

Este artigo tem como objetivo realizar uma análise exploratória sobre o estado da arte dos campos acima citados, buscando tecer reflexões sobre suas possíveis inter-relações e destacar elementos que possam apoiar e/ou estruturar análises de formulação e implantação da política de saúde no Brasil. Para atendê-lo, o texto inicialmente apresenta conceitos e definições mais gerais e, em seguida, traz reflexões mais específicas para a análise da política de saúde.

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ENTRE CONCEITOS E OBJETOS

Em termos ontológicos, a área de conhecimento denominada políticas públicas tem origens diversas nos Estados Unidos e na Europa.¹ Nos Estados Unidos, nasce no mundo acadêmico a partir de estudos sobre a produção dos governos, sem a preocupação de estabelecer relações com as bases teóricas do papel do Estado. Na Europa, surge como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e uma de suas instituições mais importantes: o governo. A literatura assinala os Estados Unidos como o primeiro berço da área, devido à natureza de seus estudos, enfocando diretamente a ação dos governos, em meados do século XX (Frey, 2000; Parsons, 1997). No Brasil, a área de políticas públicas se destaca, principalmente em estudos setoriais, a partir dos anos 1980 e 1990.

Souza (2006) se refere a Laswell, Simon, Lindblom e Easton como os grandes pais fundadores da área de políticas públicas. Algumas de suas principais contribuições, de acordo com a autora, foram a introdução da expressão *policy analysis* (análise de política pública) por Laswell em 1936; a elaboração do conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*),² em 1957, por Simon; os estudos de 1959 e de 1979 de Lindblom, que questionaram a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon, propondo a inclusão de outras variáveis (relações de poder e integração entre as diferentes fases do processo decisório); e o conceito trazido por Easton,

¹ Segundo Frey (2000), nos Estados Unidos, essa vertente de pesquisa da ciência política começou a se instituir já no início dos anos 1950, sob o rótulo de *Policy Science*, ao passo que, na Europa, a preocupação com determinados campos de políticas só toma força a partir do início dos anos 1970, momento em que, com a ascensão da socialdemocracia, o planejamento e as políticas setoriais foram estendidos significativamente.

² Segundo Souza (2006), para Simon, a limitação dos decisores públicos está relacionada com informação incompleta ou imperfeita, tempo disponível para tomada de decisão e interesses dos envolvidos nesse processo. A racionalidade pode ser maximizada pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que modelem o comportamento dos atores na direção dos resultados desejados.

em 1965, de política pública como um sistema, ou seja, uma relação entre formulação, resultados e o ambiente.³

A literatura apresenta várias definições para políticas públicas (*policies*), sendo a mais clássica atribuída a Lowi, de 1972, para o qual política pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas” (apud Rezende, 2004, p. 13). As definições possuem ênfases variadas de acordo com os campos que as envolvem, seja a sociologia, a ciência política ou a economia.

Segundo Frey (2000), a literatura sobre *policy analysis* diferencia três dimensões da política. Para ilustrar essas dimensões, têm sido adotados, na ciência política, os conceitos *polity*, para denominar as instituições políticas; *politics*, para os processos políticos; e *policy*, para os conteúdos da política. O autor ainda destaca os conceitos de *policy arena* e *policy cycle*, os quais, por constituírem modelos de análise, serão abordados na próxima seção.

A análise de políticas públicas (*policy analysis*) divide a opinião dos estudiosos sobre o tema. Alguns dos críticos chegam a contestar a cientificidade da *policy analysis* alegando falta de teorização. Contudo, Frey (2000) argumenta que essa ausência é explicável diante dos objetos da *policy analysis*: a empiria e a prática política. Em geral, a análise de políticas públicas pode ser compreendida como um campo de pesquisa social e científica aplicada, praticada por diferentes atores e organizações com o objetivo de desenhar políticas, programas e ações adotadas pelo Estado.

Em estudo recente, Souza apresenta uma definição ampla, na qual política pública é compreendida como o “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável depen-

³ Conforme Souza (2006), das proposições de Easton deriva a valorização das demandas e interesses dos diferentes grupos sobre as políticas públicas, ou seja, dos *inputs* das políticas públicas.

dente)” (2007, p. 69). Dessa forma, a análise de políticas públicas precisa integrar quatro elementos: a própria política pública (*policy*), a política (*politics*), a sociedade política (*polity*) e as instituições que regem as decisões, os desenhos e a implantação das políticas públicas, focalizando seus processos ou resultados.

Diante disso, pode-se afirmar que os principais objetivos da análise de políticas públicas, atualmente, envolvem a identificação do tipo de problema que a política pública visa corrigir; a chegada desse problema ao sistema político e à sociedade política; o processo percorrido nessas duas arenas; e as instituições/regras que irão modelar a decisão e implantação da política pública (Souza, 2007).

Modelos de formulação e análise de políticas públicas

Diversos modelos de formulação e análise de políticas públicas foram construídos com o objetivo de entender a ação dos governos, assim como ampliar e consolidar a área.⁴ A seguir, alguns dos principais modelos serão brevemente apresentados, com base nos estudos recentes de Frey (2000), Souza (2006 e 2007) e Capella (2007).

Os “tipos de políticas públicas” conformam um dos modelos analíticos mais antigos, proposto por Theodor Lowi em estudos de 1964 e 1972. Cunhando a expressão “a política pública faz a política”, Lowi definiu quatro tipos de políticas públicas, quais sejam: distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas (Frey, 2000; Souza, 2006). Tal tipologia se baseia nos conteúdos das políticas, bem como nas especificidades que apresentam quanto aos efeitos dos processos de implantação e ao modo de resolução dos conflitos. Segundo Frey (2000), para se referir aos processos de conflito e de consenso dentro das diferentes áreas das políticas, Lowi introduziu o conceito de *policy arenas*. Frey sintetiza com clareza a relação entre tais tipologias, como se pode observar no trecho a seguir:

⁴ Conforme Souza (2006), os estudos de Goodin e Klingermann (1998), Parsons (1997), Sabatier (1999) e Theodoulou e Cahn (1995) são representativos da discussão sobre modelos analíticos em políticas públicas.

Políticas distributivas são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, visto que políticas de caráter distributivo só parecem distribuir vantagens e não acarretam custos. Essas *policy arenas* são caracterizadas por consenso e indiferença amigável. [...]

Políticas redistributivas, ao contrário, são orientadas para o conflito. O objetivo é o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade. O processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos. [...]

Políticas regulatórias trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. [...] Custos e benefícios podem ser distribuídos de forma igual e equilibrada entre os grupos e setores da sociedade, do mesmo modo como as políticas também podem atender a interesses particulares e restritos. Os processos de conflito, de consenso e de coalizão podem se modificar conforme a configuração específica das políticas.

Políticas constitutivas [...] determinam as regras do jogo e com isso a estrutura dos processos e conflitos políticos, isto é, as condições gerais sob as quais vêm sendo negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias. (Frey, 2000, p. 223-224)

Outro modelo comumente referido na literatura é o *incrementalismo*, desenvolvido por Lindblom em 1979, Caiden e Wildavsky em 1980 e Wildavsky em 1992. Segundo Souza (2006), tal modelo se apoia na premissa de que uma política pública não parte do zero, mas sim de decisões marginais e incrementais nos programas governamentais. A autora pondera que essa visão perdeu parte do seu poder com as profundas reformas promovidas pelo ajuste fiscal; entretanto, é preciso reconhecer a força do modelo, que mantém estruturas e recursos para políticas que deixaram de estar na agenda dos governos.

O modelo *garbage can* (“lata de lixo”) desenvolvido por Cohen, March e Olsen em 1972, também merece destaque. Conforme Souza (2007), esse modelo defende que escolhas de políticas públicas são

feitas como se as alternativas estivessem em uma lata de lixo, ou seja, dependem do leque de soluções disponíveis aos *policy makers* durante o processo decisório. Para a autora, uma das mais importantes aplicações desse modelo foi realizada por John Kingdon, em 1984. Kingdon combinou elementos dos modelos *garbage can* e *ciclo da política* dando origem a outro modelo, denominado *multiple streams* (múltiplos fluxos). Esses modelos serão abordados em breve.

O *ciclo da política pública* (*policy cycle*) pode ser considerado um dos modelos mais importantes em análise de políticas. A literatura apresenta pequenas diferenças quanto aos estágios constituintes do ciclo, mas, em geral, as seguintes fases são aceitas: definição da agenda (*agenda setting*), identificação de alternativas, avaliação e seleção das opções, implantação e avaliação. Esse modelo entende a política como um processo dinâmico e de aprendizado (Souza, 2007), de modo que cada uma dessas fases abriga outros modelos, que buscam aprofundar as questões pertinentes a cada um desses momentos.

O processo de formulação de políticas públicas envolve as três primeiras fases do ciclo. Para a análise desse processo, particularmente da formação da agenda governamental, Capella (2007) destaca a importância de dois modelos principais, o modelo de *múltiplos fluxos* e de *equilíbrio pontuado* (*punctuated equilibrium*). Como visto anteriormente, o modelo de *múltiplos fluxos* foi desenvolvido por John Kingdon em 1984. Sua preocupação está na definição da agenda, ou seja, no processo por meio do qual algumas questões entram na agenda enquanto outras são ignoradas. O modelo de Kingdon propõe uma agenda principal (*governmental agenda*), na qual estão as questões sob atenção do governo em um determinado momento, e uma agenda secundária (*decision agenda*), que reúne questões prontas para se tornarem políticas no momento oportuno, ou janela de oportunidades (*policy windows*). Tal modelo está baseado na dinâmica de três fluxos decisórios independentes que permeiam toda a organização, cujo encontro ou convergência (*coupling*) em um momento oportuno promove uma mudança na agenda. Esses

fluxos são: fluxo de problemas (*problem stream*), fluxo de soluções ou alternativas (*policy stream*) e fluxo político (*politics stream*).

Cada um desses fluxos é influenciado por um conjunto de variáveis que os determinam, como mostra a figura 1. Desse modo, a ascensão de um problema, uma solução ou mesmo uma política depende da relação entre essas variáveis no interior de cada fluxo (pois os fluxos são independentes). Contudo, ainda que esse processo de ascensão ocorra em cada um dos fluxos, uma questão só terá acesso à agenda governamental se houver a convergência entre os fluxos.

Essa convergência ocorrerá em uma janela de oportunidade influenciada pelos fluxos de problemas e de política, bem como pela atuação dos empreendedores de políticas (*policy entrepreneurs*). Tais empreendedores correspondem aos atores-chave no processo de negociação, atentos à abertura das janelas e capazes de amarrar os fluxos.



Figura 1. Modelo de múltiplos fluxos de Kingdon.

Fonte: Capella, 2007.

De acordo com Capella (2007), as críticas mais comuns ao modelo de Kingdon estão relacionadas à sua estrutura fluida (ou

ausência de estrutura), que, para alguns, inviabilizaria a previsão de mudanças na agenda. Contudo, a autora adverte que a fluidez do modelo deriva das características de *garbage can*, propondo uma análise diferente do determinismo de sistemas fechados. Afirma, ainda, que há variáveis que determinam a dinâmica interna de cada fluxo, gerando certo padrão, não totalmente aleatório.

Outra consideração feita ao modelo de múltiplos fluxos é a ausência da dimensão institucional. Vários autores valorizam a importância de condições institucionais prévias que sustentem o acesso de uma questão à agenda. Nesse sentido, Capella (2007) ressalta o modelo de *equilíbrio pontuado* que, em sua opinião, traz importantes proposições sobre a formulação da agenda e a dinâmica institucional, complementando o modelo de Kingdon.

Elaborado por Frank Baumgartner e Brian Jones, em 1999, o modelo de *equilíbrio pontuado*, baseado em noções de biologia e computação,⁵ procura explicar os mecanismos que determinam períodos de mudança e de estabilidade das políticas públicas por meio de dois eixos: estruturas institucionais e processo de definição da agenda – *agenda setting* (Capella, 2007). Nesse modelo, a política pública se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade capazes de gerar mudanças nas políticas anteriores.

Para o modelo de *equilíbrio pontuado*, é fundamental a construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política (*policy image*), pois é ela quem determinará sua entrada na agenda. Conforme Capella:

As *policy images* são idéias que sustentam os arranjos institucionais, permitindo que o entendimento acerca da política seja comunicado de forma simples e direta entre os membros de uma comunidade, e contribuindo para a disseminação das questões, processo fundamental para a mudança rápida e o acesso de uma questão ao macrossistema. (2007, p. 112)

⁵ Os autores desse modelo se inspiraram na teoria da evolução, da qual tomaram emprestado o termo equilíbrio pontuado.

De modo similar a Kingdon, Baumgartner e Jones acreditam que questões políticas e sociais não têm acesso automático ao macrossistema (ou seja, à agenda governamental), pelo contrário, necessitam de uma imagem ou um consenso que efetue a ligação entre o problema e sua provável solução (Capella, 2007). Sendo assim, a construção da *policy image* é considerada um elemento estratégico tanto para a definição de problemas quanto para a seleção de soluções.

Sobre a construção da *policy image*, Faria (2003) destaca a importância das ideias que circulam na arena decisória a respeito dos problemas e das suas soluções, bem como o conhecimento que se tem sobre os mesmos. Para o autor, embora tais categorias nem sempre sejam valorizadas na análise de políticas públicas, elas são fundamentais para a formação dos consensos que definem a agenda.

Dando continuidade à discussão sobre o *ciclo da política pública*, duas outras fases são focos de análise: implantação e avaliação. Para Meny e Thoenig (1992), a implantação é a fase da política pública na qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, textos ou discursos. Sobre a implantação de políticas, Frey afirma que o “interesse da *policy analysis* nesta fase se refere particularmente ao fato de que, muitas vezes, os resultados e impactos reais de certas políticas não correspondem aos impactos projetados na fase da sua formulação” (2000, p. 228). Para o autor, duas abordagens se destacam na análise dos processos de implantação: uma “cujo objetivo principal é a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas” (2000, p. 228), e outra “cuja análise é direcionada para as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos” (2000, p. 228). No primeiro caso, estariam as análises dos conteúdos dos programas e planos, nas quais os objetivos pretendidos são comparados aos resultados obtidos, identificando-se as causas de eventuais problemas de implantação. No segundo caso, encontram-se os estudos sobre o processo de implantação propriamente dito, ou seja, a descrição do “como” e a explicação do “porquê”.

A literatura sobre implantação geralmente aborda as vantagens e desvantagens dos enfoques *top-down* (de cima para baixo) e *bottom-up* (de baixo para cima). A distinção principal entre esses enfoques está no *locus* da decisão política: no primeiro caso, a decisão se dá no centro, distante de onde a política será executada, enquanto no segundo, a decisão é tomada no nível da execução da política. Apesar de estudos clássicos (Hogwood e Gunn, 1984) apontarem o enfoque *top-down* como o mais estruturado para uma análise das políticas públicas, estudos contemporâneos (Souza, 2003) têm ressaltado a importância de se explorar análises *bottom-up*.⁶

A última fase do ciclo corresponde à avaliação das políticas públicas, na qual a análise foca os impactos efetivos de programas e projetos já implantados. Segundo Frey, a avaliação objetiva “indaga os déficits de impacto e os efeitos colaterais indesejados, para poder deduzir consequências para ações e programas futuros” (2000, p. 228). Hogwood e Gunn (1984), em estudo clássico sobre a análise de políticas públicas, destacam ainda a importância de que as atividades compreendidas na execução sejam especificadas e os resultados sejam identificados (em um processo de monitoramento continuado) como condição para uma avaliação significativa (e elemento essencial de uma implantação bem-sucedida).

Por fim, outros dois modelos merecem destaque: os modelos de *arenas sociais* e *gerencialismo público*. O modelo de *arenas sociais* vê a política pública como iniciativa dos empreendedores políticos, de modo que seu foco está nas relações, vínculos e trocas que eles

⁶ Nas palavras da autora: “Sem desprezar o uso de modelos *top-down* de análise, as pesquisas passaram a usar, também, análises *bottom-up*, que partem de três premissas: a) analisar a política pública a partir da ação dos seus implementadores, em oposição à excessiva concentração de estudos acerca de governos, decisores e atores que se encontram na esfera ‘central’; b) concentrar a análise na natureza do problema que a política pública busca responder; e c) descrever e analisar as redes de implementação. Modelos de análise *bottom-up* podem ser passíveis de crítica quanto à sua capacidade explicativa, mas, por não ignorarem a complexidade de uma política, precisam ser mais testados entre nós” (Souza, 2003, p. 17).

estabelecem no processo de formulação da política. Uma vez que um fato se torna um problema quando os decisores ou formuladores de políticas se convencem (ou são convencidos) disso, tal modelo, segundo Souza (2006), depende de quatro mecanismos: a divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; a ocorrência de eventos, como desastres ou repetições do problema; o *feedback*, ou seja, resultados (positivos ou negativos) das políticas que influenciam seus rumos; e, sobretudo, a atuação dos empreendedores, que constituem comunidades de especialistas e formam redes sociais capazes de influenciar o acesso de uma questão à agenda.⁷

O modelo influenciado pelo *gerencialismo público* (*public management*) e pelo ajuste fiscal enfatiza eficiência, credibilidade e delegação das políticas públicas para instituições com independência política (Souza, 2007). As consequências desse modelo podem ser percebidas nos processos de formulação e implantação das políticas, voltadas para desregulamentação, privatização e reformas no sistema social, cada vez mais frequentes na atualidade. Para enfrentar tais consequências, estão sendo desenvolvidas iniciativas de adoção de políticas públicas de caráter participativo, envolvendo a sociedade civil organizada.

Em um balanço final, pode-se afirmar que os diversos modelos de análise de políticas públicas pretendem compreender as distinções entre o que o governo pretende fazer e o que de fato faz. A análise de políticas públicas envolve a formulação, implantação, execução e avaliação dessas políticas, abrangendo vários atores e níveis de decisão.

NEOINSTITUCIONALISMO E SUA VERTENTE HISTÓRICA: ALGUNS CONCEITOS E DEFINIÇÕES

A importância das variáveis institucionais para explicar os resultados das políticas tem sido destacada na literatura desde os

⁷ Um estudo mais detalhado sobre o papel das redes sociais é encontrado em Marques, 2007.

anos 1970, conforme indicam Thelen e Steinmo (1992), Marques (1997), Immergut (1998) e Hall e Taylor (2003). De acordo com esses autores, esse movimento está relacionado às críticas a análises behavioristas, hegemônicas na academia norte-americana até a década de 1970, por causa dos seus limites na explicação da diversidade das situações históricas dos países centrais em virtude da reestruturação econômica e institucional à qual se submeteram nos anos 1960 e 1970.

Para Marques, o neoinstitucionalismo pode ser entendido como “a corrente recente das ciências sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais” (1997, p. 75). Não se configura como uma corrente teórica unificada, uma vez que possui uma ampla postura teórica, na qual a hierarquia dos fatores mais importantes no estudo de cada caso é elencada *a posteriori*, de acordo com a conjuntura (Marques, 1997; Hall e Taylor, 2003). Portanto, trata-se do lugar analítico e metodológico de estudiosos e teóricos de diferentes áreas disciplinares, constituindo uma teoria de médio alcance, preocupada em reintroduzir as variáveis institucionais nos debates sobre a política e a economia.

Como não se trata de uma corrente de pensamento unitária, o neoinstitucionalismo reúne diferentes escolas. Hall e Taylor (2003) consideram três: neoinstitucionalismo histórico, neoinstitucionalismo da escolha racional e neoinstitucionalismo sociológico. Marques (1997) diferencia apenas as duas primeiras correntes, justificando que a terceira fugiria do escopo da análise pretendida naquele momento. Thelen e Steinmo (1992) também abordam apenas o neoinstitucionalismo histórico e a escolha racional. Sobre eles, afirmam que, apesar das grandes diferenças existentes, há uma “preocupação com a questão de como as instituições moldam as estratégias políticas e influenciam os resultados políticos”⁸ (1992, p. 7; nossa tradução). A seguir, os principais enfoques dessas correntes serão brevemente apresentados.

⁸ “[...] a concern with the question of how institutions shape political strategies and influence political outcomes.”

O neoinstitucionalismo da escolha racional tem origem na teoria da escolha racional e na economia neoclássica. Segundo Hall e Taylor (2003), uma das principais características dessa abordagem é a crença de que os atores se comportam de modo inteiramente utilitário para maximizar a satisfação de suas preferências, valendo-se de cálculos e estratégias. Nessa abordagem, as instituições são fundamentais para a definição das estratégias dos atores, pois constroem suas preferências, alterando comportamentos autointeressados. Segundo Marques, para os neoinstitucionalistas da escolha racional, “as instituições resolveriam situações de impasse em interações estratégicas, reduzindo a ocorrência de soluções subótimas” (1997, p. 77), motivo pelo qual esse enfoque é muito utilizado em economia.

O neoinstitucionalismo sociológico, por sua vez, tem origem na teoria das organizações, contestando a separação entre as dimensões social e cultural – práticas associadas à cultura (Hall e Taylor, 2003). Para os neoinstitucionalistas sociológicos, importa compreender o porquê das organizações adotarem determinado conjunto de formas, procedimentos ou símbolos institucionais, com destaque para a difusão dessas práticas.

Enfim, o neoinstitucionalismo histórico tem origem na sociologia histórica, de inspiração marxista e weberiana (Marques, 1997). Immergut (1998) ressalta a influência da sociologia compreensiva de Weber (em especial, da teoria da dominação política) sobre o mesmo, e destaca sua preocupação em analisar cada caso com base em seu contexto político, social e histórico. Para essa abordagem, as instituições não são concebidas apenas como mais uma variável, ou seja, compreende-se que além de dar forma às estratégias dos atores (de forma similar às teses da escolha racional), condicionam suas preferências e metas. Nas palavras de Marques, “enquanto para os neoclássicos e neoinstitucionalistas da escolha racional as preferências são exógenas ao modelo, para os neoinstitucionalistas históricos as preferências são endógenas, sendo construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo” (1997, p. 78). Ainda sobre o neoinstitucionalismo histórico, Thelen e Steinmo afirmam

que, “mediando relações de cooperação e conflito, as instituições estruturam as situações políticas e deixam suas marcas nas consequências da política”⁹ (1992, p. 9; nossa tradução).

O enfoque neoinstitucionalista propõe a realização de análises no nível meso, no qual se situam as instituições que influenciam e recebem influência dos atores sociais e políticos. Para o neoinstitucionalismo histórico, é importante que os atores sociais sejam analisados no contexto institucional e estatal. A abordagem dessa linha, associada ao campo da análise de políticas públicas, pode oferecer elementos teórico-metodológicos para a análise da política de saúde por meio da valorização dos aspectos institucionais, históricos, econômicos e sociais que condicionam seus processos de formulação e implantação. A próxima seção tratará das possíveis inter-relações entre os campos.

ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO: INTER-RELAÇÕES ENTRE OS CAMPOS E ELEMENTOS PARA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE

O neoinstitucionalismo histórico valoriza a análise dos atores, seus interesses e ações estratégicas no estudo das políticas públicas (Marques, 1997). Nessa discussão, o conceito de instituição é central, uma vez que as instituições têm um papel importante na conformação das ações dos atores e na sustentação das políticas. Embora tal conceito seja bastante amplo (motivo de críticas ao neoinstitucionalismo), pode-se afirmar que as instituições incluem regras formais, procedimentos consentidos e práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre indivíduos nas várias unidades da política e da economia (Hall, 1990 apud Thelen e Steinmo, 1992).

Tratando da influência toquevilliana sobre a literatura neoinstitucionalista, Marques destaca uma relação importante entre as instituições e a análise de políticas. Nas palavras do autor:

⁹ “[...] mediating their relations of cooperation and conflict, institutions structure political situations and leave their own imprint on political outcomes.”

Segundo esta perspectiva de análise [tocquevilliana], as instituições são centrais no estudo da política não apenas pela importância do Estado como ator e autor de ações específicas, mas porque ele, assim como as demais instituições políticas, influenciam diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições. (Marques, 1997, p. 81)

O neoinstitucionalismo histórico enfatiza a ideia do Estado como ator, e, assim, o papel e a atuação das instituições e atores estatais nas análises do Estado e da sociedade. Cabe destacar que o papel do Estado está relacionado com o conceito de autonomia estatal, embora não seja contingente a ele. A autonomia estatal diz respeito ao insulamento da estrutura estatal, que atua de modo a influenciar as políticas, ainda que por meio de um papel intelectual no sentido gramsciano (Marques, 1997).

Além disso, outras duas ideias podem ser consideradas centrais na inter-relação entre a análise de políticas públicas e o neoinstitucionalismo histórico. A primeira diz respeito ao reconhecimento de que a ação do Estado (e das suas instituições) é dotada de sentido. Ou seja, é influenciada pela relação de forças que se estabelece entre burocracias estatais, partidos políticos, grupos de interesses e outras estruturas presentes no interior das instituições. As consequências se expressarão no tensionamento da política pública, acelerando-a ou interrompendo-a.

A segunda remete à ideia de que a ação estatal é historicamente condicionada, destacando a análise da trajetória histórica das instituições e das políticas. Tal ideia é tratada por Immergut (1998) nos termos da lógica contextual da causalidade (*contextual logics of causality*) e das contingências históricas (*contingencies of history*) que, uma vez relacionadas à organização das instituições e de sua estrutura de poder, trazem consequências para as políticas públicas.

Para a abordagem neoinstitucionalista histórica, o contexto histórico de uma instituição ou uma política condiciona a definição

dos interesses dos atores e a construção de suas relações de poder. Tratando das contingências históricas, é importante reconhecer que a história é marcada por acidentes de oportunidade e circunstância. Dessa forma, ressalta-se a relevância do estudo dos elementos de ruptura e continuidade presentes na trajetória das instituições e das políticas públicas, compreendendo o contexto histórico como um ambiente marcado por sequências e contingências, a fim de identificar os fatores institucionais ligados a elas.

Hall e Taylor (2003) também ressaltam a importância do conceito de dependência da trajetória para os neoinstitucionalistas históricos. De acordo com esses autores, as instituições constituem elementos relativamente permanentes do contexto histórico, capazes de manter tal contexto sob um conjunto de trajetórias, dependendo da forma como se estruturam as capacidades do Estado e as políticas herdadas. Ou seja, segundo a perspectiva de dependência da trajetória, as decisões e políticas anteriores condicionam as posteriores (Immergut, 1998; Pierson, 2004).

Com base no aporte teórico-metodológico da abordagem do neoinstitucionalismo histórico, sobretudo em suas contribuições à análise de políticas públicas, é possível identificar alguns elementos relevantes para a análise da política de saúde. Esse estudo propõe os seguintes:

1) a *trajetória histórica* das instituições e das políticas, com destaque para as ideias de temporalidade e sequência, bem como para a análise de continuidades e mudanças;

2) o *papel das instituições*, considerando suas características formais e informais; e

3) o papel dos *atores*, reconhecendo que sua atuação influencia e recebe influência do contexto institucional, marcado por interesses diversos que se apresentam na disputa entre diferentes *ideias/imagens acerca do objeto da política*.

A partir desses elementos, algumas considerações, listadas a seguir, podem ser tecidas, a fim de embasar a construção de uma matriz analítica (quadro 1) que sirva para apoiar e/ou estruturar a análise da política de saúde:

- entendendo as *instituições* como o conjunto de regras formais e informais que estrutura a relação entre os atores e os rumos das políticas, ao mesmo tempo em que recebe influência desses mesmos atores por meio da atuação política do grupo do qual fazem parte e das estratégias que estabelecem na defesa de suas ideias, é possível afirmar que o contexto institucional e político exerce influência sobre a definição de problemas e soluções, ou seja, sobre a conformação da política;
- compreendendo que o *papel dos atores* presentes em instituições do governo e da sociedade é determinante e condicionante do processo de decisão acerca da política pública, e admitindo que os diversos atores (e seus grupos) possuem ideias e entendimentos acerca de uma determinada questão que geralmente não são coincidentes, pode-se dizer que a arena de decisão da política está permeada por diferentes *ideias/imagens acerca da política*. Ou seja, existem ideias em disputa no contexto de conformação da política no interior das instituições. Os resultados dessa disputa, em termos do protagonismo desses atores e das suas ideias, poderão definir os rumos da política pública.

Quadro 1. Matriz de análise para o estudo da política de saúde no Brasil.

Dimensões de análise	Definições	Variáveis
Dimensão institucional-formal	Refere-se às regras formais (marco legal e normativo) que definem as diretrizes e o conteúdo da política	<p>Quais são os objetivos da política? A que/quem se destina?</p> <p>Quais as principais estratégias de implantação previstas?</p> <p>Quais os resultados esperados, tendo em vista os seus objetivos?</p>
Dimensão político-institucional	Aborda a maneira pela qual o contexto político e institucional exerce influência sobre a política, considerando o papel das instituições, dos atores e das ideias/imagens da política	<p>Que instituições estão envolvidas no processo de formulação e implantação da política?</p> <p>Quais atores (e grupos de interesse) estão envolvidos no processo de formulação e implantação da política?</p> <p>Quais ideias/imagens podem ser identificadas acerca dessa política na arena de decisão do processo de formulação e implantação? (Concepções afirmadas pela política.)</p> <p>Quais estratégias são usadas pelas instituições e seus atores para influenciar a ascensão dessa questão à agenda política?</p> <p>De que maneira instituições/atores/imagens determinam ou condicionam os conteúdos e os resultados das políticas ao longo do processo de implantação? (Papel e estratégias de atuação.)</p> <p>Quais arranjos institucionais sustentam a política?</p>
Dimensão histórico-institucional	Aborda as influências da trajetória histórica das instituições, da temporalidade e da sequência das políticas para a conformação atual da política e do sistema de saúde	<p>Quais elementos de ruptura e continuidade podem ser identificados na trajetória da política?</p> <p>Eles são marcados por questões sequenciais ou contingenciais do contexto político-institucional?</p>

Partindo do pressuposto de que os resultados das políticas públicas são contingentes e dependentes da luta e das estratégias traçadas por diversos atores presentes em instituições do governo e da sociedade (Marques, 1997),¹⁰ uma compreensão aprofundada sobre a formulação e implantação de tais políticas só é possível a partir da articulação das estratégias desses atores, ou seja, a partir da análise do papel de cada um deles nesses processos e suas inter-relações. Pensando também nas contribuições de Immergut (1998), especialmente acerca da trajetória histórica das instituições e das políticas, e estabelecendo um paralelo com a história da política de saúde no Brasil, chega-se a uma agenda de pesquisa cujo objeto seria uma complexa rede de relações entre órgãos estatais – gestores e técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS) –, prestadores privados de serviços, corporações pro-fissionais e usuários do SUS, com influências a serem analisadas sobre a implantação e os resultados dessa política setorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMGARTNER, F.; JONES, B. Punctuated Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in American Policymaking. In: SABATIER, P. *Theories of the Policy Process*. Oxford: Westview Press, 1999. p. 97-115.

CAIDEN, N.; WILDAVISKY, A. *Planning and Budgeting in Developing Countries*. Nova York: John Wiley, 1980.

CAPELLA, A. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 87-122.

COHEN, M.; MARCH, J.; OLSEN, J. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, n. 17, p. 1-25, 1972.

¹⁰ Marques destaca três atores como os mais importantes para a análise de políticas públicas sob o enfoque neoinstitucionalista: “capitalistas, atores estatais e corporações profissionais” (1997, p. 94).

EASTON, D. A. *Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

FARIA, C. A. P. de. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

GOODIN, R.; KLINGEMANN, H. D. (org.). *New Handbook of Political Science*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neoinstitucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-224, 2003.

HOGWOOD, B.; GUNN, L. Implementation. In: _____; _____. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press, 1984. p. 196-240.

IMMERGUT, E. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics and Society*, v. 26, n. 1, p. 5-34, March 1998.

KINGDON, J. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown, 1984.

LASSWELL, H. The Policy Orientation. In: LERNER, D.; LASSWELL, H. (org.). *The Policy Sciences*. Stanford: Stanford University Press, 1951. p. 3-15.

LINDBLOM, C. Still Muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*, Washington, v. 39, n. 6, p. 517-526, 1979.

LOWI, T. Four Systems of Policy, Politics and Choice. *Public Administration Review*, Washington, v. 32, n. 4, p. 298-310, 1972.

MARQUES, E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista BIB*, Rio de Janeiro, n. 43, p. 67-102, 1997.

_____. Os mecanismos relacionais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 157-161, jun. 2007.

MENY, I.; THOENIG, J. C. La implementación. In: _____; _____. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel, 1992. p. 159-193.

PARSONS, W. *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar, 1997.

PIERSON, P. Positive Feedback and Path Dependence. In: _____. *Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press, 2004. p. 11-53.

REZENDE, F. C. *Por que falham as reformas administrativas?* Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SABATIER, P. (org.). *Theories of the Policy Process*. Westview: Westview Press, 1999.

SIMON, H. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro: Usaid, 1957.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH*, Salvador, n. 39, p. 11-24, 2003.

_____. Políticas públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 8, v. 16, p. 20-45, jul.-dez. 2006.

_____. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

THELEN, K.; STEINMO, S. Historical Institutionalism in Comparative Politics. In: _____; _____; LONGSTRETH, F. (org.). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 1-12.

THEODOULOU, S.; CAHN, M. *Public Policy: The Essential Readings*. New Jersey: California State University, 1995.

WILDAVISKY, A. *The Policy of Budgetary Process*. Boston: Little and Brown, 1992.

A CONTRARREFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E O DESAFIO DE AVANÇAR A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NA GESTÃO EM SAÚDE*

Elizabeth José Campos

Francini Lube Guizardi

INTRODUÇÃO

Este capítulo busca refletir sobre os desafios atuais da gestão pública em saúde a partir da contextualização do movimento de contrarreforma do Estado brasileiro e dos modelos de gerenciamento público que têm sido defendidos e adotados nesse processo. Consideramos importante salientar, como ponto de partida, que os modos de gestão hegemônicos no campo da saúde seguem focados no controle sobre o profissional de saúde e sobre as equipes de trabalho, e

* Este texto é parte integrante do projeto de mestrado da autora principal, e orientado pela segunda autora, desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Educação Profissional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e intitulado “O público e o privado: um estudo sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro”.

enfrentam relevante dificuldade em construir ações e modos de gerir que considerem as particularidades do território e as contradições, conflitos, resistências e relações de solidariedade que constituem os modos de ser locais. Chama-nos atenção, em particular, a permanência da ênfase no problema individual, que prioriza os serviços clínicos prestados diretamente ao usuário individualizado.

A partir dessas questões, vamos refletir sobre os modos de gestão em saúde ante um cenário mundializado, que flexibiliza e restringe de forma acentuada os direitos sociais. Tais aspectos são potencializados na medida em que é preconizada a adoção de modelos gerenciais desenvolvidos pelo setor privado, postulados como recurso para alcançar um padrão de excelência no setor público. Esse cenário traz à tona para a gestão impasses na consideração de que a população pode exercer de fato um papel ativo para pensar e repensar as questões da saúde local.

Nos dias atuais há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão eficiente no setor de saúde. Podemos observar a presença do anti-burocratismo na gestão em saúde, um fenômeno que passa a fazer parte da administração pública e das organizações da sociedade civil diante das exigências das agências e órgãos financiadores internacionais para a transferência de recursos, sendo postulado como forma de elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas. Esse movimento tem ressaltado a importância da adoção de instrumentos de gestão com capacidade de monitoramento e avaliação dos programas prioritários do governo, baseados em indicadores qualitativos e quantitativos, com vistas à superação da informalidade burocrática que tem caracterizado a administração pública, segundo essa perspectiva.

As questões evidenciadas nesse contexto apontam para a necessidade de formar elementos críticos sobre o atual processo de gestão pública na saúde. Para lidar com os desafios e demandas postos por esse novo arranjo, entendemos que as instituições públicas necessitam desenvolver e aperfeiçoar mecanismos de interpretação

da realidade local, com abertura de espaços de participação para o planejamento de estratégias de ação, com o objetivo central de aumentar a qualidade dos serviços ofertados. A fim de debater essas questões, faremos um resgate histórico das características e principais aspectos do movimento de reforma neoliberal do Estado e sua presença no Brasil a partir da década de 1990, apresentando, em seguida, os modelos de gestão colocados em cena, e os dilemas que marcam a gestão no campo da saúde nesse contexto histórico.

ESTADO LIBERAL E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: A PRODUÇÃO DE NOVOS “CONSENSOS”

Com o advento da industrialização e da urbanização acelerada no final do século XIX, originou-se o padrão de acumulação capitalista denominado *fordismo/taylorismo*. Caracterizado pela produção em série, esse padrão estava voltado para o consumo em larga escala, com clara separação entre o trabalho manual e o intelectual, e marcado pelo progressivo incremento tecnológico. Nesse contexto, o crescimento das indústrias aumentou a massa de trabalhadores empregados, o que acarretou, por um lado, a submissão de parte expressiva da população à relação de capital e, por outro, a formação de um contingente de trabalhadores excedentes, a formação da consciência operária e o desenvolvimento de novas lutas sociais.

Segundo Harvey (2000), o que distingue o *taylorismo* do *fordismo* é o fato de, na lógica fordista, a produção em massa precisar de um consumo de massa, o que pressupõe uma forma particular de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, uma nova estética e uma nova psicologia – enfim, um novo tipo de sociedade democrática, racionalizada, modernista e populista. Com isso, foi necessário conceber um novo modo de regulação estatal para atender os requisitos da produção fordista, com políticas econômicas embasadas na teoria keynesiana – formulada pelo inglês John Maynard Keynes – contrária ao Estado liberal e favorável a um Estado forte e regulador. À medida que as

relações de produção sofreram mudanças, as relações sociais no âmbito do Estado capitalista tenderam a encontrar soluções para os problemas em torno da pobreza e da exclusão, articulando um Estado interventor para fazer frente à crescente tensão social.

A doutrina keynesiana estimulou a criação de medidas macroeconômicas que incluíam a regulação do mercado, a formação e o controle de preços, a emissão de moedas, a imposição de condições contratuais, a distribuição de renda, o investimento público e o combate à pobreza (Pereira, 2002, p. 32). O Estado passou não somente a regular com maior veemência a economia e a sociedade, mas também a intervir nas ações sociais, prover benefícios e serviços e exercer atividades empresariais (Pereira, 2002, p. 30). Nesse processo, estabeleceu-se, nos Estados Unidos e nos países da Europa, o Estado de bem-estar social (*welfare state*), ou Estado social, após a Segunda Guerra Mundial.

A expansão estatal se dava em dois caminhos: na política fiscal e financeira e na política social, com a expansão dos direitos sociais e de cidadania, e a ampliação do conjunto de benefícios, inclusive os salários, ampliando, conseqüentemente, a legislação regulatória. De acordo com Esping-Andersen (1991), o modelo socialdemocrata fundamenta as principais hipóteses sobre o *welfare state*, que envolve a mobilização de classe no sistema parlamentar, entendendo a via institucional como um meio para a realização das ideias socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade. A socialdemocracia produziu, no contexto do Estado de bem-estar, várias conquistas para os trabalhadores, fundamentalmente no que tange à proteção social.

Diante do exposto, observa-se que o projeto fordista/keynesiano e o *welfare state* são marcas da expansão capitalista do período de 1945 a 1970, que se estabeleceu a partir dos pactos políticos assumidos por grande parcela dos movimentos de trabalhadores assalariados. Nessa fase, o modelo de administração pública hegemônico tinha como ênfase a racionalidade formal nos meios e procedimentos, no mérito e na hierarquização, e a avaliação tinha como base o custo dos programas.

Nos anos 1970-1980, o *monetarismo*¹ agride o projeto fordista/keynesiano em dois níveis – a desindexação da moeda e a retração do Estado no âmbito das políticas sociais –, assumindo um papel fundamental como forma de estabilizar o nível de preços pelo controle do volume da moeda disponível e outros meios de pagamento. Essa política econômica, que permitiu a obtenção de maiores lucros, foi baseada nas concepções do economista norte-americano Milton Friedman, defensor da diminuição dos recursos destinados aos programas sociais.

Instaura-se como referência, a partir de então, o modelo toyotista de produção, com a introdução de um novo padrão tecnológico: a microeletrônica. A produção passa a ser voltada somente para o necessário, cortando-se os excedentes. Configura-se, então, um novo ordenamento no mundo da produção e do trabalho, que atingiu diretamente os direitos dos trabalhadores. As conquistas trabalhistas foram desregulamentadas e flexibilizadas de modo a dotar o capital com o instrumental necessário para adequar-se à sua nova fase de subsunção formal do trabalho.

A difusão de novas tecnologias poupadoras de emprego e a exigência de mão de obra qualificada, com possibilidade de atuar em várias áreas do sistema produtivo, tiveram como consequências a redução de investimentos e um novo padrão de acumulação denominado por Harvey (1989) acumulação flexível, o qual gerou uma regulação estatal fundamentada no projeto ideopolítico neoliberal que se estabeleceu como resposta à crise estrutural do capital.²

¹ Teoria econômica das décadas de 1970-1980, o monetarismo é uma escola de pensamento econômico, apoiada na teoria quantitativa da moeda, que afirma que é a quantidade total de dinheiro disponível na economia que determina a demanda na atividade econômica a curto prazo. Corrente da macroeconomia, o monetarismo enfatiza a neutralidade monetária a longo prazo e a não neutralidade a curto prazo, a distinção entre taxas de juros reais e nominais e o papel dos agregados monetários nas análises.

² A crise do fordismo/keynesianismo é a expressão fenomênica da crise estrutural do capital: 1) a queda na taxa de lucro, tendo em vista o aumento de preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-1945 pela intensificação das lutas sociais dos anos 1960, que objetivavam o controle social da produção; 2) o esgotamento do padrão de acumulação fordista; 3) a hipertrofia da esfera

Mendel aponta traços específicos da crise do final dos anos 1960 que permanecem até hoje, entre os quais vale destacar o ritmo acelerado das inovações tecnológicas, a internacionalização do capital e a terceirização. Harvey (1989) considera que a crise no final dos anos 1960 e nos anos 1970 é uma manifestação típica de superacumulação, caracterizada por capacidade produtiva ociosa, excesso de mercadorias e de estoques, excedente de capital e grande desemprego.

O corte dos gastos sociais, a focalização nos grupos de extrema pobreza e a formulação de critérios de elegibilidade para recebimento de benefícios sociais também contribuíram para o aprofundamento das desigualdades sociais no mundo do trabalho, pondo fim ao ciclo de crescimento que se mantinha desde a Segunda Guerra Mundial. Nesse cenário, o Estado vem abrindo mão de ser provedor social, enquanto o mercado se ocupa de promover o bem-estar ocupacional, protegendo apenas quem tem emprego estável e bem remunerado.

No contexto de redirecionamento do papel do Estado, de condução das políticas sociais de acordo com a nova ordem econômica mundial e com o ajuste neoliberal na década de 1990, assistimos às inovações dos modelos assistenciais no setor de saúde. Nos Estados Unidos, ganha destaque o movimento denominado *new labor* ou terceira via, que se apresenta como uma tentativa de humanizar o capitalismo, através do “protagonismo da sociedade civil”, que garantiria a economia de mercado com justiça social. Busca-se com ele alterar as relações Estado/sociedade, de modo a viabilizar uma agenda de reformas e a ampliação da esfera pública não estatal, ou seja, uma nova divisão de responsabilidades entre o Estado e o setor privado (Lima, 2004).

O discurso sobre o Estado social ou a sociedade de bem-estar social proposto pela terceira via passa pela produção de um consenso em torno do projeto hegemônico do Estado mínimo, em um contexto de estado democrático de direito que se apresenta como um novo ordenamento social, uma recriação da ordem capitalista com base for-

financeira e a maior concentração de capitais, como resultado das fusões entre empresas monopolistas; e 4) a crise do welfare state, que se consubstancia na crise fiscal e no incremento acentuado das privatizações (Antunes, 2000).

mal em um conjunto de procedimentos de caráter técnico-jurídico. É nesse caminho que os direitos sociais, com base na universalidade e na justiça social, têm sido reorientados no trato das questões sociais.

Em meio a essa emergência de novas relações e configurações societárias, surgem no campo da saúde dois fenômenos, um associado à proposta de competição administrativa – *managed competition* – nos Estados Unidos (Lima, J. C. F., 2010), e outro relacionado à organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de alta capitalização (Laurell, 1995). Com isso, o capital financeiro se insere no setor saúde, fazendo que a competição e a flexibilização sejam afirmadas como mecanismos principais e mais eficientes para concretizar a universalização dos direitos. Desde então, o Estado tende a reproduzir essa nova ordem econômica, na qual o mercado regula o desempenho do setor saúde com suas novas formas gerenciais.

Emerge, então, o debate sobre a ocupação da gestão pública pelo setor privado, tendo em vista que essa ocupação apresenta um papel claramente funcional com relação aos interesses do capital no processo de reestruturação produtiva. Com isso, têm sido introduzidos mecanismos de mercado na administração pública, com a adoção da gestão privada para fornecimento de bens e serviços relativos a direitos sociais, o que é justificado pelo discurso de expectativa da melhoria dos serviços para os cidadãos e de aumento da eficiência e flexibilização da gestão. A inserção da gestão privada no fornecimento de bens e serviços tem como base os referidos consensos internacionais, que exigem a parceria com a comunidade na realização de ações como modo de garantir a acessibilidade dos serviços de saúde e de promover um novo universalismo (Organização Mundial da Saúde, 2000).

A FORMAÇÃO NEOLIBERAL DO ESTADO BRASILEIRO E A GESTÃO PÚBLICA

O governo de Fernando Collor de Melo, eleito em 17 de dezembro de 1989, trouxe ao contexto político brasileiro a orien-

tação neoliberal vigente na política internacional, sob a condução dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. O discurso de Collor emergiu num cenário marcado pela crise fiscal do Estado e num momento de fortes críticas à máquina estatal, cujos serviços foram considerados de baixa qualidade e de alto custo para os cofres públicos.

Dentre os impactos dessa ideologia na esfera política, destacam-se as mudanças no papel do Estado-nação no que diz respeito à capacidade de prover um sistema de proteção social que minimizasse os efeitos do processo de acumulação capitalista. A discussão girou em torno da distinção entre as funções exclusivas e não exclusivas do Estado, de modo que o processo de reforma atingisse a dimensão adequada à garantia da governabilidade.

Foi no governo de Fernando Henrique Cardoso, eleito em 1994 e reeleito em 1998, que se efetivou a política neoliberal no Brasil. Seu primeiro mandato deu continuidade ao processo de reforma monetária na economia brasileira – o chamado Plano Real –, e avançou na reforma estrutural, pautada na privatização de várias estatais brasileiras, como a Companhia Vale do Rio Doce (empresa do setor de mineração e siderurgia) e a Telebras (empresa de telecomunicações), com o argumento de que tal ação provocaria inevitável melhoria em alguns serviços essenciais.

A contrarreforma do Estado brasileiro, que tem em Bresser-Pereira seu principal intelectual e articulador, foi apresentada em novembro de 1995 no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, coordenado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare). O plano em questão foi diretamente influenciado pelas recomendações do Consenso de Washington (1990)³ para os

³ O Consenso de Washington representou um conjunto de medidas, composto por dez regras básicas, formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington, D.C., como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, e fundamentado num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy. Tornou-se a política oficial do Fundo Monetário

países latino-americanos, cujas diretrizes enfatizavam a flexibilização dos mercados nacional e internacional, das relações de trabalho, da produção e do investimento financeiro, e o afastamento do Estado das suas responsabilidades sociais e da regulação social entre capital e trabalho. A partir desse marco, houve uma redefinição entre os limites do público e do privado e a administração pública brasileira passou a incorporar a perspectiva de um Estado gerencial, em que, segundo Bresser-Pereira,

[...] a esfera pública não estatal não se situa no campo das representações de interesses da sociedade e sim como uma forma de propriedade estratégica no capitalismo contemporâneo, que é regido pelo mercado e pela vontade individual, invocando o princípio da liberdade associada ao da propriedade. (1996, p. 41)

O objetivo enunciado nessa contrarreforma era o de contribuir para a formação de um aparelho de Estado forte e eficiente (Brasil, 1995), compreendendo três dimensões. A primeira, institucional legal, voltada para a descentralização da estrutura organizacional do aparelho do Estado através da criação de novos formatos organizacionais, como as agências executivas regulatórias. Na dimensão institucional legal encontra-se também a proposta das organizações sociais, por meio das quais o Estado transfere um conjunto de responsabilidades sociais para relações de parceria público-privada.

A segunda é a dimensão da gestão, definida pela maior autonomia nas responsabilidades dos gestores, com a introdução da gestão por resultados e da competição administrativa por excelência, em substituição parcial aos regulamentos rígidos de supervisão que caracterizavam a administração burocrática. Essa forma de administração tem sido incorporada nos últimos anos como elemento fundamental nas agendas das políticas sociais, inse-

Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades.

rida de forma sistemática nos discursos dos gestores públicos, que assumem um perfil empresarial focado em respostas mais efetivas às necessidades do novo estágio do capitalismo.

A terceira é a dimensão cultural de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada, que caracterizou a administração burocrática, para uma confiança maior, ainda que limitada, resultante das modificações introduzidas pela administração gerencial.

Um dos princípios fundamentais da contrarreforma é que o Estado, embora conservando e, se possível, ampliando a sua ação social, só deve executar diretamente as tarefas que lhe seriam consideradas exclusivas, na medida em que envolvem empregos diretos (Brasil, 1995). Entre as tarefas exclusivas do Estado, devem-se distinguir as tarefas centralizadas, de formulação e controle das políticas sociais e da lei, a serem executadas por secretarias ou departamentos do Estado, e que podem ser descentralizadas para as agências executivas e agências reguladoras autônomas. Os serviços sociais e científicos devem ser contratados com organizações públicas não estatais, enquanto os demais podem ser contratados com empresas privadas (Bresser-Pereira, 1995).

Assim, um aspecto importante da proposta da contrarreforma para o que se intitula nova gestão pública é que há uma imediata desvinculação do serviço público, considerado burocrático, cujas funções passariam a ser ofertadas por meio de novas modalidades de processos de trabalho, de gestão da força de trabalho e de novas relações de trabalho no âmbito do setor privado. Ao Estado caberia o papel de coordenador suplementar, posto que a crise fiscal teria revelado os limites do excesso de regulação e da rigidez administrativa, bem como a ineficiência do serviço público. A nova gestão pública é proposta tendo por base um discurso sobre a necessidade de recuperação da governabilidade. Behring (2003) mostra que esse processo de contrarreforma brasileiro foi conservador e regressivo, com conteúdos ideológicos seguindo argumentos tecnocráticos inspirados nas orientações das agências multilaterais.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado e a emenda constitucional da reforma administrativa, tomando como base as experiências recentes em países da *Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento* Econômico (OCDE), principalmente o Reino Unido, onde se implantava a segunda grande reforma administrativa da história do capitalismo: depois da reforma burocrática do século passado, a reforma gerencial do final do século XX. As novas idéias estavam em plena formação; surgia no Reino Unido uma nova disciplina, a *new public management*, que, embora influenciada por idéias neoliberais, de fato não podia ser confundida com as idéias da direita; muitos países socialdemocratas da Europa estavam envolvidos no processo de reforma e de implantação de novas práticas administrativas. O Brasil tinha a oportunidade de participar desse grande movimento de reforma, e constituir o primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo (Bresser-Pereira, 1995, p. 22).

Para Diniz (1999), governabilidade e *governance* são aspectos distintos e complementares que configuram o *modus operandi* estatal. Governabilidade refere-se às condições sistêmicas do exercício do poder político, já *governance* é uma competência governativa e envolve a capacidade da ação estatal na implantação e na consecução de metas coletivas, mecanismos e procedimentos para lidar com a participação e pluralidade da sociedade democrática.

De acordo com Behring (2003), a contrarreforma do Estado, além de utilizar o argumento de lutar contra a ingovernabilidade e a promessa de instaurar a *governance*, foi empreendida num clima democrático, posto que as classes dominantes não precisaram empregar a força para se apropriar de uma parte do excedente social, considerando-se que a democracia respalda-se no acesso ao poder político e na divisão do mesmo pelas classes dirigentes. Para Behring (2003), o plano de contrarreforma do Estado brasileiro elaborado por Bresser-Pereira parte de uma visão unilateral e monocausal da crise contemporânea, metodologicamente incorreta e empobrecida no discurso que a explica e legitima. Isso porque tem como base um discurso ilusório sobre a necessidade de inserção passiva e a

qualquer custo na dinâmica internacional. Essa estratégia, contudo, representou uma escolha político-econômica, e não um caminho natural diante dos imperativos econômicos, o que não permite caracterizar o processo dos anos 1990 como uma modernização conservadora do Estado brasileiro, mas sim como um processo de contrarreforma, em uma direção destrutiva das conquistas democráticas que culminaram na Carta constitucional de 1988.

TEORIAS E MODELOS DE GESTÃO QUE NORTEIAM OS PROCESSOS DE REFORMA ADMINISTRATIVA E DO ESTADO

Os primeiros governos que propuseram reformas no antigo modelo administrativo foram o inglês e o americano, a partir da propagação de um sentimento antiburocrático que se aliava à crença de que o setor privado possuía o modelo ideal de gestão. Os principais modelos de gestão pública propostos foram o gerencialismo puro, o *consumerism* e a *public service orientation*. A corrente denominada gerencialismo puro é uma tendência hegemônica de mudança na administração pública, que vem operando no setor nas duas últimas décadas de modo a influenciar as práticas organizacionais no sentido de incorporar a lógica concorrencial, com cortes nos custos e no pessoal, e ênfase na produtividade e eficiência.

O *consumerism*, uma tendência administrativa que prioriza a efetividade e qualidade dos serviços públicos, considera os cidadãos como clientes e consumidores e incentiva a competição entre as organizações públicas ao dispensar maiores recursos financeiros para a instituição que atinge o padrão de excelência estipulado por especialistas.

Outra teoria administrativa se denomina *public service orientation*; ela requer a criação de uma esfera pública e o fortalecimento do poder local baseado na participação dos cidadãos e em medidas de equidade, *accountability* e *empowerment*. O conceito anglo-saxão de *accountability* resume a obrigação de gestores públicos e técnicos

responsáveis pela formulação de políticas públicas de ampliarem a visibilidade das ações desempenhadas em seus múltiplos aspectos, disponibilizando informações qualificadas sobre os procedimentos adotados, seus custos, benefícios e resultados para o conjunto de atores sociais envolvidos. A transparência das ações do governo torna-se a principal condição para a garantia de legitimidade no processo de construção de programas sociais. Ao mesmo tempo, os agentes públicos são responsabilizados pelos rumos da política através de diferentes arenas de negociação e deliberação.

Segundo documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2007), o conceito de *accountability* tem sido um fio condutor das reformas administrativas em diversos países, tendo como característica a ênfase na flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários e a diminuição dos mecanismos de contratualização entre governo e instituições públicas. Isso implica uma profunda mudança nas formas de ação coletiva e gestão pública, na medida em que a sociedade assume a responsabilidade pelas decisões e executa as políticas e programas sociais.

Por outra parte, observa-se a expansão da utilização do termo *empowerment* ou “empoderamento”, que significa a expansão da liberdade de escolha e da autoconfiança nas dimensões individual e coletiva. As suas principais estratégias são ações que possibilitem a ampliação da capacidade de organização e participação da comunidade, o acesso à informação, o controle e acompanhamento das decisões públicas e a responsabilidade social. A bibliografia que aborda o tema informa que o “empoderamento” está na possibilidade de incorporar novos atores e demandas sociais, e garantir a interação entre cidadãos e gestores públicos no processo de tomada de decisão.

Temos ainda o enfoque da gerência social, elaborado por Bernardo Kliksberg (2003).⁴ O autor tenta mostrar que é necessário a

⁴ Bernardo Kliksberg é assessor de diversos organismos internacionais, entre eles Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização dos Estados Americanos (OEA), Banco Interamericano de

combinação de unidade do desenvolvimento econômico e desenvolvimento social, por meio de uma atuação do Estado marcada por capacidade elevada de gerência social, o que ele designa como Estado social. Essa ideia baseia-se num discurso de pacto social entre as classes sociais, com a manutenção real de subsunção formal do trabalho ao capital, a partir da solidariedade que visa à harmonia social no contexto do capitalismo financeiro. O foco na gerência social postula ser eficiente e privilegiar a participação da comunidade, descentralizar para os municípios, propiciar a formação de redes intersetoriais com outros autores da sociedade, praticar a transparência, gerar informação contínua sobre o social e realizar o monitoramento e avaliação dos programas. Esses atributos pressupõem capacidades, atitudes, orientação e critérios gerenciais muito particulares, que não colocam em questão, contudo, o processo de acumulação capitalista contemporâneo.

No Brasil, a Constituição de 1988 foi o resultado de mobilizações e pressões exercidas por vários segmentos da sociedade durante o processo de resistência e luta contra o regime ditatorial vigente no período anterior. Um significativo avanço propiciado por esse processo foi a formalização e a definição, na Carta Magna, de arranjos institucionais, principalmente os conselhos gestores de políticas públicas, que visam promover e garantir a participação das coletividades no processo de gerenciamento público, entendendo essa participação como fundamental à consolidação da democracia brasileira. Essa nova forma de conceber a participação, centrada na tentativa de elevar a sociedade civil a uma esfera política ampliada, coloca o desafio de articulação e implantação de modelos de gestão coerentes com o desenho universalista e participativo da política social almejada. Ou seja, os avanços normativos alcançados requerem uma nova ordem institucional que ultrapasse a lógica

Desenvolvimento (BID) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Foi diretor do projeto da Organização das Nações Unidas para a América Latina de Modernização do Estado e Gerência Social e coordenador do Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social (Indes/BID).

privatista no trato do social, em favor dos interesses da coletividade e assegurando a igualdade social. Porém, como caminhar nesse sentido diante do processo de mundialização financeira que destrói o legado das conquistas históricas dos trabalhadores, que focaliza as políticas sociais públicas, que requer um Estado mínimo para o social, deslocando a responsabilidade da justiça social para a iniciativa privada?

Esse cenário é marcado pelo que Coutinho denomina visão minimalista da democracia, em que “a democracia se reduz ao cumprimento de regras formais, que de resto excluem explicitamente a ideia de soberania popular” (2002, p. 19). Cabe ressaltar que a transição democrática brasileira foi condicionada principalmente pelo endividamento externo e interno; isso compõe uma tutela financeira que limita a construção de uma democracia social ou de massa (Netto, 1996), para a qual é fundamental a ampla participação social, construída na dinâmica da relação Estado/sociedade civil. Esse seria um traço tensionador identificado por Ianni (1982, p. 34) em sua obra *O ciclo da revolução burguesa*. O autor considera que essa é a matriz histórica de nossa cultura e de nossas instituições públicas, inclusive no contexto de afirmação dos direitos de cidadania, em que os governantes, intelectuais e classes representadas no bloco do poder estabeleceram como parâmetro a cidadania tutelada. Nas características presentes na gênese da formação da sociedade brasileira, prevalece historicamente o domínio da lógica clientelista e da lógica da lucratividade no processo de formulação e implantação das políticas sociais.

É no processo de contrarreforma que emerge a proposta de que a sociedade civil pode dar conta da redução das desigualdades sociais, da ineficiência e ineficácia dos serviços públicos, aparecendo como um campo de forças que não sofre os influxos culturais e sociais que determinam e produzem tal cenário no funcionalismo público. Ao que nos parece, se observarmos a história brasileira, veremos que em nossa sociedade as relações de favor e de dependência atravessaram a formação da política brasileira desde a Primeira

República (1890-1930), com a modernização pelo alto. O governo federal é projetor do desenvolvimento da sociedade sem que haja a participação social direta nesse desenvolvimento. Os investimentos econômicos e decisões são pactuados entre as elites, sem a quebra das oligarquias que constituíram uma nova aristocracia, caracterizando a ausência de ruptura na mudança de regime e uma consolidação conservadora da dominação burguesa no Brasil (Fernandes, 2006).

Bravo (2001) considera a democracia representativa uma vitória parcial da sociedade civil, pois a hegemonia da classe dominante faz as principais decisões econômicas serem tomadas de acordo com os interesses do setor privado. Na perspectiva da soberania popular, a política social não é vista como um paliativo e sim como o aspecto central para o desenvolvimento equilibrado e sadio. Porém, nos marcos da concepção de democracia representativa vigente, em meio ao contexto de contrarreforma do Estado, há uma tendência à implantação de estratégias e programas fundados em noções de vulnerabilidade e riscos sociais, cujo principal propósito é amenizar os efeitos da acumulação capitalista na vida da classe popular empobrecida, provendo acesso aos serviços públicos essenciais. Portanto, não se coloca o desafio das políticas universais e redistributivas, grande impasse da atualidade, mas ressalta-se a manutenção da ordem diante do capitalismo financeiro, na constante busca por respostas a sua própria crise.

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS: CONCEPÇÕES, DISSENSOS E PERSPECTIVAS

A teoria neoliberal tem se apropriado da democracia para dar resposta às contradições do capital financeiro, imprimindo a estratégia da participação como modo de construção de legitimidade. Assim, diante da nova realidade econômica e política, a participação tem sido incorporada pelas políticas sociais de cunho neoliberal como forma de consenso e/ou parceria na mediação de

conflitos. Nesse sentido, a concepção representativa de democracia tem sido manejada principalmente como dimensão estratégica para o Estado neoliberal por conferir legitimidade ao processo decisório e seus resultados eleitorais. O tema da participação, por sua vez, está vinculado diretamente ao processo de democratização política, concebido por vários autores como um processo histórico relacionado à soberania popular.

No seio dessas contradições, o conceito de esfera pública “constitui a renovação mais importante na teoria democrática da segunda metade do século XX, que permite ir mais além do debate elitista democrático e republicano” (Avritzer, 2000, p. 78). Tendo por base esse conceito, vem se desenvolvendo uma concepção democrática deliberativa que incorpora os ideais republicanos os quais, segundo Pereira (2004), representam um projeto de construção de um sistema político global centrado na capacidade de articulação da sociedade civil.

Entendemos que a sociedade não se sustenta fora do Estado, e muito menos em oposição dicotômica a ele. Ela é uma figura do Estado e modifica a natureza do fenômeno estatal, ou seja, articula-se dialeticamente *ao* e *com* o Estado. Estamos aqui tratando do Estado em sentido amplo, tal como definido por Gramsci, como sociedade política mais sociedade civil, isto é, hegemonia escudada em consenso e coerção (Coutinho, 1999).

Jacobi (1992) coloca duas concepções de participação: 1) participação restrita e delimitada; e 2) participação plena, enquanto ação permeada por uma noção de conflito. No primeiro sentido, a sociedade civil é dispensada de seu protagonismo político. O comando do Estado como intermediador de interesses antigos e modernos patrocina uma institucionalização precária do político, afastando-se da democracia e diminuindo a sua capacidade de processar demandas, tensões e contradições. Na segunda concepção, o processo de participação é uma conquista dos grupos dominados na garantia de seus direitos negados historicamente. Nessa perspectiva, é mediante a participação política que as classes

populares constroem sua cidadania e lutam pelos seus direitos de igualdade.

Coutinho (1997) afirma que a divisão da sociedade em classes constitui limites intransponíveis à afirmação consequente da democracia, ou seja, só uma sociedade sem classes, uma sociedade socialista, pode realizar o ideal da plena cidadania e, como tal, da democracia. Para Gohn:

A participação é um processo de vivência que imprime sentido e significado a um movimento social, desenvolvendo uma consciência crítica e gerando uma cultura política nova. A defesa da democracia participativa a partir dos movimentos sociais como critério legitimador da própria democracia e como canal de manifestações das classes oprimidas é uma necessidade do estado democrático de direito, bem como uma clara e evidente forma de desenvolvimento. (2003, p. 30)

Concordamos com essa análise, que destaca a importância desse novo cenário da sociedade civil, em que o espaço público passa a ser ocupado por atores que anteriormente não tinham tal acesso e sequer tinham o direito de reivindicá-lo ante o Estado. É relevante que nesse contexto surjam canais de expressão e atendimento das demandas populares, as quais podem valer-se desses espaços como veículos para o controle social das políticas públicas.

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 inaugurou um novo pacto federativo, uma nova institucionalidade democrática, ao garantir o direito de participação da comunidade na formulação, implantação e avaliação das políticas sociais. A partir desse ordenamento jurídico, a participação social na formulação das políticas universalistas passa a ser um direito constitucional no marco de um capitalismo financeiro e mundializado.

Porém, os cargos de gestores das políticas sociais e sua equipe ainda são decididos no jogo político partidário, em compromisso com quem lhes delegou o poder, de modo que a população fica à disposição de interesses particularistas, clientelistas e populistas –

interesses que frequentemente geram descontinuidade de atividades sociais exitosas, causando a impressão de que em cada gestão uma nova prática se fará e dando base para a ineficiência e incompetência dos serviços públicos, aprofundando o histórico traço assistencialista e a regressão dos direitos. Nesse contexto, as políticas públicas que garantem direitos sociais são deslocadas para a iniciativa privada ou individual, ao serem impulsionadas por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao arbítrio do indivíduo isolado. Essas são as marcas de uma época associada ao consumo, ao mundo do dinheiro e do mercado.

Os caminhos de resistência estão na luta política, na prevalência do debate público e na democracia aliada ao direito de participação dos cidadãos por intermédio dos movimentos sociais, fatores importantes para o desenvolvimento social. Essa seria uma forma de alcançar uma qualidade de vida melhor e fazer que as prioridades centrais do Estado se voltassem para as necessidades humanas, mais do que para as necessidades do mercado.

Considerando essas referências, podemos afirmar que tivemos alguma modernização do aparelho de Estado brasileiro por meio da qual a estrutura administrativa e a burocracia pública ganharam legitimidade, com o uso intensivo de práticas modernas e racionais.

O recente Plano de Aceleração Econômica (PAC) do governo Luiz Inácio Lula da Silva (PAC 2007-2010), cujo objetivo foi a expansão do investimento em infraestrutura, entendido como condição para a aceleração do desenvolvimento sustentável, teve como metas: a eliminação dos impasses para o crescimento da economia; o aumento da produtividade; a busca de superação dos desequilíbrios regionais e das desigualdades sociais; o planejamento estratégico de médios e longos prazos; o fortalecimento da regulação e da competitividade; os instrumentos financeiros adequados ao investimento de longo prazo; as parcerias entre público e privado; e a articulação entre os entes federativos.

De acordo com a nota técnica nº 41, de janeiro de 2007 (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconô-

nicos, 2007), o PAC revela uma ação governamental planejada com vistas à retomada da capacidade do Estado de orientar o crescimento econômico do país, pelo incremento da taxa de investimento público e privado em áreas consideradas estratégicas. O principal ponto positivo desse plano é a retomada do papel do Estado como promotor e indutor do crescimento econômico, tanto na infraestrutura econômica quanto no âmbito social. No bloco de medidas fiscais, foi prevista, a longo prazo, a intervenção sobre a gestão pública e a governança.

Essas premissas estão concatenadas com a técnica de regulação⁵ que visa promover a universalidade do acesso aos serviços e equipamentos públicos nas áreas de cultura, educação, lazer e saúde. Contudo, a ênfase do governo Lula (eleito em 2002 e reeleito em 2006) na função do Estado como regulador e fiscalizador dos serviços sociais intensificou a relação entre público e privado, o que sinaliza a manutenção das medidas neoliberais firmadas e priorizadas no governo de Fernando Henrique Cardoso com os organismos internacionais, em especial com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional.

Nesse contexto, a gestão pública, principalmente no setor de saúde, tem o incremento e a consolidação do interesse privado, direcionamento legitimado pelo decreto nº 11.079 de 30 de dezembro de 2004, que instituiu normas gerais para licitação e contratação de parceria entre o setor público e o setor privado no âmbito da União, Distrito Federal, estados e municípios. Assim, a administração pública exporta para a gestão social os modelos da gestão privada, com ênfase na satisfação do consumidor, no desempenho, na eficiência e na racionalidade dos gastos. Essa condução é justificada com o argumento de que é necessário promover uma mudança radical na qualidade dos serviços prestados ao cidadão, sendo defendido que isso se daria mais facilmente com a gestão privada dos

⁵ Regulação é entendida como um novo modelo de gestão pública brasileira que articula a política, a economia e o direito num cenário do desenvolvimento do capitalismo.

equipamentos públicos, de modo a alcançarem um padrão de efetividade na provisão dos direitos garantidos constitucionalmente.

Na saúde, o caráter complementar foi atribuído à iniciativa privada pela Constituição Federal de 1988, que deixou claro em seu artigo 199 que a iniciativa privada é livre para prestar assistência à saúde, mas que a participação do setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser realizada de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Por sua vez, a Lei Orgânica da Saúde, lei nº 8.080/1990, em seu artigo 24, estabeleceu que o SUS poderia utilizar os serviços ofertados pela iniciativa privada quando essa participação complementar se fizesse necessária em face de situações de insuficiência da capacidade instalada do setor público, em determinada área geográfica, a fim de garantir a cobertura assistencial à população. Portanto, o motivo original da participação da iniciativa privada no SUS encontra-se na impossibilidade do poder público garantir o atendimento em saúde em algumas regiões do país diante das diversidades e do tamanho do território nacional.

A recente portaria GM/MS nº 399/2006 reforça esse preceito e estabelece requisito de planejamento local na efetivação de contratos ou convênios com entidades privadas, como se lê no artigo 2º: “Quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e comprovada e justificada a necessidade por meio de plano operativo da rede própria, o gestor poderá complementar a oferta com serviços de assistência à saúde”.

Consideramos importante discutir a possibilidade desse arranjo público/privado descaracterizar e comprometer o papel do Estado na gestão das instituições públicas executivas, responsáveis pela implantação das políticas sociais universalistas que mobilizaram a população brasileira na elaboração da Constituição de 1988, ganhando assim a sua legitimidade jurídico-institucional.

Torna-se, então, necessário problematizar a natureza do papel do Estado na regulamentação e na implantação da política de

saúde, identificando, também, o papel das classes sociais e das forças políticas que se organizam na sociedade civil na defesa de uma gestão democrática e participativa, a fim de garantir o acesso igualitário e equânime aos serviços de saúde.

DILEMAS E CONTRADIÇÕES ENTRE A GESTÃO NO SETOR DA SAÚDE E O DESAFIO DE AVANÇAR A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA

A participação popular e a territorialidade vêm inovando o desenho das políticas públicas com bases legais, principalmente no setor da saúde, implicando na reordenação dos serviços e na busca pela constituição de redes assistenciais. Diversos autores analisam o território e sua apropriação pelo SUS. Mendes (1993), por exemplo, considera que se desenvolveram duas correntes: uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica, burocrática; e outra, que entende o território-processo como produto de uma dinâmica social na qual se tensionam sujeitos sociais postos na arena política (Mendes, 1993, p. 166). De acordo com Santos (2001), é fundamental o estudo desse espaço-território utilizado ao longo da história com seus sistemas de ações, seus fixos e fluxos.

O autor assinala que as redes de atenção à saúde ofertadas por sistemas privados ou públicos organizados com base na competição gerenciada (*managed competition*) em geral prescindem de base territorial, ao contrário dos sistemas públicos articulados pela cooperação gerenciada, que exigem a definição da relação espaço/população para se desenvolverem com equidade (Mendes, 2007, p. 16). Para o autor, é preciso caminhar em dois sentidos: deve-se tanto pensar o território como um processo, cujo eixo dinamizador é a democratização da vida social, quanto desenvolver uma forma gerencial dos serviços de saúde que se oponha à lógica gerencial, baseada em procedimentos e metas, e que contenha elementos que gerem acessibilidade universal, o que implica a construção de território sanitário.

Para apreender a complexidade desse processo é importante analisar como as questões de saúde chegam à agenda de gerentes e gestores, de que forma se processa sua ação, de que maneira se aplicam as medidas escolhidas e por quais meios esses serviços/ações podem ser avaliados. Isso porque, diante dos pressupostos gerenciais instrumentais que caracterizam a forma como os modelos de gestão da iniciativa privada vêm orientando a administração no setor público, consideramos relevante colocar e discutir a indagação sobre quais são as possibilidades da ação política na gestão local, na medida em que o Estado, de um lado, se utiliza do arcabouço legal e institucional para modificar práticas em saúde e, de outro, cria procedimentos relativos à gestão dos equipamentos públicos orientados pelo interesse privado no setor.

Quanto a isso, é importante lembrar que, a partir da década de 1980, governos neoliberais passaram a utilizar a participação comunitária em outra direção, como bandeira político-ideológica na formulação jurídico-legal de políticas sociais, de modo que dividir responsabilidades com a população passou a ser visto como aprofundamento da democracia. Segundo K. R. S. Lima:

Os anos 1980 foram pautados por uma crescente articulação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM) com o objetivo de coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países membros, principalmente daqueles que recorrem ao Fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos na área social a novas condições. (2010, p. 66)

Para o consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) Bernardo Kliksberg, “as complexidades sociais e econômicas mundiais e a estabilização da democracia social, como forma de enfrentar a gravíssima questão social, são desafios postos para os gestores públicos que precisam enfrentar e superar as demandas existentes” (1997, p. 58). Em suma, o contexto de reorientação neoliberal dos Estados ocidentais, analisado anteriormente, coloca-nos o

desafio de produzir uma gestão democrática e participativa, com a criação de dispositivos e arranjos institucionais que efetuem o aumento da participação popular na tomada de decisões, pois, assim, a “esfera restrita que diminui os direitos sociais e políticos cede progressivamente lugar à nova esfera pública ampliada, com ampla participação social” (Coutinho, 1999, p. 30).

No contexto do autoritário Estado brasileiro, esse ideário orientou as bandeiras de luta do movimento da Reforma Sanitária, muitas das quais foram incorporadas, logo depois, à Constituição Federal de 1988, principalmente na lei nº 8.142/1990, que assegura e regulamenta a participação popular na gestão do SUS, criando os conselhos e as conferências de saúde. Em relação a essa conquista, há consenso na literatura sobre participação popular de que a possibilidade da sociedade civil intervir na gestão pública representa um novo padrão de interação entre governo e sociedade civil no Brasil. Bravo (2001), porém, ao destacar que a concepção de Estado participativo é muito recente na história brasileira, problematiza sua viabilidade quando se tem uma conjuntura que desmobiliza ou redireciona a participação popular, com ampla defesa de um Estado mínimo, como preconizado no projeto neoliberal.

De outra parte, partindo do pressuposto de que a democracia é um processo que devemos conceber como em permanente construção, Coutinho (2003) afirma que a democracia no Brasil somente se realizará com a incorporação ao processo social, como autênticas protagonistas, das grandes massas de excluídos. Nessa acepção, a gestão participativa pode ser compreendida como um espaço de intermediação que requer novos mecanismos decisórios com capacidade para incorporar uma grande pluralidade de atores e interesses, afinal, a gestão participativa caracteriza-se, no contexto das teorias administrativas, por valorizar a possibilidade de que os indivíduos decidam sobre a administração das organizações (Maximiano, 2006).

Hoje, apesar de mais de vinte anos de experiência em fóruns participativos na saúde, permanece a necessidade de relacionar o

cotidiano dos serviços com o problema da construção de formas de gestão participativas, a fim de fortalecer a universalidade e a integralidade da assistência à saúde. Nesse sentido, o tema da gestão participativa vem acompanhando o debate político no SUS, compondo a agenda de políticas públicas, como a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde (ParticipaSUS) e a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, na qual se afirma que “a participação social não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada nos serviços do SUS” (Brasil, 2003), de maneira que as instâncias governamentais procurem modificar a forma da gestão pública, inserindo diversos segmentos sociais no processo de tomada de decisão sobre as políticas públicas.

Um dos grandes conflitos com o qual hoje se defronta o sistema de saúde é dar conta do acesso justo com base nas necessidades relativas ao processo saúde-doença-cuidado. No que diz respeito a isso, é importante lembrar que, como característica principal da evolução histórica dos modelos assistenciais de saúde no Brasil, prevaleceu o modelo médico-assistencial privatista, em que a organização dos serviços se dá a partir da livre demanda ou demanda espontânea:

As preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determinaria o consumo de serviços médicos. (Paim, 1999, p. 243)

Em direção diversa, a concepção ampliada da saúde nos possibilita apreender as demandas como sendo “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, entre os quais ao trabalho, ao salário justo, a participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (Luz,

1991, p. 29). Nessa dinâmica, as demandas não são apenas reprodução de necessidades, mas também um instrumento de descoberta, interpretação e luta social, que coloca questionamentos e princípios para a democratização dos processos institucionais de gestão. Desse modo, a relação entre gestão e demanda nos remete à disputa de interesses e projetos políticos distintos em um contexto de luta por concretização do atendimento, o que confere à gestão participativa a complexa e contraditória tarefa de produzir mediações, muitas vezes conflituosas, entre demandas, ofertas e acesso, movimento imprescindível para a garantia e a construção social dos direitos de cidadania.

Conforme argumenta Stotz, “participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação no pensamento social, de um longo processo histórico” (2007, p. 293). Nessa perspectiva, as demandas por ações e serviços de saúde permitem compreender o modo de vida local, porque nelas estão diretamente envolvidos indivíduos e coletivos, as formas de planejar e distribuir recursos de acordo com a realidade do lugar, aspectos a serem observados em relação a uma gestão compartilhada.

Portanto, é nesse contexto que o debate sobre a gestão em saúde ganha relevância, pelo seu aspecto de mediação entre as demandas de saúde das comunidades e grupos sociais e as respostas organizadas pelo modelo de saúde vigente. Nessa direção, Góis (2008, p. 103) afirma que a saúde comunitária propõe uma alternativa crítica aos serviços tradicionais e envolve todas as atividades realizadas na e com a comunidade em nome da saúde dos seus moradores. O autor assinala, ainda, que o profissional de saúde deve estar envolvido diretamente com a comunidade e com a forma de planejamento e distribuição dos serviços de saúde, partindo da compreensão de que o lugar físico e social é a fonte para entender e organizar as ações e serviços necessários. Nessa perspectiva, o foco em um território específico é uma tentativa de abordar os problemas e necessidades de saúde mediante a compreensão da saúde como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultado das condições

de habitação, alimentação, emprego, saneamento, educação, renda, acesso aos serviços de saúde etc.

Tal compreensão propõe reconhecer que a desigualdade e a diversidade social têm sido aspectos centrais para entender diferenças marcantes na qualidade de vida e nas condições de saúde da população brasileira. O território, em saúde, é pensado não apenas como um espaço delimitado geograficamente, mas como local em que as pessoas vivem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e cultura, o que traz a necessidade de articulação entre vários sujeitos e coletivos para conformar uma rede de saúde acessível e resolutive, com uma gestão de fato participativa.

A participação nas decisões sobre as ações e sobre as demandas por saúde revela a complexidade e a heterogeneidade dessas categorias que, tomadas como referências conceituais, servem à análise desenvolvida neste texto e nos ajudam a problematizar a presença e os efeitos contraditórios que a contrarreforma administrativa tem imprimido na consolidação do Sistema Único de Saúde. No caso, a inserção dos conflitos em torno de demandas por saúde, em processos institucionais de gestão participativa, indica ser condição necessária para a democratização das políticas de saúde, em direção oposta ao discurso gerencialista que tem norteado as reformas administrativas e as práticas da gestão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, M. A. *Subsídios para a reforma do Estado: contratos de gestão*. Rio de Janeiro: Ipea/Enap/Ibam, 1994. V. 4.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua Nova*, São Paulo, n. 50, p. 25-46, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n50/a03n50.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2013.

BEHRING, E. R. *Política social e capitalismo contemporâneo: um balanço crítico bibliográfico*. 1993. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -

Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

_____. *Política social no capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. *Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direi-tos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BOBBIO, N. et al. *Dicionário de política*. 12. ed. Brasília: Editora UnB, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Câmara da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Estado*. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Cosac/SAS/MS, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. _____. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003*. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Decreto nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004a. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez.

2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11079.htm. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 5 jun. 2013.

_____. _____. _____. *Luta pela saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série D. Reuniões e Conferências; Série Cadernos Metropolitanos).

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, A. P. *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

_____. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-241, 1999.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *A reforma do aparelho do Estado e a Constituição brasileira*. Brasília: Mare/Enap, 1995.

_____. *A reforma do Estado para a cidadania*. São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. *A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle*. Brasília, Mare. 1997.

_____. Do Estado patrimonial ao gerencial. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (org.). *Brasil: um século de transformações*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 223-259.

_____. *O conceito de desenvolvimento do ISEB rediscutido*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. (Textos para discussão, 137).

COHN, A.; ELIAS, P. E. M.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 90-93, 1993.

COUTINHO, C. N. A democracia como valor universal. *Encontros com a Civilização Brasileira*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 33-47, mar. 1979.

_____. Notas sobre a cidadania e modernidade. *Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1997.

_____. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Cortez, 1999.

_____. *A democracia como valor universal e outros ensaios*. Rio de Janeiro: Salamandra, 2002.

_____. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2003.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Principais aspectos do Programa de Aceleração do Crescimento. *Nota técnica*, São Paulo, n. 41, p. 1-10, jan. 2007. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/notatecnica/2007/notatec41PAC.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2013.

DINIZ, E. *Crise, reforma do Estado e governabilidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisas*. São Paulo: Atlas, 2006.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2003.

GÓIS, W. L. *Saúde comunitária*. São Paulo: Hucitec, 2008.

HARVEY, D. *Coleção pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1989.

_____. *O novo imperialismo*. Rio de Janeiro: Loyola, 2000.

IANNI, Octavio. *O ciclo da revolução burguesa*. Petrópolis: Vozes, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2000: população*. Disponível em: <http://ibge.net/home/estatistica/população/censo2000>. Acesso em: 10 jul. 2012.

JACOBI, P. *Políticas sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1992.

KLIKSBERG, B. *O desafio da exclusão: para uma gestão social eficiente*. São Paulo: Fundap, 1997.

_____. *Falácias e mitos do desenvolvimento social*. São Paulo: Cortez–Unesco, 2003.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____ (org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez–Cedec, 1995. p. 151-178.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 101-138, 1996.

LIMA, J. C. F. *Trabalho e formação em saúde: na corda-bamba de sombrinha*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

LIMA, K. R. S. “Terceira via” ou social-liberalismo: bases para refundação do projeto burguês de sociabilidade. *Revista Universidade e Sociedade*, Brasília, n. 32, p. 11-21, 2010.

_____; MARTINS, A. S. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, L. M. W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel T. Racionalidades médicas terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 108-128, 1991.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria geral de administração: da revolução urbana à revolução digital*. São Paulo: Atlas, 2006.

MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo sanitário no SUS*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. A modelagem das redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 25 jul. 2014.

NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. São Paulo: Cortez, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial de saúde. 2000. Disponível em: www.who.int/whr/2000/. Acesso em: 10 jul. 2012.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.

SANTOS, M. *Por outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2001.

STOTZ, E. N. (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

AVALIAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA*

Angélica Ferreira Fonseca

Maria Helena Magalhães Mendonça

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1990, Zulmira Hartz, pesquisadora que se firmou como um dos nomes mais representativos da avaliação em saúde no Brasil, em meio a um debate bastante notório, publicou um texto sobre a institucionalização da avaliação, no qual afirmava que no Brasil e na América do Sul, em contraste com a Europa e os Estados Unidos, a prática da avaliação, como função pública, era rara (Hartz, 1999). Desde então, testemunhamos diversos movimentos que têm o pensamento e as práticas de avaliação como eixo. Dois deles merecem ser destacados: a transição da avaliação da condição de ferramenta do planejamento para seu reconhecimento como

* Este texto é uma versão modificada do segundo capítulo da tese de doutorado *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde*, de Angélica Fonseca, defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em 2013.

campo de conhecimento produtor de tecnologias de gestão e a sua estabilização entre as estratégias da administração pública.

A partir de seu posicionamento como campo, a avaliação alcançou uma nova dimensão, gerando condições para a organização das práticas em áreas que têm em comum a discussão sobre o mérito e a implantação de políticas e de programas. Vedung (2010) afirma a centralidade da relação avaliação/intervenção e destaca algumas vertentes que adquiriam estabilidade no campo: alcance de resultados, avaliação dos grupos de interesses (*stakeholders*), avaliação centrada no cliente/usuário, avaliação profissional, autoavaliação, estudos randomizados e garantia de qualidade, aos quais acrescentamos a análise de implantação (Denis e Champagne, 1997) e a análise do modelo lógico (Hartz, 1997; Hartz e Vieira-da-Silva, 2005). Tal relação não esgota o repertório de modos pelos quais têm sido sistematizados conhecimentos e operacionalizados os métodos e procedimentos de avaliação. Serve, talvez, para assinalar a dinamicidade de um campo inteiramente fortalecido no discurso instituído pela esfera da gestão.

Esse caráter dinâmico é lido por Vedung (2010) como ondas da avaliação, em que cada uma delas deixa camadas de sedimentos que nunca desaparecem e se fazem presentes nos diversos modos de construir avaliações. Nesse sentido, consideramos importante recuperar características de alguns movimentos e, evitando uma historicização prolongada, focar em características da avaliação contemporânea que nos parecem ter desdobramentos significativos sobre a avaliação em saúde.

AValiação e Políticas Públicas: Pontuando Elementos do Contexto

O século XIX foi o período que marcou o início da avaliação na Europa e nos Estados Unidos. No campo da educação, onde eclodiu esse movimento, logo se estabeleceu a associação entre a produção de dados de modo sistemático e a tomada de decisões, visando maior racionalização do trabalho (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011) e

estabelecendo parâmetros para a atuação das instituições estatais. No mesmo período, na saúde, a avaliação pautava-se na associação entre estatística e epidemiologia, desde então uma vertente de bastante prestígio na área.

Seguindo o pensamento de Vedung (2010), entendemos que a gestão pública sofreu uma mudança nos processo de legitimação de suas políticas e programas. Houve um momento em que a aceitação de propostas políticas se estabelecia com base no exame de coerência da relação entre propósitos, ações, financiamento e da retórica de sustentação. Essa conjunção cedeu espaço a um processo de legitimação fundamentado na obtenção de resultados, disseminando a ideia da *gestão orientada por resultados* (Vedung, 2010; Hartz, 2012).

Ao tratar de particularidades da avaliação de políticas públicas, Arretche (1998) descreve a avaliação como um tipo de pesquisa que possibilita estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, enquanto Faria (2005) admite que são três as suas funções básicas: produzir informação, direcionar alocação de recursos e legitimar políticas.

Vedung (2010) localiza nos anos 1960 a primeira onda da avaliação, cujas características vinculam-se ao arcabouço do planejamento e da programação. A avaliação partiria da definição de uma situação e de sua caracterização como problema a partir do qual se produz um conjunto de indagações, supondo a possibilidade de examinar um problema em sua totalidade antes de qualquer intervenção e com a finalidade de subsidiar as decisões de governo.

Para Miller (2006), cujo livro questiona frontalmente o *status* atribuído à avaliação no contexto atual, a avaliação repousa sobre dois paradigmas articulados entre si – o do problema-solução e o da medida – assinalando que a medida remete a um cálculo que pode se efetivar em termos qualitativos ou quantitativos. Os argumentos de Miller nos levam a reconhecer que a avaliação contém uma disposição para o empobrecimento do que há de singular em cada experiência para valorizar a possibilidade de comparação. Viabilizar

comparações e amparar o julgamento ou gerar recomendações preferencialmente generalizáveis sobre a pertinência e a qualidade da execução de políticas públicas, finalidades que frequentemente definem o que é a avaliação (Champagne et al., 2011), são ações que têm se dado mediante a construção de conhecimentos que pretendem ser assimilados como objetivos.

Ao realizar uma análise bibliográfica da avaliação na saúde, Stenzel comenta que, embora a “definição conceitual” de avaliação enfatize a questão do “juízo de valor”, a definição “operacional”, predominante na literatura, indica que é a “medida”, e não o “juízo”, a questão central da avaliação (Stenzel, 1996, p. 21), assinalando um deslocamento da dimensão subjetiva a favor da precisão pretendida pela medida.

Nesse aspecto reside uma característica do tipo particular de conhecimento produzido a partir da avaliação. Esse conhecimento tem o pleito de ser reconhecido como objetivo, neutro e cientificamente fundado, o que garantiria uma superioridade ante outros tipos de saber. É frequentemente ocultado, na apresentação de indicadores, o fato de que a sua definição pressupõe uma análise de valores.

Uma vez assumida como campo de conhecimento, o arcabouço teórico e os conceitos que vão balizar a formulação de indicadores de avaliação são gerados internamente à discussão sobre avaliação e na interação com a área/especialidade em que se situa o recorte do objeto avaliado. Delimitada como campo científico, a avaliação se afasta da vulnerabilidade a qual está submetida quando identificada como ação do território da política. Dialogando com as ciências duras, a avaliação se volta para o refinamento de métodos de prestígio científico, o que corrobora pensá-la como livre de valores (Guba e Lincoln, 1989).

Do ponto de vista histórico e lógico, os mecanismos de avaliação representam a introdução de elementos racionalizadores na administração pública. No setor saúde no Brasil, isso ocorria de forma difusa nos anos 1930. Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, personagens do processo de estruturação de uma polí-

tica fundamentada nos centros de saúde, produziram, já em 1935, instrumentos de avaliação com o propósito de “aferir a eficiência, quantidade e qualidade do trabalho selecionando as atividades mais importantes e estabelecendo uma pontuação para concretizar os procedimentos de avaliação” (Mello, 2010, p. 136).

A relação entre as formas de controlar o trabalho e gerar eficiência, sustentadas pelas teorias da administração científica do trabalho de Taylor e Fayol, são elementos que marcam o período que, nos Estados Unidos, vai até os anos 1930. Qualidade organizacional e produtividade eram tornadas equivalentes e a criação de instrumentos e medidas eram as contribuições mais identificadas com a avaliação (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

No Brasil da década de 1930, durante o governo Vargas, movimentos importantes de racionalização da administração pública levaram à criação de instituições com essa influência e influentes na saúde, valorizando as concepções da “administração científica” (Mello, 2010). Em 1938, a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp) tornou-se um marco na história do planejamento. A intervenção do Estado na economia era o tema central do contexto de difusão do planejamento, que estava centrado no planejamento econômico. A Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), criada em 1948, além de constituir uma escola de pensamento sobre o desenvolvimento econômico, fortalecia os métodos de planificação, tendo como horizonte a industrialização (Rezende, 2010).

Entretanto, no Brasil, a avaliação não estava inserida, com destaque, entre as práticas que compunham o planejamento. Assim, o período em que a avaliação é recuperada de forma intensa e renovada é o dos anos 1990, já influenciados e potencializados pela incorporação das tecnologias de informática que tiveram grande impacto na sistematização de dados. Insistimos em retomar algumas características desse contexto histórico para a nossa reflexão, pois diversas práticas que permeiam o setor da saúde hoje têm nele importantes referências.

Avaliação nos anos 1980 e 1990 e a emergência das concepções do gerencialismo

As concepções do gerencialismo (modelo gerencial ou *managerialism* ou, ainda, *public management*) nos remetem diretamente às reformas administrativas,¹ que assumiram o protagonismo da discussão sobre o papel do Estado em diversos países da Europa nos anos 1980 – e no Brasil, de forma mais orgânica, nos anos 1990. A crise que ganhou relevância a partir dos anos 1970 continha dimensões interdependentes: econômica, social e administrativa (Abrucio, 1997). Nosso foco é a dimensão administrativa dessa crise, centrada na superação do modelo burocrático weberiano de gestão do Estado e a partir da qual se fortalece a introdução do modelo gerencial, no qual a avaliação se destaca.

Entretanto, fazemos a ressalva de que a redefinição das relações entre público e privado, que determinou uma redução da ação do Estado na sustentação de uma rede de proteção social baseada no modelo do bem-estar social, foi um fenômeno da dimensão social da crise que se valeu de conceitos clássicos da administração na avaliação – como o da eficácia na relação custo-benefício (Abrucio, 1997) – para induzir a redução dos gastos públicos. Embora a dimensão econômica da reforma perpassasse todos os balizadores desse programa político de modificação na estrutura do Estado, no presente texto, estamos focalizando a dimensão gerencial, por sua relação mais direta com a avaliação.

É interessante registrar que a “reconstrução do Estado”, expressão frequentemente utilizada em documentos de referência sobre esse processo (Brasil, 1995), concebia o Estado como instância regu-

¹ Uma história das reformas na administração pública no Brasil teria como marco inicial o governo Vargas, ainda nos anos 1930, passando por eventos menos expressivos em governos posteriores até que, em 1967, no governo Castelo Branco, por meio do decreto-lei nº 200, formulou-se uma reforma administrativa significativa, que possibilitou a criação de entidades estatais juridicamente diversificadas (Martins, 1995). Contudo, no âmbito do nosso estudo, enfocaremos a crise dos anos 1990 em função da sua vinculação com a expansão das práticas de avaliação no setor público.

latória, e não de intervenção direta. Tal acepção implica a redução da oferta de serviços diretos, sustentada na premissa da necessidade de redução dos gastos públicos com concomitante redução dos custos do Estado (Santos, 1999).

A avaliação também deve ser situada entre os mecanismos de regulação² que deveriam ser incorporados tanto pelo Estado, quanto pelas instituições da sociedade civil, no projeto de reforma em pauta, tendo em vista que a reforma em curso previa a “descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício de poder do Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica” (Brasil, 1995, p. 12-13).

Assim, esse processo contribuiu para a intensificação da avaliação como atividade do Estado a partir de seu papel regulador, bem como da avaliação como prática das organizações sociais que executariam serviços considerados não exclusivos do Estado (Simionatto, 2000). Faria (2005, p. 98) é contundente ao afirmar que nos anos 1980 e 1990 a avaliação foi posta a serviço da reforma do Estado. Nesse contexto, em diversos países a avaliação deixou de ser um instrumento de programas sociais para ser assumida pelos ministérios da Fazenda e escritórios de auditoria, “guardiões” tradicionais do orçamento, partindo daí as indicações sobre expansão, limitação ou extinção de programas sociais, proporcionando a redução no gasto público (Derlien, 2001, p. 15).

De acordo com Barreto (2005), devemos refletir sobre os limites e possibilidades da avaliação, sobretudo para a discussão da qualidade, lembrando que ela se institui com o principal objetivo de cortar custos, com a pretensão de contribuir para a maior eficiência explícita na

² Para Costa, Silva e Ribeiro (2000), o caráter regulador da avaliação proporcionaria à saúde pública uma nova função, ressignificando seu perfil coercitivo de atuação. Para Santos e Merhy, a avaliação integra-se à regulação, pois essa pode ser conceituada “como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores” (2006, p. 28).

expressão *work better and cost less*, um dos lemas internacionais das reformas (Rezende, 2002). Desse modo essas práticas são incorporadas na reforma administrativa no sentido de aumentar a governança, para utilizarmos os termos característicos do diagnóstico da crise (Bresser-Pereira, 1998).

Divergindo de uma posição fatalista segundo a qual a avaliação estaria, em qualquer contexto, destinada a cumprir o mesmo papel, achamos prudente pensar sobre esse processo tentando identificar outros interesses também presentes no cenário. De acordo com Abrucio (2004), as duas tendências seguintes, que estão incorporadas no modelo gerencial, refletem preocupações da opinião pública, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à adoção desse modelo: o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços. Nesse período, encontramos a ideia, amplamente irradiada no senso comum, de que a burocracia estatal é um entrave ao desenvolvimento da nação por ser um grupo ineficiente que defende os seus próprios interesses valendo-se de práticas clientelistas, contrárias ao interesse público. Paralelamente, consolida-se uma ideologia privatizante, na qual as práticas da gestão empresarial/privada figuram como modelo a ser difundido.

Esse cenário se projeta mundialmente nos anos 1980 a partir da Inglaterra de Margaret Thatcher e dos Estados Unidos de Ronald Reagan, e, apesar das reformulações posteriores que diluíram os traços mais radicalmente conservadores do modelo, parece-nos apropriado considerá-lo como a referência em torno da qual se edificou a proposta de reforma administrativa no Brasil nos anos 1990, fortemente inspirada na experiência britânica (Santos, 1999; Brasil, 1995).

A lógica da produtividade, oriunda do setor privado, capitaneava outros eixos do pensamento gerencial que se projetavam como soluções para um contexto de escassez de recursos públicos. Os preceitos de agilidade e flexibilidade (em contraponto à rigidez e à centralização), satisfação do “consumidor” (em contraponto ao atendimento às necessidades sociais) e controle orçamentário, aliados aos

métodos de avaliação de desempenho, foram tornando-se parâmetros para as reformas administrativas (Almeida, 1999). Assim, a avaliação do desempenho organizacional (*performance* organizacional) se estabeleceu como prioridade, confirmando a ideia em torno da necessidade de mensurar para gerir (Abrucio, 1997; Rezende, 2002). Segundo análise de Almeida, a “avaliação de desempenho passa a ser o fundamento sobre o qual as reformas são construídas” (1999, p. 266).

Embora esse movimento tenha sido perpetrado tendo como pano de fundo a ideia de que tais propostas eram fruto de consenso, existiam críticas, dentre as quais ressaltamos a sobrevalorização da eficiência em detrimento da equidade e da efetividade, valores que deveriam ser caros à atividade pública (Santos, 1999; Abrucio, 1997). A exclusão dessas dimensões reflete a despolitização do gerencialismo, que pressupõe uma separação entre administração e política, outra crítica comum ao modelo.

A legitimidade alcançada por essas críticas trouxe a avaliação da qualidade como uma dimensão crescentemente incorporada pelo modelo gerencial (Abrucio, 1997), mas cuja expansão teve como referência a satisfação do consumidor (*consumerparadigm*). Entretanto, esse paradigma apresenta-se problemático para serviços como os da saúde, que não se inserem dentro da lógica das escolhas individuais, mas do próprio reconhecimento da cidadania como componente intrínseco à democracia.

Para Almeida, “a mudança crucial de paradigma foi na direção de tentar transformar o compromisso governamental – de garantia do direito de acesso aos serviços para todos os cidadãos – em políticas que se baseavam num conceito de demanda expressa” (1996, p. 8). Uma série de outros problemas é identificada na base dos conceitos que sustentam esse modelo, quando considerados os propósitos de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, tais como a competitividade entre serviços e instituição de bônus financeiros como mecanismos de valorização do trabalhador.

O desenvolvimento da avaliação, enquanto prática simultaneamente técnica e política, depara-se com essas questões que não

estão equacionadas apenas pela inserção da dimensão da qualidade nas avaliações. Evitando confinar a avaliação entre as práticas conservadoras e incapazes, portanto, de contribuir para a conformação de políticas e práticas sociais alinhadas com um projeto de sociedade democrática, propomos analisar as práticas de avaliação e suas possibilidades de contribuir para a gestão participativa das políticas de saúde.

AVALIAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: IMPASSES E PERSPECTIVAS

Partindo da recuperação histórica que nos faz pensar sobre a consolidação da avaliação na agenda das políticas públicas, chegamos às seguintes perguntas: como a avaliação, que se estabelece no contexto de questionamento da relação entre o Estado e a garantia de proteção social, pode contribuir para o fortalecimento de uma política de caráter democrático? Qual o sentido que vem sendo construído para a avaliação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Vamos nos concentrar na reflexão sobre dois aspectos articulados, que estão relacionados ao fortalecimento da avaliação e que são, embora presentes na pauta das reformas neoconservadoras, elementos cruciais do projeto democrático da Reforma Sanitária brasileira: a descentralização e o controle social.

Um dos sentidos que pode ser atribuído à descentralização, talvez o mais relevante no âmbito da agenda de reforma de Estado em pauta, diz respeito ao reordenamento das relações público-privado por meio da transferência de responsabilidades do Estado para as instâncias privadas nas mais diversas modalidades: associações comunitárias, organizações sociais, organizações não governamentais, empresas privadas (Abrucio, 2004).

Em decorrência desse processo e em congruência com a perspectiva do Estado regulador, a avaliação se prestaria a responder a questão do desempenho. A indagação em torno dessa

questão pode ser formulada ora por instâncias da sociedade civil organizada – atuando no sentido de verificar o cumprimento das responsabilidades do Estado ou das entidades responsáveis por cumprir as funções sociais –, ora pelo Estado – como forma de exercer o controle sobre as diversas instituições, cujas ações passariam a ser financiadas com recursos públicos, ou sobre as instituições estatais.

Porém, outro sentido, que não foi capaz de excluir os desdobramentos anteriormente mencionados, mas que estava radicado no movimento de redemocratização do país, trouxe-nos a descentralização como mecanismo capaz de configurar novas arenas de decisão mais participativas (Labra e Figueiredo, 2002), que estimulam a formulação, o monitoramento e a fiscalização da implantação de políticas, em uma nítida relação com a intensificação do controle social.³

Pensada na referência com essa orientação, a avaliação em saúde poderia ser inserida no cenário de produção de modos de trabalho e de controle das ações, capaz de colocar o SUS “em questão” na sociedade e com a sociedade. Mas nos interessa afirmar que a sociedade não é um ente abstrato, externo ao ambiente ao qual se dirige a avaliação. Aprendendo com as críticas dirigidas à avaliação como controle, permeada por autoritarismo, e diante da aposta no caráter democratizador da avaliação, cabe retomar a reflexão de Egon Guba e Yvonna Lincoln (1998). Os autores, com formação e atuação no campo da educação e cujos trabalhos têm ênfase na pesquisa qualitativa, são defensores da profissionalização da avaliação e publicaram em 1989 uma sistematização sobre a avaliação, em termos de quatro gerações, que se tornou referência onipresente na produção nacional⁴ e internacional.

³ Um conceito igualmente formulado no âmbito das teorias gerenciais para evocar a discussão sobre a responsabilização do Estado ante a sociedade é o de *accountability*, que optamos por não abordar.

⁴ Em estudo realizado no âmbito do doutorado (Fonseca et al., 2012), fizemos uma análise bibliográfica de artigos científicos sobre a avaliação na atenção básica, cujos resultados mostraram que Guba e Lincoln (1989) e a proposta de avaliação de quarta geração são frequentemente referenciados.

Cruz sistematiza a distinção entre as quatro gerações, sinalizando as seguintes características de cada uma delas:

[...] *primeira* (1900-1930), que tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a *segunda* (1930-1960), centrada na *descrição* da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas; a *terceira* (1967-1980) apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a *quarta* (1980 – atual) que se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação. (Cruz, 2011, p. 182)

A autora registra que um elemento fundamental na diferenciação das gerações de avaliação diz respeito à posição do avaliador – podemos acrescentar, aqui, daquele que se coloca no lugar de produção de conhecimento – diante do uso potencial dos resultados da avaliação, do sentido que é dado à criação dos parâmetros e critérios e, portanto, ao modo como são criados, e da forma como outros atores são incluídos ou não no processo avaliativo (Cruz, 2011).

A partir de uma revisão crítica das gerações anteriores, os autores demarcam ao menos três defeitos dessas gerações que merecem um esforço de superação: a tendência ao gerencialismo, a incapacidade de compatibilizar a pluralidade de valores⁵ e a excessiva adesão ao paradigma cientificista (Guba e Lincoln, 1989, p. 31-32). Na tentativa de superar essas limitações, os autores elaboraram o que chamaram de *avaliação de quarta geração*, uma proposição sustentada pelo paradigma construcionista.

As características do paradigma construcionista trazem implicações diretas para os estudos avaliativos, conforme propõem Guba e Lincoln. Dessas características destacamos a rejeição à ideia de

⁵ Guba e Lincoln (1989, p. 34) se referem à dificuldade dos norte-americanos em reconhecer que não há, em seu interior, homogeneidade. Comentam que o *melting pot* ao qual frequentemente se referem para tratar de suas origens tem mais efeito retórico do que desdobramentos ante o que seria a diversidade de valores dessa sociedade.

ser possível e desejável estabelecer uma relação entre realidade e objetividade do conhecimento. Tanto sujeito quanto objeto do conhecimento são construções sociais. Nesse sentido, não existe uma essência da realidade, sendo impossível um conhecimento que represente a realidade. Cabe aos diferentes sujeitos constituir os sentidos que lhe são mais compreensíveis a partir do seu lugar social e de sua experiência.

A *avaliação de quarta geração* estabelece algumas diretrizes para os estudos do campo. A mais notabilizada e que, em certo grau, sintetiza alguns elementos anteriores é instaurar a perspectiva de negociação dos vários sentidos e valores que transbordam do espaço entre avaliação e objeto avaliado, e que podem ser enunciados pelos diversos grupos de interesse. Além disso, aponta a hermenêutica dialética como um referencial de análise sobre o qual se fundamentaria a proposição de uma avaliação concreta. Nessa abordagem o conhecimento é sempre contextualizado, o que implica em rígidos limites às ambições de produzir um conhecimento generalizável (Guba e Lincoln, 1989).

A despeito do prestígio e da notoriedade alcançados por Guba e Lincoln a partir da proposição da *avaliação de quarta geração* e das interferências que esse debate gerou no campo, percebemos que os âmbitos da produção científica e da política de avaliação em saúde no Brasil, evitam afastar-se de referenciais tradicionais, ainda com forte carga positivista (Fonseca et al., 2012). O apego a essa filiação epistemológica é hoje enriquecido pelo que Vedung (2010) nomeia como onda da evidência (*evidence wave*). A pergunta sobre a qual se fundamenta o movimento da formulação de políticas baseada em evidências é o que realmente funciona? (Vedung, 2010; McQueen e Anderson, 2001; Atallah, 2002; Contandriopoulos, 1999).

Embora a ideia de natureza de uma evidência contenha grau elevado de plasticidade nas disciplinas que a adotam (McQueen e Anderson, 2001), não é essa a tendência predominante na saúde (Vedung, 2010). Uma perspectiva mais restrita dos termos em que se equaciona a questão da evidência como base dá origem a duas

consequências teórico-práticas. A primeira traz para a avaliação o compromisso de produzir um conhecimento suficientemente capaz de apresentar, com elevado grau de certeza, algo que funcione, implicando revelar uma associação direta entre intervenção, efeitos e resultados desejáveis. A segunda é a crença de poder alcançar os mesmos resultados ao transferir para outros contextos a intervenção, assim convertida em tecnologia política com credibilidade científica.

Com base em estudos de alguns autores,⁶ Vedung chama atenção para a sistematização de uma hierarquização entre os desenhos de estudos avaliativos e sua capacidade de produzir evidências confiáveis. Essa hierarquização é baseada em três níveis: no primeiro encontram-se os estudos randomizados, no segundo, os quase experimentais e no último, diversas outras formas, dentre as quais se destaca a avaliação de processo, estudos formativos, pesquisa-ação e a pesquisa etnográfica (Vedung, 2010, p. 273).

A referida hierarquização demonstra que o campo da avaliação em saúde é permeado por disputas de projetos, nos quais subsistem valores ideológicos sobre o conhecimento, sobre a relação entre conhecimento, ciência e política, sobre os modos de pensar e operar no campo da saúde e sobre os interesses que atores concretos possam colocar na arena de disputa política.

O pressuposto analítico com o qual trabalhamos assume a avaliação como uma ação que articula diversas atividades e que conforma realidades. Nós nos afastamos da perspectiva segundo a qual ela é uma atividade que incide sobre outras ações (a realidade) – percepção esta que pode ser reiterada pela ideia de que avaliar é medir e emitir julgamento. Como prática social, avaliar não é um agir neutro. Estrutura-se a partir de determinadas concepções e contribui para constituir valores de caráter geral e específico no setor saúde, o que ganha força pelo papel a ela atribuído de direcionar a formulação tanto de políticas, quanto de ações que atravessam o cotidiano dos serviços.

⁶ Vedung se apoia em contribuições de Pawson, 2006, p. 49 e Rieper e Hansen, 2007.

Os principais mecanismos através dos quais a avaliação opera tal positividade são a seleção das práticas implantadas nas diferentes instâncias, que vão se constituir como objetos de avaliação, e a construção do método a partir do qual esses objetos de avaliação serão abordados. Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las por meio de indicadores, a avaliação irá pautar as ações e os modos de agir e, portanto, o trabalho, tendo isso mais ou menos impacto, em função do poder de direcionalidade atribuído aos resultados da avaliação nos contextos em que ela se desenvolve.

Para além de orientar a tomada de decisões, cabe pensar sobre as formas pelas quais a avaliação pode ser um dispositivo que direcione poder a favor dos que estão em avaliação, como propõe Springett (2001), de modo que efetivamente favoreça a aprendizagem e que tenha em seu horizonte a construção de sujeitos mais autônomos.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO SUS E AS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A institucionalização da avaliação é um movimento que extrapola o contexto nacional e que tem se fortalecido a partir de uma rede de atores institucionais que inclui, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial. Nos lugares em que foi incorporada como integrante da política pública – tal como acontece em diversos países da União Europeia, nos Estados Unidos, Canadá e Austrália (Felisberto, 2009) –, variadas estruturas foram concebidas para dar perenidade à formulação e implantação de políticas de avaliação de uma forma progressivamente profissionalizada. Contandriopoulos (1999) afirma que, em conjunturas nas quais a avaliação está institucionalizada, o controle dos mecanismos de avaliação põe em disputa os principais atores coletivos que interagem na saúde.

O próprio grau de institucionalização alcançado pela avaliação tornou-se objeto de estudo e, portanto, de debate teórico e

pesquisa empírica (Varone e Jacob, 2004; Alves, 2010) em que se avalia em que medida o redirecionamento das etapas de planejamento, execução, avaliação e intervenção, tendo por referência conhecimentos provenientes da avaliação, está incorporado à rotina (Contandriopoulos, 2006).

No Brasil, embora o termo institucionalizar tenha diversas acepções no campo da saúde, no que tange a sua relação com a avaliação e com as políticas de saúde Lins e Cecílio (2008) observam o predomínio de uma perspectiva pragmática, sendo a institucionalização da avaliação abordada por meio de seus aspectos operacionais. Esta postura pragmática implica em uma ideia de eficácia. Desse modo, podemos incluir no processo político dessa institucionalização, no interior do aparelho de Estado, os variados dispositivos que têm como vértice comum proporcionar as bases concretas para consolidar a avaliação no SUS e na atenção básica.

Em 2006, o Pacto da Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006) incluía o monitoramento e a avaliação em diversos itens relativos às competências das esferas de governo. A expressão *institucionalização da avaliação* já estava presente no texto, assinalando o lugar da avaliação na política de saúde. Nesse momento foi particularmente importante a definição dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que se tornou o principal instrumento de monitoramento e avaliação. Esses indicadores sustentam-se na relação epidemiologia-planejamento e remetem às cinco áreas seguintes: oferta de serviços, atenção a grupos específicos, vigilância epidemiológica, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF). De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), os indicadores sofreram diversas revisões, sendo a mais significativa em 2006.

Contudo, o período em que a institucionalização da avaliação na atenção básica tem seu desenvolvimento mais intensificado remete à implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Esse projeto é resultado de um acordo de empréstimo firmado entre o Banco Internacional para Reconstrução

e Desenvolvimento (Bird/Banco Mundial) e o governo brasileiro, e tem como objetivo mais geral expandir o enfoque da atenção primária em saúde, a partir do PSF, para municípios com mais de 100 mil habitantes.

O projeto foi estruturado em três fases e atualmente está na segunda. O acordo de empréstimo é firmado a cada avaliação da fase anterior, tendo em vista os indicadores e metas estabelecidos. Um dos componentes da primeira fase do Proesf,⁷ o componente III, destinava-se ao financiamento de ações de fortalecimento do monitoramento e avaliação e mobilizou recursos da ordem de US\$ 25 milhões (Alves, 2008; Felisberto, 2009). Nesse contexto, um conjunto de ações de impacto é posto em curso. Felisberto (2009) apresenta um bom inventário de ações do período 2003-2006 ao qual agregamos outros dispositivos, organizados no quadro 1.

Quadro 1. Ações que marcaram o fortalecimento da avaliação em saúde na atenção primária (1998-2011).

Ano	Ação	Comentários
1998	Implantação do SIAB em substituição ao SI PACS.	Fortalece e operacionaliza a ideia de um sistema de informação para o acompanhamento e a avaliação de ações e resultados do PSF.
1998	Definição do Pacto da Atenção Básica.	Estabelece os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica (AB).
1999	Regulamentação do processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica (PAB).	Alocação de recursos via PAB, interferindo nos modos de gestão das secretarias estaduais e municipais. Induz a organização do modelo e a difusão dos sistemas de informação.
2001	Criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.	Fortalece a institucionalização na esfera governamental e assume a gerência do pacto de indicadores da AB.

⁷ O Proesf estrutura-se por meio de três componentes: 1) Conversão e expansão municipal do PSF; 2) Desenvolvimento de recursos humanos do PSF; e 3) Monitoramento e avaliação.

2003	Reestruturação da CAA no organograma (fortalecimento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde).	Inserir-se entre os propósitos de garantir a sustentabilidade das ações de monitoramento e avaliação. Segue o modelo de funcionamento tripartite expandido a cultura avaliativa para outros atores do sistema.
2003	Início da elaboração de uma política de avaliação para a atenção básica.	O documento, publicado em 2005, foi elaborado durante um período de dois anos.
2004	Conass institui um grupo de trabalho sobre Acompanhamento, Avaliação e Regulação da AB.	Conass assume a “convergência” dos propósitos apresentados para o acompanhamento e a avaliação elaborados pela gestão federal e coloca-se integrado a esse projeto.
2004/2005	Estudos de linha de base (Proesf componente III): 168 municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes	A caracterização do quadro sanitário e da organização dos serviços, para traçar uma “linha de base” para posterior seguimento, é o objetivo principal. Treinamentos de profissionais em avaliação também foram incluídos no processo.
2005	Projeto de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias de Estado da Saúde (Proesf componente III).	Projeto que conta com financiamento do Banco Mundial e visa expandir o enfoque da APS a partir do PSF para municípios com mais de 100 mil habitantes.
2005	Publicação do Documento Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.	Formaliza uma política de avaliação na atenção básica.
2005	Publicação, em conjunto com o MCT, do edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005, para a seleção de estudos de avaliação da atenção básica.	Produção de conhecimento científico e articulação dos espaços acadêmicos e de serviços, tendo a avaliação como tema.
2005	Avaliação para a Melhoria da Qualidade (Proesf).	Institui uma metodologia de autoavaliação a ser implantada em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes da ESF, com o propósito de qualificação da AB via avaliação.
2007	Criação do Grupo de Trabalho de avaliação da Abrasco.	Confirma a avaliação como campo de produção de saberes e de articulação política, instituindo um novo espaço para o diálogo acadêmico e com outras esferas da sociedade.
2011	PMAQ – Incorpora elementos da AMQ e amplia a vertente de avaliação com o objetivo final de certificar equipes da saúde da família.	Funciona como um modelo de certificação, com autoavaliação e avaliação externa baseadas em critérios de diversas dimensões.
2011	Inserção de práticas de avaliação na política de AB vinculada ao repasse de recursos do PAB variável.	Estabelece os resultados de avaliação da PMAQ como mais um mecanismo de indução de práticas ao associar incentivos financeiros em função dos resultados obtidos.

Como intelectual atuante nesse processo, Hartz esclarece que institucionalizar a avaliação tem o sentido de “integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas” (2002, p. 419).

O compromisso e o grande esforço empreendido para efetivar a incorporação da avaliação no tecido político da reforma do SUS deu origem a um conjunto de dispositivos, destacados no quadro 1. Esses dispositivos foram formalizados através de instrumentos da política normativa e repercutem, direta e simultaneamente, em várias dimensões, sendo possível distinguir importantes influências quanto a: 1) alocação de recursos financeiros; 2) organização do modelo assistencial; 3) produção de conhecimento científico; 4) modos de gestão de outras esferas (estaduais e municipais); 5) revisão das tecnologias de informação e seus usos; 6) composição da estrutura burocrática; e 7) articulação interinstitucional.

Nesse percurso da interação entre políticas de reorientação do SUS pela via da atenção básica e o fortalecimento da avaliação, algumas estratégias merecem ser ressaltadas por terem alcançado as estruturas de gestão descentralizadas, inclusive os serviços de saúde. A primeira é o Projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação. Em *Avaliação na atenção básica: caminhos da institucionalização*, documento que melhor expressa a síntese da política de avaliação da atenção básica nesse período, o projeto é apresentado como eixo estruturante da política e elemento que concretamente visa “construir a viabilidade para a estruturação, na instância gestora estadual, da capacidade técnica em avaliação, dando passos firmes no caminho da institucionalização” (Brasil, 2005b, p. 15).

O resultado mais tangível desse processo foi a elaboração de planos estaduais de monitoramento e avaliação, o que colocou em cena a responsabilidade da esfera estadual na condução de avaliações e estimulou a criação de equipes com condições de efetivá-las. Para a

elaboração e implantação desses planos, a estratégia foi a de criação da Rede de Centros Colaboradores em Avaliação, que envolveu 21 instituições brasileiras de ensino e pesquisa (Alves, 2008; Felisberto, 2008). Esse projeto reitera e operacionaliza o objetivo de introduzir a avaliação nas práticas de gestão dos diversos níveis, o que é potencializado por duas outras ações: Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) (Brasil, 2005b) e, posteriormente, o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (Brasil, 2011).⁸

Existe, nessa proposta, uma alteração da qualidade da relação entre avaliação, planejamento e gestão no cenário da interação política entre gestor federal e gestores locais. Se anteriormente o gestor federal, através da avaliação e do monitoramento, se atinha aos indicadores que tratavam diretamente dos resultados de saúde e da contabilização de procedimentos da clínica e das vigilâncias, remetendo ao que já estava estabilizado pela epidemiologia e pelo planejamento, a inclusão de novas dimensões da avaliação trouxe novos atores e demandas, novas reflexões e novos critérios e indicadores para essa arena política.

Para alguns gestores, a avaliação e a publicização de seus resultados, combinada com a criação e a utilização de canais de comunicação entre gestores e os profissionais da ponta, é compreendida como uma possibilidade de inversão de poder. O entendimento é de que equipes poderiam identificar quais elementos obstruem o alcance de certas metas e cobrar dos gestores a garantia de condições que possibilitariam o seu cumprimento, tornando assim mais visível os problemas de gestão que repercutem na realização das atividades.

Reflexões sobre essas experiências e seus efeitos, acompanhadas das distinções entre os níveis micro, meso e macro da avaliação já circulam no campo da educação há décadas e têm sido trazidas para

⁸ Uma questão de pesquisa que não foi investigada neste trabalho diz respeito à alteração dos termos que enunciam essas políticas. Se na AMQ é frontalmente assumida a centralidade da avaliação, na PMAQ o termo avaliação é suprimido, reforçando-se a centralidade da relação acesso e qualidade, e a avaliação é situada como uma forma de garantia da qualidade.

a avaliação em saúde (Conill, 2012) frequentemente interligadas ao debate sobre as redes integradas de saúde (Mendes, 2005; Vazquez et al., 2009). Formular apreensões sobre a institucionalização da avaliação e a sua presença no cotidiano das unidades de saúde nos leva a resgatar o questionamento de Lins e Cecílio:

É importante ter sempre claro que como processo histórico de construção social, a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos. Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde deve se propor a construir uma nova prática, a provocar uma mudança na prática do fazer saúde atual e não apenas na prática de avaliar ou não avaliar (2008, p. 495).

Os autores reiteram o reconhecimento das singularidades e dinâmicas das instituições como algo a ser respeitado pela avaliação em saúde, na medida em que criam modos próprios de alcançar suas finalidades e nos seus contextos específicos produzem sentidos para esses modos de agir. Eles localizam esses movimentos como parte do processo necessário de transformação das práticas de saúde (Lins e Cecilio, 2008).

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante da dificuldade de sintetizar limites e possibilidades da avaliação em saúde, propomos destacar algumas reflexões que podem contribuir para nos nortear diante dos movimentos de criação e implantação de formas de gerir que pretendem impactar várias dimensões do sistema de saúde.

Especificamente quanto à avaliação, pensamos ser útil identificar um tronco comum das diversas práticas que marcam o campo. Escapando de um olhar que enfatize as suas utilidades, propomos entender a avaliação como um modo de produção de conhecimento voltado para aplicação, portanto uma tecnologia. Assim, questões que perpassam a produção de conhecimento merecem ser resgatadas. Parafraseando Minayo, afirmamos que nin-

guém desconhece que a produção de conhecimento se insere no mundo de seu tempo (Minayo, 2002, p. 18).

Esse reconhecimento requer dos sujeitos envolvidos com o trabalho em saúde a companhia permanente de algumas indagações. Em primeiro lugar, deve-se questionar que marcas do nosso tempo geram inflexões significativas sobre a avaliação em saúde e suas características particulares. Essas marcas necessariamente têm conexões com as formas de legitimação de conhecimento, mas extrapolam essa dimensão. A história nos mostra que também nos indicam compreensões sobre o trabalho e sua divisão social e sobre o papel do Estado, para destacar alguns mencionados ao longo do texto.

Mapear essas marcas nos conduz a outra interrogação: em que grau as inflexões geradas pela avaliação nos aproximam e nos afastam – provavelmente ambos os movimentos ocorrem – de práticas sintonizadas com os princípios políticos que sustentam nossa perspectiva sobre o papel social do SUS como sistema voltado para a população e também como um espaço público de trabalho de mais de um milhão de cidadãos?

E ainda, entendendo a avaliação como um processo de produção de tecnologias, devemos enfrentar o fato de que a tensão entre atender as demandas dos níveis micro, meso e macro, expressa pela avaliação, não é removível da experiência cotidiana da produção em saúde e, portanto, merece sofrer uma análise crítica de suas repercussões neste cotidiano.

Entretanto, esse processo de formulação de indagações e respostas só alcança um significado favorável ao posicionamento da avaliação como um dispositivo de fortalecimento de práticas de gestão emancipadoras, se for capaz de trazer ao debate as compreensões dos diferentes atores sociais implicados na produção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. Brasília: Enap, 1997. (Cadernos Enap, 10).

_____. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2004.

ALMEIDA, C. M. Os modelos de Reforma Sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

_____. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALVES, C. K. de A. *Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise da implantação do programa em uma gestão estadual*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

_____. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma secretaria estadual de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. 145-156, 2010.

ARENDT, R. J. J. Construtivismo ou construcionismo? Contribuições deste debate para a psicologia social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 5-13, 2003.

ARRETCHE, M. Tendências nos estudos sobre avaliação. In: RICO, E. (org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-41.

ATALLAH, A. N. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 325-344.

BARRETO, J. Governando com números. In: _____. *O umbigo da reforma psiquiátrica*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. p. 53-86.

BEVAN, G.; HOOD, C. What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, Londres, v. 84, n. 3, p. 517-538, 2006. Disponível em: <http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/dp0501.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. _____. _____. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 2 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 mar. 2013.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 834-836, 2012.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

_____. Is the Institutionalization of Evaluation Sufficient to Guarantee Its Practice? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, 1999.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 209-227, 2000.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 2 mar. 2013.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DERLIEN, H. U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan.-mar. 2001.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-40.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FELISBERTO, E. *Análise da implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

_____ et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2.091-2.102, set. 2008.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. The Methodology of Fourth Generation Evaluation. In _____; _____. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p. 184-227.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. Institutionalizing the Evaluation of Health Programs and Policies in France: Cuisine Internationale over Fast Food and Surmesure Over Ready-Made. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999.

_____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

_____. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 832-834, 2012.

_____; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. de O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MARTINS, L. *Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral*. Brasília: Enap, 1995. (Cadernos Enap, 8).

McQUEEN, D. V.; ANDERSON, L. M. What Counts as Evidence: Issues and Debates. In: ROOTMAN, I. et al. (org.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. p. 63-82.

MELLO, G. A. *Revisão do pensamento sanitário com foco no centro de saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf. Acesso em: 2 mar. 2013.

MILLER, J. A.; MILNER, J. C. *Você quer mesmo ser avaliado?* Entrevistas sobre uma máquina de impostura. Barueri: Manole, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: _____; DESLANDES, S. F. (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 17-27.

PAWSON, R. *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Londres: Sage, 2006.

REZENDE, F. *Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução*. Brasília: Cepal-Ipea, 2010. (Texto para discussão, 4).

REZENDE, F. C. Por que reformas administrativas falham? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 50, p. 123-142, 2002.

RIEPER, O.; HANSEN, H. F. *Metodedebatten om evidens*. Copenhague: AKF-Forlaget, 2007. Disponível em: http://www.akf.dk/udgivelser/2007/pdf/metodedebat_evidens.pdf/. Acesso em: 31 mar. 2013.

SANTOS, L. A. Tendências mundiais sobre o papel do estado e suas implicações na conjuntura brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Caderno de Debates: em busca da EPSJV pública e estratégica*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1999. p. 9-43.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SIMIONATTO, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul. *Serviço Social*, Brasília, n. 7, p. 11-42, 2000.

SPRINGETT, J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I. et al. (org.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhague: WHO, 2001. p. 83-106.

STENZEL, A. C. B. *A temática da avaliação no campo de saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

VARONE, F.; JACOB, S. Institutionnalisation de l'évaluation et nouvelle gestion publique: un état des lieux comparatif. *Revue Internationale de Politique Comparée*, Louvain-la-Neuve (Belgica), v. 11, n. 2, p. 271-292, 2004. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2004-2-page-271.htm>. Acesso em: 20 out. 2012.

VAZQUEZ M. L. et al. Integrated Health Care Networks in Latin America: Toward a Conceptual Framework for Analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

VEDUNG, E. Four Waves of Evaluation Diffusion. *Evaluation*, Uppsala (Suécia), v. 16, n. 3, p. 263-277, 2010. Disponível em <http://evi.sagepub.com/content/16/3/263>. Acesso em: 5 jul. 2010.

JUDICIÁRIO, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE: A FACA DE DOIS GUMES

Felipe Dutra Asensi

INTRODUÇÃO

Tribunais, promotorias, defensorias, e outras instituições jurídicas têm sido frequentemente objeto de estudo de cientistas sociais e juristas no Brasil. Entre tantos motivos, isso ocorre porque tais instituições têm recebido maior protagonismo e se apresentam como oportunidades políticas de reivindicação e efetivação de direitos. A progressiva constitucionalização pela qual os direitos sociais passaram a partir da década de 1980 no Brasil associada aos desafios de implantação efetiva por parte do Estado fez que tais direitos fossem cada vez mais submetidos ao crivo dessas instituições para a obtenção do mandamento de efetivação. A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem versado sobre diversos serviços públicos, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças.

De todo modo, é possível sustentar que, no Brasil, foi constituído um modo de sociabilidade em que a centralidade do Estado influenciou decisivamente a forma por meio da qual os atores

sociais concebem o seu direito e o reivindicam. Hoje em dia, isso pode explicar, por exemplo, a forte judicialização dos direitos, de um lado, e a crescente participação social em espaços institucionais estatais, de outro. Do ponto de vista da saúde, essa concepção “estadocêntrica” permite pensar a forte judicialização que ocorreu no Brasil. Logicamente, isto não quer dizer que essa judicialização esteja isenta de qualquer viés de classe. Pelo contrário, em virtude dos obstáculos culturais e socioeconômicos do direito à saúde, é possível observar que a judicialização é colonizada predominantemente por um perfil de classe média. Portanto, de modo algum é possível afirmar que a judicialização é uma estratégia frequente em todas as classes sociais, tampouco se expressa da mesma maneira nas diversas regiões do Brasil. Da mesma forma – e isto será mais bem trabalhado ao longo do texto –, as instituições jurídicas também podem influir, mesmo que indiretamente, na configuração social de conselhos e conferências de saúde como oportunidades políticas de reivindicação do direito à saúde.

De fato, a centralidade do Estado no Brasil foi fundamental para a constituição de uma cultura política de reivindicação da saúde pelas vias formais estatais, recebendo cada vez maior destaque o Judiciário. A ênfase da saúde como um direito constitucional no Brasil, com o correspondente dever do Estado, permitiu situá-lo como ator privilegiado na promoção da saúde. Inclusive no caso de eventuais problemas ou desafios de efetivação, houve reforço à utilização do próprio poder estatal, por meio de instituições jurídicas e participativas.

Neste artigo, busca-se discutir como o cenário da efetivação do direito à saúde nos dias de hoje passa não somente por uma relação estanque e episódica entre a sociedade, que figura como demandante, e o Estado, que é o responsável pela política (Executivo) ou por resolver conflitos (Judiciário). De fato, as instituições jurídicas têm cada vez mais se debruçado sobre as questões de saúde. Torna-se então fundamental analisar de que forma isso pode repercutir no modo como os espaços públicos de participação se organizam e “lutam” pelo reconhecimento em saúde.

É igualmente possível afirmar que a progressiva atuação das instituições jurídicas – em especial o Judiciário – pode ser pensada como uma “faca de dois gumes” para a participação em conselhos e conferências de saúde. Por um lado, as instituições jurídicas podem potencializar e qualificar as deliberações nos espaços de participação – inclusive participando deles –, e contribuir para a intensificação do papel desenvolvido por tais espaços. De outro, tais instituições podem contribuir para o “apequenamento” ou “sufocamento” dos mecanismos participativos. A esse respeito, serão analisados e discutidos dois perigos que emergem da consolidação da democracia participativa em saúde, quando pensamos a crescente atuação das instituições jurídicas. Por fim, será discutido como as instituições jurídicas podem influir positivamente no “empoderamento” dos mecanismos participativos em saúde no Brasil.

O NOVO HORIZONTE DAS INSTITUIÇÕES JURÍDICAS NA SAÚDE: O EXEMPLO DO JUDICIÁRIO

No Brasil, observa-se o fortalecimento da intervenção judicial nos mais diversos domínios da vida social e política, inclusive no âmbito da saúde. O protagonismo do Judiciário no âmbito da saúde tem sido cada vez maior, o que permite alçar esse poder como um dos mais relevantes produtores/efetivadores de políticas públicas de saúde. Trata-se de um poder que se apresenta ao cidadão como oportunidade política.¹ Na análise de Marcos Castro (1997), há

¹ A oportunidade política (OP) se define, por um lado, pela conformação objetiva das condições político-institucionais (ponto de vista externo) e, de outro, pela interpretação dos atores sociais sobre tais condições político-institucionais (ponto de vista interno). Isso influi decisivamente nas estratégias de reivindicação do direito à saúde no Brasil. Logicamente, uma das principais fontes de OPs – senão a principal – é o Estado nacional. Isso porque as estruturas do Estado e as clivagens políticas criam oportunidades relativamente estáveis. A estabilidade se cristaliza nas regras e restrições para acesso a instituições, além da própria capacidade de repressão. Portanto, toda e qualquer ação das pessoas em face do Estado enseja a potencialização das dimensões interna e externa aqui expostas no sentido de promover a abertura do Estado e das clivagens políticas. Não é por acaso que Tarrow (2012) elenca cinco elementos fundamentais que influem

três grandes fatores inter-relacionados que contribuíram para a expansão do Judiciário no país: 1) “a crescente mobilização social, canalizada através do processo judicial, contra as reformas políticas que buscaram superar o populismo econômico dos governos passados”; 2) “uma *performance* mais assertiva e ativista dos juízes”; e 3) “as mudanças institucionais introduzidas pela Constituição de 1988” (Castro, 1997, p. 242).

Esse conjunto de variáveis possibilitou o fortalecimento judicial e o afastamento de argumentos baseados no minimalismo do ato de julgar em saúde. O próprio constituinte brasileiro estabeleceu a previsão constitucional de que toda e qualquer demanda pode ser submetida à apreciação do Judiciário, o que alçou esse poder à qualidade de ator privilegiado no processo de resolução de conflitos e efetivação de direitos.² Desse modo, no país “não existe o ‘*persistent neglect of courts*’ (desprezo persistente dos tribunais), que é motivo de fortes críticas em outras regiões do mundo” (Taylor, 2007, p. 230). O protagonismo judicial foi significativo a ponto de os tribunais ampliarem o “leque de atores que podem influenciar a implantação de políticas públicas, mesmo depois de elas serem aprovadas por amplas maiorias legislativas”³ (Taylor, 2007, p. 234).

decisivamente na transformação das OPs, quais sejam: a abertura do acesso ao poder; as alianças em transformação; a existência de aliados influentes; as clivagens dentro e entre elites; e a probabilidade de repressão.

² A este respeito, vale ressaltar o chamado princípio da inafastabilidade, disposto no artigo 5º, XXXV, da Constituição de 1988: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”.

³ É interessante como passam a surgir diversas discussões e pesquisas sobre o Judiciário na América Latina, com especial enfoque para o Brasil. Diana Kapiszewski e Matthew Taylor fizeram um inventário de discussões sobre o assunto: “Situamos a literatura pesquisada neste artigo em três categorias: uma que foca as interações judiciárias com outros aspectos do governo; uma segunda que examina o grau de influência do Judiciário nos resultados da política pública; e uma última que provê uma análise classificatória e descritiva dos tribunais e instituições jurídicas” [We place the literature surveyed in this article in three categories: one that focuses on judiciaries’ interactions with other branches of government; a second that examines the degree to which judiciaries affect public policy outcomes; and a final one that provides classificatory or mainly descriptive analyses of courts and legal institutions.] (Kapiszewski e Taylor, 2008, p. 743).

Basicamente, observa-se no Judiciário brasileiro um *boom* de processos judiciais para a efetivação da saúde que superou o quantitativo de 240 mil processos⁴ somente em 2011. Um exemplo paradigmático de julgado foi a decisão de suspensão de tutela antecipada nº 175, no Supremo Tribunal Federal, cujo relator foi o ministro Gilmar Mendes. O caso concreto diz respeito a uma jovem de 21 anos de idade, portadora de uma patologia denominada Niemann-Pick tipo C. Trata-se de uma doença neurodegenerativa rara que foi comprovada clinicamente e por meio de exame laboratorial pela autora. Entre outras implicações, os autos indicam que a doença causa uma série de distúrbios neuropsiquiátricos, tais como movimentos involuntários, ataxia da marcha e dos membros, disartria, limitações de progresso escolar e paralisias progressivas. Nos autos também consta que os sintomas da doença teriam se manifestado quando a autora tinha apenas 5 anos de idade. A ação foi instruída com protocolos médicos emitidos pelos profissionais de saúde da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, em que afirmam que o uso do medicamento Zavesca poderia aumentar a sobrevida da autora e possibilitar a melhoria de sua qualidade de vida. Inclusive, há prova nos autos de que esse seria o único medicamento capaz de conter o avanço da doença e de aumentar as chances de vida da paciente com alguma qualidade. A família da paciente, por causa do alto custo do tratamento (R\$ 52.000,00 por mês), declarou não possuir condições financeiras, ingressando com ação judicial diante da negativa do Estado em satisfazer o direito à saúde da autora. Segundo o relator, ministro Gilmar Mendes,

[...] o fato é que o denominado problema da “judicialização do direito à saúde” ganhou tamanha importância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um

⁴Esse dado foi divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em pesquisa nacional sobre o Judiciário brasileiro em 2011, com a finalidade de monitoramento das ações judiciais em saúde. Os dados referentes à pesquisa foram disponibilizados no sítio do CNJ.

todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se vêem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área de saúde e além das possibilidades orçamentárias. (Mendes, 2010, p. 9)

Esse julgado, entre tantos outros, revela que a intervenção judicial na saúde pode produzir resultados significativos no processo de efetivação do direito à saúde. Inclusive, conforme ressalta o ministro Gilmar Mendes em seu voto, é possível que os problemas de eficácia social desse direito devam-se muito mais a questões ligadas à

[...] implantação e à manutenção das políticas públicas de saúde já existentes – o que implica também a composição dos orçamentos dos entes da Federação – do que à falta de legislação específica. Em outros termos, o problema não é de inexistência, mas de execução (administrativa) das políticas públicas pelos entes federados. (Mendes, 2010, p. 17)

Nesse caso concreto, o voto foi no sentido de se deferir o pedido da autora, entendimento firmado pelo próprio Supremo Tribunal Federal em outros julgamentos. A legitimidade da atuação do Judiciário em matéria de direito à saúde no Brasil autoriza o Poder Judiciário a determinar, inclusive, a prisão de gestores públicos quando quaisquer de suas ordens são descumpridas ou quando há negligência na observância dos deveres de probidade administrativa.

A seguir são apresentados alguns exemplos de outros tantos casos que envolvem a atuação do Judiciário no deferimento de tratamentos, medicamentos e exames a cidadãos brasileiros. Por exemplo, em julho de 2010,⁵ Gilberto Giraldelelli, juiz da 1ª Vara Espe-

⁵ Informação retirada do sítio “Repórter MT”. Disponível em: http://reportermt.com.br/ultimas_noticias/noticia/2216. Acesso em: 16 fev. 2013.

cializada da Fazenda Pública em Várzea Grande, do Tribunal de Justiça do Estado do Mato Grosso, determinou a prisão do secretário de estado de Saúde Augusto Amaral. A decisão judicial teve como fundamento a obrigação do Estado de garantir a internação do paciente Aristides Pereira dos Santos, de 79 anos, em uma unidade de terapia intensiva (UTI). O cidadão sofria de doenças coronarianas e estava havia duas semanas esperando pelo tratamento adequado. A advogada do autor alegou, dentre outros argumentos, o descaso do setor público de saúde e a ineficaz efetivação do direito à saúde.

Em casos mais recentes, também observamos uma forte intervenção das instituições jurídicas na saúde. Em 11 de junho de 2012,⁶ por exemplo, o governador de São Paulo, Geraldo Alckmin, dirigiu-se ao presidente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Ivan Sartori, para discutir o recorrente deferimento de pedidos de tratamento de doenças. O foco da conversa também se centrou no tratamento de doenças raras, tais como a hemoglobinúria paroxística noturna (HPN). Segundo o governador, a concessão de medicamentos pela via judicial vinha causando uma despesa de mais de 700 milhões de reais por ano ao governo paulista. No caso da HPN, o único remédio disponível no mundo é o Soliris, e cada dose do medicamento custa em torno de 11 mil reais. Desse modo, o custo anual do tratamento de cada paciente não é inferior a 800 mil reais, a depender do estágio da doença. Alckmin ainda ressalta que o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) tem frequentemente negado recurso ao estado quando do deferimento da concessão de medicamentos e tratamentos.

Em 12 de junho de 2012,⁷ a juíza da 1ª Vara da Fazenda Pública de Natal Patrícia Pereira deferiu o pedido de tutela antecipada determinando que o estado do Rio Grande do Norte e o município de Natal fornecessem, de imediato, o medicamento Myozyme (50 mg), na

⁶ Informação retirada do sítio “Porque não Votar no PSDB”. Disponível em: <http://geraldoalckminpsdb.blogspot.com.br/2012/06/geraldo-alckmin-vai-justica-contra.html>. Acesso em: 16 fev. 2013.

⁷ Informação retirada do sítio “Âmbito Jurídico”. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=visualiza_noticia&id_caderno=20&id_noticia=84867. Acesso em: 16 fev. 2013.

quantidade de 16 ampolas por mês, pelo prazo que fosse necessário, a uma paciente portadora de uma doença denominada Pompe. Essa enfermidade causa fraqueza muscular progressiva, insuficiência respiratória e problemas cardíacos, entre outros sintomas, necessitando o paciente, conforme prescrição médica, ingerir mensalmente 16 ampolas do medicamento. O custo do medicamento é de R\$ 1.657,11 por ampola, e a autora informou que não tinha condições financeiras de arcar com as despesas do tratamento. O município apresentou declaração informando que o medicamento Myozime não é contemplado pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), bem como por nenhum outro programa do SUS, de modo que não seria dever do do mesmo provê-lo. Segundo a decisão da juíza, o dever da administração de concretizar o direito constitucional à saúde não pode ser inviabilizado por entraves burocráticos ou por qualquer outra justificativa. Segundo seu argumento, que é muito comum nas decisões judiciais sobre o tema, a Constituição impõe a obrigatoriedade do Estado de garantir a saúde às pessoas, seja por meio de uma boa e eficiente qualidade do serviço de atendimento ou pela aquisição de medicamentos, quando indispensáveis à efetiva garantia da saúde de qualquer cidadão. Ressalte-se ainda que, para a hipótese de não cumprimento da medida no prazo de 10 dias, a juíza fixou uma multa diária, a incidir sobre cada ente estatal, no valor de R\$ 500,00, sem prejuízo das medidas civis e penais cabíveis aos secretários e responsáveis pela política pública de saúde.

Por outra parte, o Judiciário não é isento de desafios internos para lidar com o cada vez mais intenso volume processual da saúde. Como resultado do *boom* processual, observa-se uma predominância de ações judiciais de feição individual nos diversos tribunais brasileiros, inclusive na seara da saúde. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) realiza anualmente uma pesquisa acerca do volume processual no Judiciário brasileiro, que versa também sobre os desafios da gestão judiciária no país. Os resultados da análise são sintetizados no relatório denominado *Justiça em números*⁸ e auxiliam

⁸ O relatório *Justiça em números* é conduzido pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias do Conselho Nacional de Justiça e é integrante do Sistema de Estatís-

na discussão a respeito da forte judicialização brasileira. No caso da saúde, o CNJ sistematizou dados estatísticos a respeito do volume processual em 2011, e, mais especificamente, solicitou aos tribunais do país (estaduais e federais) que informassem o volume processual que estivesse sob sua responsabilidade. Os dados estão contidos no quadro 1.

Quadro 1. Volume de demandas em saúde por tribunal no Brasil.

Nome	Quantidade de processos informada	Esfera	Data da inserção dos dados
Tribunal da Justiça do Acre	7	Estadual	30.08.2010
Tribunal da Justiça de Alagoas	145	Estadual	04.02.2010
Tribunal da Justiça do Amazonas	-	Estadual	-
Tribunal da Justiça do Amapá	76	Estadual	31.08.2010
Tribunal da Justiça da Bahia	781	Estadual	30.08.2010
Tribunal da Justiça do Ceará	8.344	Estadual	04.04.2011
Tribunal da Justiça do Distrito Federal	1.914	Estadual	31.08.2010
Tribunal da Justiça do Espírito Santo	5.181	Estadual	07.07.2010
Tribunal da Justiça de Goiás	309	Estadual	06.09.2010
Tribunal da Justiça do Maranhão	66	Estadual	03.09.2010
Tribunal da Justiça de Minas Gerais	7.915	Estadual	01.09.2010
Tribunal da Justiça do Mato Grosso do Sul	357	Estadual	21.02.2011
Tribunal da Justiça do Mato Grosso	2.919	Estadual	29.07.2010
Tribunal da Justiça do Pará	19	Estadual	31.08.2010
Tribunal da Justiça da Paraíba	-	Estadual	-
Tribunal da Justiça do Paraná	2.609	Estadual	30.07.2010
Tribunal da Justiça de Pernambuco	-	Estadual	-
Tribunal da Justiça do Piauí	153	Estadual	18.02.2011
Tribunal da Justiça do Rio de Janeiro	25.234	Estadual	06.09.2010
Tribunal da Justiça do Rio Grande do Norte	452	Estadual	31.08.2010
Tribunal da Justiça de Rondônia	595	Estadual	02.08.2010
Tribunal da Justiça de Roraima	64	Estadual	01.03.2011
Tribunal da Justiça do Rio Grande do Sul	113.953	Estadual	28.01.2010

ticas do Poder Judiciário (SIESPJ). Esse sistema envolve a coleta e o tratamento de dados que permitem analisar os indicadores orçamentários, administrativos e de litigiosidade da Justiça brasileira.

Tribunal da Justiça de Santa Catarina	5.395	Estadual	03.02.2011
Tribunal da Justiça de São Paulo	44.690	Estadual	30.8.2010
Tribunal da Justiça de Sergipe	189	Estadual	21.03.2011
Tribunal da Justiça de Tocantins	56	Estadual	04.02.2010
Tribunal Regional Federal 1ª Região	203	Federal	31.08.2010
Tribunal Regional Federal 2ª Região	6.486	Federal	31.08.2010
Tribunal Regional Federal 3ª Região	4.705	Federal	30.08.2010
Tribunal Regional Federal 4ª Região	8.152	Federal	30.08.2010
Tribunal Regional Federal 5ª Região	11	Federal	30.08.2010
Total	240.980		

Fonte: Sítio do Conselho Nacional de Justiça.

Esses dados revelam que, apesar das diversas críticas realizadas à atuação do Judiciário, a cultura política brasileira de reivindicação do direito à saúde está fortemente centrada na figura do magistrado. Por essa razão, os mecanismos extrajudiciais – apesar de, em alguns casos, tais como a arbitragem, serem relativamente formais – ainda sofrem uma forte resistência de utilização no país, inclusive em matéria de saúde. Como afirma Matthew Taylor, de um lado “os tribunais ativaram uma resolução pacífica das disputas políticas e incorporaram os grupos de oposição, tais como os partidos políticos e organizações sociais”⁹ e, de outro, “a forma pela qual o sistema do tribunal opera exclui uma grande parcela da cidadania de consumir a *commodity* da justiça”¹⁰ (2005, p. 419).

Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) realizou uma audiência pública¹¹ para debater os desafios relacionados à efetivação

⁹ “[...] the courts have enabled peaceful resolution of important policy disputes and incorporated opposition groups, such as political parties and social organizations.”

¹⁰ “[...] the manner in which the court system operates excludes a large share of the citizenry from consuming the commodity of justice.”

¹¹ Ressalte-se que a possibilidade de utilização de audiências públicas no âmbito do STF existe desde a lei nº 9.868/1999, que dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade. Também se observa a mesma possibilidade na lei nº 9.882/1999, que dispõe sobre o processo e julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Em ambas as leis, é conferida ao ministro-relator a discricionariedade para a convocação de uma audiência pública. Por fim, a previsão existente na emenda

do direito à saúde no Brasil, sobretudo no que concerne à concessão de medicamentos. O STF recebeu a presença de dezenas de especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde,¹² nos dias 27 a 29 de abril e 4 a 7 de maio de 2009.¹³ Os resultados foram bastante promissores, servindo como parâmetro decisório de ações presentes e futuras do Judiciário.

Porém, é fundamental ressaltar que o cenário de participação, mesmo em instituições jurídicas, como é o caso da audiência pública aqui referida, pode ter desafios pelo menos de três tipos: na seleção dos “representantes”, na organização das discussões e na utilização dos resultados dos debates argumentativos travados durante a audiência.

Uma análise cuidadosa a respeito do perfil dos participantes selecionados para a audiência pública revela que o cenário da participação em saúde, mesmo em instituições jurídicas, pode trazer desafios.¹⁴ Uma primeira questão diz respeito à distribuição dos participantes de acordo com os três entes da federação. Observa-se que há predominância significativa da presença da União, restando

regimental nº 29 ao Regimento Interno do STF, do ano de 2009, ampliou a possibilidade de realização de uma audiência pública, a ser convocada pelo presidente do STF, em qualquer temática com repercussão geral e interesse público.

¹² Foram, ao todo, mais de 140 pedidos de participação recebidos pela Presidência do STF, mas, por causa da limitação temporal, apenas 53 pessoas participaram (convidados e inscritos aprovados). Essas pessoas tiveram a oportunidade de expor seus argumentos contrários ou favoráveis. Ressalte-se que foi a audiência pública do STF com maior número de expositores, considerando o comparecimento nas demais: 11 na referente à ADPF 101 (pneus reciclados); 39 na ADPF 54 (fetos anencéfalos); 43 na ADPF 186 (cotas raciais nas universidades públicas); e 30 na ADIN 4.103 (Lei Seca). A audiência pública de saúde também foi a que teve o maior número de dias de sessões: foram necessários seis dias para acomodar os 53 participantes e contemplar as discussões.

¹³ Todos os resultados, relatórios e vídeos da audiência pública podem ser acessados na página eletrônica do Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?servico=processoAudienciaPublicaSaude>. Acesso em: 6 ago. 2014.

¹⁴ Para uma análise criteriosa a respeito da audiência pública de saúde, ver Ajouz e Valle, 2012.

aos municípios, por exemplo, a presença de apenas dois participantes. Isso traz desafios porque, ao município, cabe a execução de políticas de saúde de forma mais recorrente, além de essa instância também estar presente de forma mais contínua no cotidiano do processo de cuidado. Em geral, cabem à União as tarefas de repartição financeira do SUS, além da coordenação e gestão do sistema.

A saúde é de competência comum da União, dos estados e municípios, segundo o disposto no artigo 23, II, da Constituição de 1988. Porém observa-se, na audiência pública, uma forte discrepância na distribuição entre entes federados. Sabe-se que, nos processos em que a saúde é judicializada, a onerosidade das condenações é maior para os municípios do que em relação aos demais entes da federação. Nem todas as cidades brasileiras, por exemplo, possuem uma justiça federal próxima para que se processe a União, tornando-se mais recorrente a utilização da justiça estadual para ingressar com ações contra o estado e, principalmente, o município.

Outra questão que diz respeito à representação na audiência pública de saúde refere-se à distribuição da representação territorial, isto é, à vinculação regional que cada participante possui. Observa-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam sub-representação, pois contaram com apenas um participante na audiência pública, enquanto os demais participantes eram oriundos, predominantemente, das regiões Sul e Sudeste. Se o critério da representação fosse a relativa carência nas políticas de saúde, as regiões Norte e Nordeste deveriam, inclusive, possuir uma sobrerrepresentação. Essas regiões têm as maiores taxas de mortalidade infantil e sua população, as menores expectativas de vida,¹⁵ índices fortemente relacionados a questões sanitárias.

Outro dado refere-se à predominância dos representantes do governo no âmbito da audiência, sobretudo se comparada com o número de representantes da sociedade civil. Entre os representantes

¹⁵ Esses dados podem ser amplamente visualizados no Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), cuja versão mais atual foi lançada em março de 2012, em que se analisam 24 indicadores que avaliam o seu desempenho da saúde no Brasil (Brasil, 2012).

do governo, observa-se uma predominância significativa dos técnicos/especialistas da área médica. Não estiveram presentes, por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos ou assistentes sociais.

Cabe destacar que apenas 5 dos 53 expositores eram usuários do sistema de saúde, ou seja, aqueles que estão sujeitos à eficiência ou à ineficiência do SUS. Esses usuários se fizeram presentes, principalmente, por meio de associações de defesa do direito à saúde, sobretudo das seguintes enfermidades: hipertensão arterial pulmonar, mucoviscidose, doenças reumáticas e mucopolissacaridose. Ainda que o espectro de doenças existentes seja praticamente infindável, seria interessante discutir se as associações de usuários participantes também são representativas da sociedade civil como um todo.

Por fim, também é interessante ressaltar a ausência de representantes do Poder Legislativo, que traz implicações significativas, na medida em que esse poder também possui uma forte responsabilidade na efetivação do direito à saúde no Brasil. Portanto, percebe-se que, mesmo no interior de iniciativas participativas do Judiciário, como foi a audiência pública de saúde, ainda se notam desafios à representação social.

Em 2010, como resultado da influência direta da audiência pública, o CNJ – órgão administrativo destinado ao controle e à transparência administrativa e processual do Judiciário, mediante ações de planejamento, coordenação, controle administrativo e aperfeiçoamento do serviço público da prestação da Justiça – publicou a recomendação nº 31. Considerando o volume processual de centenas de milhares de processos em saúde no Brasil, essa recomendação teve como objetivo orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiassem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

A exposição de motivos da recomendação, elaborada por um grupo de trabalho constituído no interior do CNJ, elenca a razão de sua aprovação e publicação:

- “o grande número de demandas envolvendo a assistência à saúde em tramitação no Poder Judiciário brasileiro e o representativo dispêndio de recursos públicos decorrente desses processos judiciais”;
- “a carência de informações clínicas prestadas aos magistrados a respeito dos problemas de saúde enfrentados pelos autores dessas demandas”;
- o fato de que “os medicamentos e tratamentos utilizados no Brasil dependem de prévia aprovação pela Anvisa, na forma do art. 12 da lei nº 6.360/76 c/c a lei nº 9.782/99, as quais objetivam garantir a saúde dos usuários contra práticas com resultados ainda não comprovados ou mesmo contra aquelas que possam ser prejudiciais aos pacientes”;
- e “as reiteradas reivindicações dos gestores para que sejam ouvidos antes da concessão de provimentos judiciais de urgência e a necessidade de prestigiar sua capacidade gerencial, as políticas públicas existentes e a organização do sistema público de saúde” (Brasil, 2010, p. 1-2).

Por isso, o CNJ dispôs que os tribunais devem, entre outras medidas, celebrar convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliá-los na apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, observadas as peculiaridades regionais. Além disso, determinou que os magistrados:

- “procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata”;
- “evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei”;

- “ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência”;
- “incluam a legislação relativa ao direito sanitário como matéria individualizada no programa de direito administrativo dos respectivos concursos para ingresso na carreira da magistratura” [...] e “incorporem o direito sanitário nos programas dos cursos de formação, vitaliciamento e aperfeiçoamento de magistrados”;
- “promovam [...] visitas dos magistrados aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, bem como às unidades de saúde pública ou conveniadas ao SUS, dispensários de medicamentos e a hospitais habilitados em Oncologia, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - Unacon ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - Cacon” (Brasil, 2010, p. 3-4).

O teor da referida recomendação constitui um avanço significativo em termos de efetivação do direito à saúde, pois confirma o dever do Estado em prestar a assistência em saúde em todos os níveis de complexidade no Brasil, incluindo-se as dimensões curativa e preventiva. Apesar disso, dentre os diversos dispositivos elencados na recomendação, é possível identificar duas bandeiras fundamentais do movimento sanitário que não se refletiram em seu texto: a densificação da participação social e a busca pela eliminação da hierarquia entre os profissionais de saúde. Isso indica que os desafios da participação também se revelam dentro do próprio Judiciário. A prevalência do gestor na definição de quais medicamentos são eficazes ao tratamento, inclusive devendo ser “ouvido” previamente pelo magistrado, associada à própria prevalência dos “médicos” e “farmacêuticos” para a incorporação dos saberes e práticas clínicas no interior da decisão judicial, permite afirmar que muito ainda deve ser percorrido pelo Judiciário brasileiro em matéria de participação em saúde.

Entretanto, em termos de política de saúde, os resultados da audiência pública do STF e da recomendação do CNJ constituem verdadeiros avanços institucionais do Judiciário. Tradicionalmente, a saúde fora analisada judicialmente como mais um direito social, sem que necessariamente se considerassem as suas peculiaridades específicas: a necessidade de celeridade das decisões, a relação direta com o direito à vida e a complexidade do que significa tratamento e prevenção são elementos que diferenciam o direito à saúde dos demais direitos sociais. O reconhecimento dessa singularidade por parte do Judiciário representa um dos principais avanços institucionais, a exemplo dos julgados realizados na última década que buscaram ampliar cada vez mais a efetividade do direito à saúde.

Nesse sentido, no cenário contemporâneo, a discussão sobre a efetivação de direitos e, em especial, do direito à saúde, tem sido realizada na órbita da relação entre Estado e sociedade e, pela outra via, da relação entre instituições jurídicas e sociedade. Os avanços nessas relações, no sentido não somente da compreensão dos principais desafios na efetivação de direitos, mas também na própria concepção sociojurídica dos limites e possibilidades de sua realização, têm sido objeto de reflexão no início deste século por diversos estudos (Pinheiro, 1996; Machado, 2008; Guizardi, 2009).

Porém, neste cenário em que as instituições jurídicas - e, em especial, o Judiciário - têm recebido cada vez maior destaque na seara da saúde, inclusive com iniciativas participativas em seu interior, é possível observar algum tipo de perigo ao funcionamento das instituições participativas tradicionais de saúde, como conselhos e conferências? Seria possível pensar que o Judiciário pode ser um grande fomentador dos conselhos de saúde, mas também um grande concorrente como oportunidade política dos cidadãos? Existe algum tipo de "migração" das estratégias de reivindicação do direito à saúde dos mecanismos participativos para os mecanismos judiciais? Na medida em que o Judiciário se fortalece no Brasil e inaugura outros espaços participativos em seu interior, é possível que se constitua uma "faca de dois gumes". Isso quer dizer que, em vez de fomentar

o desenvolvimento de estratégias de mobilização da sociedade civil ao demandar seus direitos no cotidiano participativo dos conselhos e conferências, talvez a estratégia judicial possa também tornar-se uma “captadora involuntária” desses cidadãos, numa lógica de litigação predominantemente individual.

A “FACA DE DOIS GUMES” DA PARTICIPAÇÃO

No cenário atual da efetivação do direito à saúde, é possível afirmar que a participação passa por uma “faca de dois gumes”. De fato, o protagonismo cada vez mais frequente do Judiciário tem possibilitado a potencialização do direito à saúde numa perspectiva bastante garantista. Porém, quando se observa com cuidado esse protagonismo, também é possível perceber que, eventualmente, os espaços participativos tradicionais – tais como os conselhos e conferências de saúde – podem se esvaziar ou perder importância.

De modo algum se pode afirmar que a judicialização tenha como efeito o desestímulo à participação, mas também não é possível dizer que necessariamente fomenta essa participação. Em que pesem algumas tentativas das instituições jurídicas e do Judiciário de fomentar os mecanismos participativos – como a recomendação nº 31 do CNJ, que sugere aos magistrados uma interlocução mais permanente com os conselhos de saúde –, o fato é que o efeito reverso também pode acontecer.

Os conselhos ou conferências de saúde, assim como o Poder Judiciário, são oportunidades políticas de reivindicação do direito à saúde pelo cidadão, e a decisão sobre qual dessas oportunidades ativar depende de diversas variáveis, como conhecimento do cidadão sobre como ativar esses espaços, disponibilidade volitiva e de recursos para ativá-las, efeito desses espaços na pretensão que se quer alcançar, rapidez no que se pretende alcançar etc. Desse modo, é possível ao menos suspeitar que o fortalecimento do Judiciário na efetivação da saúde pode oferecer uma “migração” dos cidadãos para esse poder, em detrimento dos espaços participativos institucionais

em saúde. Trata-se de uma “faca de dois gumes” que se manifesta como uma correlação positiva ou negativa.

Primeiro gume: a correlação positiva entre Judiciário e participação em saúde

A primeira correlação diz respeito à possibilidade de que o Judiciário produza um impacto positivo na participação dos cidadãos no cotidiano dos conselhos e conferências de saúde. De fato, já se observam iniciativas entre as diversas instituições jurídicas, especialmente o Ministério Público,¹⁶ de aproximação, fomento e parceria com espaços institucionais participativos em saúde. Talvez uma das principais estratégias desenvolvidas pelo Judiciário a esse respeito tenha sido a audiência pública relatada neste artigo. Apesar dos diversos vieses regionais e federativos, a proposta da audiência pública foi de reunir em um espaço comum diversos segmentos, inclusive os representantes da sociedade civil.

Outra estratégia que recebe destaque, presente na recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, é a que estabelece a necessidade dos magistrados de “saírem dos gabinetes” e buscarem estabelecer uma relação mais cotidiana e contínua com os espaços participativos de saúde.

A criação pelo CNJ do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde também foi um passo importante na congregação de diversos segmentos em um espaço comum no qual pudessem expor suas concepções e construir estratégias em conjunto. Os comitês estaduais de saúde, também criados pelo CNJ, já possuem, da mesma forma, algumas iniciativas interessantes de aproximação com os espaços participativos de saúde.

Todas essas são iniciativas que, em maior ou menor grau, podem fomentar e potencializar a atuação dos conselhos e conferências de saúde. Mesmo não possuindo necessariamente uma relação institucional com tais espaços, as iniciativas desenvolvidas pelo Judiciário podem: a) incorporar tais espaços em seu interior;

¹⁶ Para uma análise da atuação do Ministério Público na saúde, ver Asensi, 2010.

b) impactar positivamente o cotidiano desses espaços. Apesar de não serem estritamente direcionadas aos conselhos e conferências, tais iniciativas podem definitivamente contribuir para essas vias.

Apesar disso, a correlação positiva entre Judiciário e participação em saúde está muito aquém do que poderia ser. Observa-se que ainda há poucas iniciativas de magistrados em estabelecer uma relação perene com os conselhos, além de outros magistrados que sequer reconhecem a legitimidade dos conselhos e conferências em matéria de saúde. Porém, com o avanço cada vez mais forte da judicialização da saúde, um dos efeitos positivos dessa correlação talvez seja o desenvolvimento de iniciativas cada vez mais orgânicas entre o Judiciário e os espaços participativos de saúde, o que pode contribuir decisivamente para a efetivação do direito à saúde.

Segundo gume: a correlação negativa entre Judiciário e participação em saúde

O segundo gume diz respeito à correlação negativa, isto é, à influência que a via judicial pode ter na escolha de cada cidadão sobre qual estratégia adotar para efetivar o seu direito à saúde. Assim como o Judiciário pode contribuir positivamente e fortalecer os conselhos e conferências, a contribuição negativa também pode ocorrer.

De fato, o protagonismo do Judiciário pode influir negativamente no funcionamento desses espaços, pois, em vez de o cidadão ingressar numa lógica participativa de longo prazo e com foco na construção da política pública de saúde para todos, ele pode eleger a via judicial para que, por meio de tutelas de urgência, obtenha a prestação jurisdicional rapidamente para a sua demanda individual.¹⁷ E isso porque, se comparado aos conselhos e conferências, o Judiciário pode ser visto pelos cidadãos como uma estratégia mais rápida, menos custosa e que requer menos esforços físicos e psicológicos em matéria de saúde.

¹⁷ Para uma análise a respeito da predominância da litigação individual e imediatista em saúde no Brasil, ver Borges e Ugá, 2010.

A respeito dessa correlação negativa, é possível destacar dois “perigos”: “apequenamento” ou “sufocamento” dos espaços participativos em saúde, que resultam do fortalecimento progressivo do Judiciário. Em primeiro lugar, é possível que haja um deslocamento das instâncias legítimas/participativas de discussão para a esfera institucional do direito. Isso quer dizer que a lógica de discussão da saúde pode migrar de um referencial societário, calcado na realidade dos serviços de saúde, para um referencial jurídico calcado em aspectos legais abstratos. Isso pode contribuir para um verdadeiro “desperdício da experiência” (Santos, 2009), isto é, a desconsideração das especificidades dos atores concretos em suas práticas sociais cotidianas em prol de uma categorização jurídica binária que considere perdedores, vencedores, sucumbentes etc. O resultado é que a legitimidade das estratégias de efetivação do direito à saúde saem de uma lógica societária para ganhar espaço no interior da dinâmica jurídica estatal, que é o Poder Judiciário.

Em segundo lugar, é possível destacar o perigo do fortalecimento da dependência dos cidadãos dos aparelhos de Estado para qualquer tipo de iniciativa de efetivação da saúde. Apesar de também serem institucionais, os conselhos e conferências possuem lógicas de funcionamento com ampla “porosidade” social, de modo que os cidadãos possuem maior força política para fazer valer suas demandas. No caso do Judiciário, a sua crescente atuação tem tornado o cidadão cada vez mais dependente do aparato estatal para fazer valer o seu direito, o que pode tornar “tímidas” as iniciativas genuinamente societárias de efetivação do direito à saúde.

Portanto, em meio às contradições e tendências nas diversas oportunidades políticas de efetivação do direito à saúde, observa-se uma perspectiva de futuro bastante inquietante e aberta a respeito de como os conselhos e conferências atuarão. Essa “faca de dois gumes” já está à prova.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez seja possível afirmar que saúde e direito são dois dos campos mais politizados do mundo de hoje. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas desse processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e a construção social de estratégias de reivindicação pelos atores sociais. Rodeada de instituições tradicionais e modernas, permeada por lógicas de funcionamento e de poder as mais distintas e fortemente influenciada pelas diversas transformações culturais, sociais e políticas que ocorreram nas últimas décadas, a relação entre direito e saúde tem recebido destaque no Brasil.

O protagonismo das instituições jurídicas - e, em especial, do Judiciário - não esteve isento de contradições no Brasil. São exemplos de contradições, por exemplo, os obstáculos de acesso à justiça e ao direito, que contribuem para uma relativa "colonização" da judicialização da saúde, ao menos de forma predominante, por um determinado perfil socioeconômico. Outro exemplo é a discussão a respeito das consequências econômicas das decisões judiciais. Exames, tratamentos e medicamentos, principalmente se forem excepcionais, trazem em seu bojo, quando deferidos judicialmente, a necessidade de fornecimento sem que haja necessariamente um planejamento de governo. Independentemente disto ser bom ou ruim, o fato é que a judicialização da saúde no Brasil tem reconfigurado drasticamente as responsabilidades dos poderes para o estabelecimento de políticas públicas que atendam aos critérios de universalidade, integralidade e descentralização.

O estudo das estratégias de reivindicação do direito à saúde enseja uma discussão sobre as interações sociais que se relacionam com a cultura política de participação dos atores sociais. De fato, tais interações podem variar de acordo com as oportunidades políticas constituídas em cada sociedade. Da parte das instituições jurídicas, torna-se fundamental estabelecer estratégias efetivas de aproximação com os conselhos e conferências de saúde, buscando fortalecer a

correlação positiva. Da parte das instituições participativas, cabe a elas “aparecerem mais” para o cidadão e estabelecerem estratégias concretas para se tornarem grandes oportunidades políticas de efetivação do direito à saúde. Não é possível afirmar a existência de uma apatia política da sociedade civil em relação ao Estado e às políticas de saúde. O que se observa, na verdade, é uma “faca de dois gumes” que se apresenta aos espaços participativos em saúde em meio a uma miríade de estratégias de reivindicação do direito à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJOUZ, I.; VALLE, V. A concretização do direito fundamental à saúde – passos orientados pela audiência pública nº 4 no Supremo Tribunal Federal. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (org.). *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012. p. 597-614.

ASENSI, F. D. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

BORGES, D. da C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de primeira instância nas ações individuais contra o estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/recnj_31.pdf. Acesso em: 21 out. 2014

_____. Ministério da Saúde. *Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>. Acesso em: 21 out. 2014.

CASTRO, M. F. de. The Courts, Law, and Democracy in Brazil. *International Social Science Journal*, v. 49, n. 152, p. 241-252, 1997.

GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 9-34, 2009.

KAPISZEWSKI, D.; TAYLOR, M. Doing Courts Justice? Studying Judicial Politics in Latin America. *Perspectives on Politics*, Washington, v. 6, n. 4, p. 741-768, 2008.

MACHADO, F. R de S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 9, p. 73-91, 2008.

MENDES, G. F. *Voto no julgamento da suspensão da tutela antecipada nº 175 no Supremo Tribunal Federal*. Brasília: STF, 2010.

PINHEIRO, R. A dinâmica dos conselhos municipais de saúde do estado do Rio de Janeiro: três estudos de casos – Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 64-100, 1996.

SANTOS, B. S. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento, 2009.

SILVA, M.; ZANATA JUNIOR, R. *Associativismo e desigualdade: uma análise sobre oportunidades políticas e recursos associativos em duas associações de moradores de Porto Alegre*. In: LATIN AMERICAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION CONGRESS, 2009. *Anais...* Rio de Janeiro: Associação de Estudos Latino-Americanos, 2009. p. 1-24.

TARROW, S. *Strangers at the Gates: Movements and States in Contentious Politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

TAYLOR, M. Citizens Against The State: The Riddle Of High Impact, Low Functionality Courts in Brazil. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 418-438, 2005.

_____. O Judiciário e as políticas públicas no Brasil. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 229-257, 2007.



**GESTÃO PARTICIPATIVA NA SAÚDE:
ANÁLISES SOBRE OS ELEMENTOS
CONSTITUTIVOS DA POLÍTICA**

POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE: DESENHO INSTITUCIONAL E OS SENTIDOS DA PARTICIPAÇÃO

Grasiele Nespoli

Francini Lube Guizardi

Felipe Rangel de Souza Machado

Maria Luiza Silva Cunha

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

INTRODUÇÃO

A atuação do movimento sanitário e a presença recorrente de seus componentes na burocracia estatal são fatores reconhecidos como determinantes no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas políticas públicas. Essa constatação pode ser ratificada pela atuação decisiva e pela crescente importância que as comissões intergestoras adquiriram, com o fortalecimento de atores políticos como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O indício de concentração de poder no processo

político do SUS por parte da burocracia estatal, em detrimento dos grupos e movimentos que representam os usuários do sistema, está em consonância com dificuldades e obstáculos mapeados na literatura sobre controle e participação social no SUS. Como ressalta Labra, “a primazia do estamento político-técnico aponta, todavia, para importantes indagações a respeito do controle social que fundamentou a instauração dos conselhos de saúde, visando à efetivação, por parte dos usuários, dessa função precípua” (1999, p. 163).

Em razão da consolidação recente, a partir da década de 1980, das instituições democráticas no Brasil, observamos que a formalização igualitária assegurada pelo reconhecimento dos direitos civis e políticos tem se revelado inconsistente, posto que submetida a um padrão de dominação social caracterizado por grandes hiatos e desigualdades entre as classes populares e os setores médios e altos da população. Como afirma Reis:

Se se encontram formalmente assegurados direitos civis e políticos [...], o hiato em foco redonda num *disenfranchisement* social básico que fica muito aquém da carência dos direitos sociais de Marshall e priva, a rigor, mesmo dos direitos civis a parcelas substanciais da população brasileira, dotadas apenas de uma cidadania de segunda classe (basta atentar, como exemplo, para o cotidiano das relações entre o aparato policial e repressivo do estado e as camadas mais carentes da população). (1988, p. 21)

De fato, até a referida transição democrática, o Brasil configurava-se como uma república oligárquica, caracterizada por formas patrimonialistas, personalistas e elitistas de exercício de poder, que inviabilizaram para grande parte da população brasileira direitos mínimos de cidadania. A conjunção desses determinantes resultou na prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor, em que a experiência política é significada e vivida como uma concessão fundada em referências privatistas e personalistas de poder, no que Sales (1994) conceitualiza como *cidadania concedida*.

A referência a esse conceito justifica-se quando analisamos os efeitos dessa trajetória histórica, suas repercussões e possíveis implicações no presente, uma vez que as características do processo político-decisório no Brasil articulam-se diretamente às principais instituições políticas de nossa sociedade. Esse quadro permite supor que foram historicamente demarcadas clivagens entre as condições instituídas de participação política, presentes na imensa distância entre aqueles que exercem e decidem os termos de sua prática e aqueles que a ela são incorporados por extensão e concessão. Poderíamos também indagar se esse caráter privado do exercício de poder não incide na formação do Estado brasileiro, afinal, como menciona Oliveira, o lugar do Estado na formação brasileira foi decisivo na conformação de um “máximo de Estado para o mínimo de esfera pública, ou o máximo de aparência de Estado para o máximo de privatização da relação social” (1994, p. 43). Um arranjo que leva o Estado brasileiro, a despeito de suas imensas estruturas, a não se articular com os diferentes grupos sociais que o constituem.

Na experiência do SUS em particular, os conselhos e conferências de saúde têm enfrentado, de modo geral, inúmeros obstáculos à concretização das expectativas a eles vinculadas, dentre as quais se destaca o propósito de reversão do padrão de planejamento e execução das políticas de saúde, em direção à radicalização do projeto democrático de participação. Esse aspecto se expressa principalmente na restrita capacidade dos conselhos e conferências de determinar a produção das políticas públicas a partir de características locais e regionais, assim como a partir da experiência dos setores e grupos sociais implicados.

Tais questões indicam que não tem sido concretizada a intenção de tornar os conselhos e conferências espaços de vocalização dos interesses e de construção de estratégias de intervenção por grupos e setores usualmente segregados do plano institucional de deliberação política. Embora sejam frequentemente reportadas aos espaços dos conselhos, as questões e obstáculos mapeados não nos remetem apenas a eles. Ao contrário, remontam a um amplo leque

de problemas o qual sinaliza que pensar a participação política no SUS significa, hoje, enfrentar desafios como os de reconstrução da arquitetura institucional dessa participação; resgate do papel político dos conselhos e do caráter de mobilização social das conferências; o respeito e a expressão da multiplicidade dos sujeitos políticos; o reconhecimento de outras formas de organização e mesmo o debate sobre a reforma do Estado (Moroni, 2005).

Com base nas dificuldades identificadas, este capítulo tem como objetivo apresentar os desenhos institucionais da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde, conhecida como ParticipaSUS. Para tanto, debateremos os sentidos que a participação política adquiriu no processo de implantação do ParticipaSUS, considerando, principalmente, os desafios que permeiam a relação entre representantes do Estado e da sociedade civil organizada nos fóruns de participação.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde foi elaborada no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde. Nesse estudo, partimos da compreensão de que a implantação do ParticipaSUS é um processo de decisão, conflito e negociação política que se concretiza em diferentes contextos institucionais na interface entre Estado e sociedade, mediante a posição e a ação dos atores e grupos sociais implicados.

Assim, procuramos produzir conhecimento sobre a forma como a participação social tem sido reconhecida e formulada no campo das políticas públicas de saúde, em especial no que diz respeito à efetiva concretização dos ideais da Reforma Sanitária brasileira, assentados na relação entre direitos sociais e cidadania; no conceito ampliado de saúde; na compreensão da proteção social como segurança social; e no projeto político de democratização do Estado e de nossas relações sociais.

A POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA: TRAJETÓRIA E DESENHO INSTITUCIONAL

O ParticipaSUS foi criado no âmbito da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), instituída em 2003, inicialmente com dois departamentos: o Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Nesse contexto inicial, as ações da SGP se voltaram para o estímulo e a organização de agendas públicas de saúde, com ampliação da participação e dos espaços decisórios, e “interação com os processos de descentralização, regionalização e mudanças da cultura de gestão” (Brasil, 2005, p. 1).

A criação da SGP representou a iniciativa de institucionalização de uma política orientada para o desenvolvimento de processos participativos, por meio de um conjunto de ações voltadas para o acompanhamento e avaliação do SUS, por parte de seus usuários. A configuração da secretaria mostra que, no momento de sua criação, os esforços do Ministério da Saúde estavam concentrados em acompanhar a Reforma Sanitária e havia interesse em divulgar e ampliar boas estratégias no SUS, o “SUS que deu certo”. Para garantir o acesso de usuários ao processo de acompanhamento e avaliação do SUS, a Ouvidoria-Geral foi fortalecida e passou a ter a responsabilidade de organizar e incentivar a implantação desse mecanismo de escuta da população nas três esferas de governo.

Em 2005, foi lançada a primeira versão do ParticipaSUS, que reafirmou os pressupostos da Reforma Sanitária e constituiu uma política que “orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2005, p. 4). Da política emana uma série de ações a serem desenvolvidas para a inserção da população no controle social, no que diz respeito tanto à proposição das políticas de saúde, por meio das conferências de saúde, quanto ao acompanhamento da implantação dessas políticas nos processos cotidianos de gestão do

SUS. O ParticipaSUS também se preocupa em trazer para a gestão do sistema as populações vulneráveis: quilombolas, lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e travestis, população do campo, moradores de ruas, povos da floresta. Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera que:

Todas estas iniciativas contribuem efetivamente para a boa gestão pública da saúde, ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa. Trata-se, enfim, da democratização do Estado Brasileiro, no campo da saúde, adotada como diretriz para o programa do atual governo. (Brasil, 2005, p. 3)

A primeira versão do ParticipaSUS afirma que os espaços de escuta dos cidadãos são fontes de informação privilegiadas para a gestão do SUS e situa o governo e a sociedade como corresponsáveis pelo controle social, que ainda enfrentava muitas dificuldades, particularmente, na efetiva atuação dos conselhos, que

[...] ainda enfrentam obstáculos importantes, dentre os quais podem ser destacados o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados. (Brasil, 2005, p. 14)

No ano de 2006, com o decreto nº 5.841, de 13 de julho, a Secretaria de Gestão Participativa muda sua estrutura organizacional, assumindo outras funções não inclusas no decreto nº 4.726/2003 e incorporando à sua designação o termo “estratégico” como recurso qualificador do conceito de gestão. Sendo assim, transforma o Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e cria os departamentos de

Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, mantendo o Departamento de Ouvidoria-Geral. Com essa reestruturação, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) incorporou as ações de auditoria, ouvidoria, apoio à gestão participativa, monitoramento e avaliação da gestão do SUS. O deslocamento dessas ações para essa secretaria indica muito mais uma orientação no sentido de fortalecimento da dimensão estratégica da gestão do que das características participativas almejadas, uma vez que as novas funções adquiridas não foram propostas em estreita articulação com as estratégias de consolidação do controle social e da participação política. Assim, as atribuições incorporadas, no caso a auditoria, o monitoramento e a avaliação do SUS, revelam-se voltadas para a qualificação dos processos internos de gestão, não possuindo claras conexões com as ações destinadas ao fortalecimento dos conselhos e conferências, com a promoção da equidade, ou com a consolidação da Ouvidoria Nacional.

Dessa forma, a atuação da SGEP foi ampliada com a incorporação de novos departamentos voltados especificamente para o aprimoramento técnico e metodológico da gestão. Tal deslocamento demonstra fundamentar-se na compreensão de que o tema da avaliação é central ao fortalecimento da gestão participativa no âmbito do SUS, muito embora, como salientado, não tenha sido explicitada a articulação dessas novas diretrizes políticas com a ampliação da participação. Ao mesmo passo, nos demais componentes estruturados é enfatizada a necessidade de responder às desigualdades de acesso e participação de populações e grupos historicamente excluídos na sociedade brasileira. Assim, as ações integradas dos departamentos “incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2007a, p. 6). Nessa conformação, o tema central do acompanhamento da Reforma Sanitária desloca-se para o campo da gestão, através da transformação do Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de

Apoio à Gestão Participativa, análise que é também reforçada pela iniciativa de ampliar a auditoria e a avaliação, no âmbito do SUS, nas três esferas de governo.

Em 2007, o governo federal lançou o programa Mais Saúde, como uma agenda “prioritária e estratégica do Ministério da Saúde” que contempla metas e ações a serem seguidas. Dentre seus pilares, um se dirige à gestão do trabalho e ao controle social, e outro, para a ampliação e melhoria da qualidade do acesso ao SUS.

Com relação ao controle social, a meta é apoiar a estruturação dos conselhos estaduais e municipais de Saúde em todas as unidades da federação. Paralelamente, serão implementadas 104 ouvidorias do SUS em todo país, incluindo 40 municípios com mais de 100 mil habitantes. Entre as metas do Mais Saúde, inclui-se a distribuição da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde para instituições de saúde, educação e controle social em 100% dos municípios.¹

No que tange à qualificação do SUS, o Mais Saúde prevê a ampliação da gestão democrática e participativa como um ganho para a sociedade brasileira, especialmente quando articulada aos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e regionalização da rede de serviços e ações de saúde. Já em relação à participação e ao controle social, é reforçada, no escopo do programa, sua importância “sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde” (Brasil, 2007b, p. 75).

OS COMPONENTES DO PARTICIPASUS E A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GESTÃO E DE PARTICIPAÇÃO

Em 2009, foi promulgada a segunda edição do ParticipaSUS, que recuperou uma contextualização histórica evidenciando a

¹ Informação disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/estrutura1.php>. Acesso em: 10 out. 2012.

atuação da sociedade brasileira para a construção do SUS, resgatando uma emenda popular enviada à Constituinte, com mais de cem mil assinaturas, que consagrava a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, procura evidenciar a importância da participação popular na construção das políticas públicas e, posteriormente, na efetivação do SUS.

Nessa edição, a definição de gestão estratégica e participativa afirma a participação social como dimensão transversal das ações e práticas de saúde, para além dos mecanismos instituídos pelo SUS, os conselhos e conferências.

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. (Brasil, 2009a, p. 15)

A natureza das ações previstas na promoção da gestão estratégica e participativa não apresenta mudanças em relação à edição anterior da política, permanecendo descrita como: “apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2009a, p. 15). A novidade, em relação a esses campos de atuação é a definição das responsabilidades de cada setor envolvido na SGEp, resultante do processo de sua reestruturação. Dessa forma, como um “conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS”, o ParticipaSUS, na sua segunda versão, organiza-se em torno de quatro componentes: Gestão Participativa e Controle Social no SUS;

Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Auditoria do SUS.

O primeiro componente reforça a necessidade de implantar os conselhos estaduais e municipais de saúde, garantindo o caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos mesmos, com composição paritária. Além dos mecanismos institucionais (conselhos e conferências), ressalta a importância de se criarem novos mecanismos e canais de participação – como conselhos gestores, colegiados, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho etc. –, aperfeiçoar os já existentes – como as instâncias de pactuação entre gestores (comissões intergestores bipartites e tripartites) – e promover mecanismos de mobilização social (articulação com movimentos populares), processos de educação popular, de educação em saúde e ações intersetoriais. Esse componente também reafirma a importância da “participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde” (Brasil, 2009a, p. 16) e destaca:

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no termo de compromisso. (Brasil, 2009a, p. 19)

O segundo componente ressalta a importância do monitoramento e da avaliação para a organização do SUS, que envolvem um conjunto de ações voltado para

[...] observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e ser-

viços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. (Brasil, 2009a, p. 21)

Nesse sentido, foi estruturado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e regulado o monitoramento do Pacto pela Saúde como um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão.²

O terceiro componente, a ouvidoria, propõe a criação de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO-SUS) para atuar de forma complementar às demais estratégias de gestão participativa. O ParticipaSUS define que a ouvidoria estabeleça um canal direto de comunicação com a população por meio de serviços telefônicos gratuitos e permite executar pesquisa de satisfação de usuários e profissionais. Além da escuta, deve efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, para resolver adequadamente os problemas. A Ouvidoria-Geral, criada em 2003, é o órgão central do SNO-SUS.

Por fim, a Auditoria é entendida como um instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo “para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos” (Brasil, 2009a, p. 25). Dessa forma, a Auditoria deve se organizar por meio de um conjunto de técnicas que avaliam a gestão pública, observando a aplicação de recursos, o desenvolvimento de processos, atividades, desempenho e resultados. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) é o órgão responsável pela condução desse componente.

² O Termo de Compromisso de Gestão é o instrumento de adesão dos gestores ao Pacto pela Saúde, instituído pela portaria nº 399/2006, que, renovado anualmente, substitui os processos anteriores de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente federativo. Com o decreto nº 7.508/2011, fica estabelecido o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap), instrumento de acordo e definição de responsabilidades dos entes federativos.

Após definidos os componentes, o ParticipaSUS apresenta as ações que devem ser desenvolvidas. A primeira ação é a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS),³ com a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade, dando ênfase ao combate às iniquidades e na ampliação do acesso de populações específicas aos serviços e ações de saúde. A segunda ação remete ao programa Brasil Quilombola,⁴ criado em 2004, como uma política de Estado que abrange ações de diferentes setores. Dentre as competências do SUS, destaca-se a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola. A terceira ação refere-se ao “aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS” com realização das conferências, capacitação dos conselheiros de saúde, criação de redes de cooperação e intercâmbio de informação, implantação de conselhos gestores, implantação da ouvidoria do SUS, entre outras ações.

No que tange à gestão da política de saúde, o documento prevê como ação a implantação de práticas de gestão estratégica com ações

³ A PNPS, publicada pela portaria nº 687 de 30 de março de 2006, visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e risco à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006b, p. 13). E propõe que as ações na saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes; e afirma que o exercício da cidadania deve ir além dos modos institucionalizados de controle social, “implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismo de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede” (Brasil, 2006b, p. 8).

⁴ O programa Brasil Quilombola é coordenado pela Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais, que integra a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), órgão da Presidência da República. O Brasil Quilombola faz uma breve menção à importância de desenvolver programas específicos no campo da saúde que garantam o bem-estar físico, psicológico e social das populações quilombolas, além da importância de priorizar a implantação, via Programa Saúde da Família, de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Uma das ações do programa Brasil Quilombola é a atenção à saúde dessa população, por meio do desenvolvimento de estratégias de inclusão nos serviços e ações de saúde e saneamento, com mobilização popular e controle social (Brasil, 2004a, p. 5).

de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Outra ação prevista é a consolidação do processo de Reforma Sanitária, por meio da “realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS”. O ParticipaSUS também incorpora uma ação voltada para o fortalecimento da gestão do trabalho no SUS e outra voltada para a qualificação e humanização na gestão do SUS (Brasil, 2009a).

As ações enunciadas formam um escopo abrangente, cuja característica maior é o fato de remeter a outras políticas e programas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com isso, procura-se conformar o caráter transversal do ParticipaSUS, sem, no entanto, orientar como operacionalizá-lo na relação entre os seus diferentes componentes e as demais políticas mencionadas. Além disso, também não é evidenciada a preocupação na construção de convergência e articulação entre os componentes, o que possivelmente dificultou a definição de mecanismos de integração que poderiam apoiar o alcance dos objetivos globais que orientam a política, mantendo, em certa medida, formas de ação recortadas e fragmentadas dentro de seu próprio escopo.

Após o destaque das ações, o texto da política apresenta as atribuições dos entes federados, com a descrição do que compete a cada agente institucional no cumprimento da política, tendo como base o Pacto pela Saúde publicado em 2006. Assim, recupera a função de coordenação do ParticipaSUS pela SGEP e estabelece, para as três esferas de governo, responsabilidades voltadas para o fortalecimento do controle social; a promoção da participação de trabalhadores na gestão das ações de saúde e de movimentos sociais nos espaços de controle social com vistas à equidade na atenção à saúde; a regionalização solidária e cooperativa; a implantação dos sistemas de auditoria e de ouvidoria e o desenvolvimento de ações de monitoramento; e a avaliação dos serviços e ações de saúde (Brasil, 2009a).

Duas considerações são pertinentes. A primeira consiste na confirmação da tendência de estruturação de caminhos paralelos em relação às dimensões estratégicas e participativas da gestão, aspecto que evidenciamos já na leitura da primeira edição da política. A segunda é mais sutil e aparentemente periférica. Embora a política reconheça o papel fundamental da gestão do trabalho para a gestão participativa na saúde, não mapeamos nas indicações voltadas para sua implantação, movimento ou iniciativa concreta nessa direção.

Em nossa análise, o ParticipaSUS apresentou nessa edição duas faces principais. Uma voltada para o aprimoramento técnico e metodológico da gestão, o que, entretanto, não representou efetivamente uma articulação ou integração consistente entre os componentes que efetuariam esse direcionamento na política. A outra face encontra-se orientada para o fortalecimento dos conselhos e conferências, e para a promoção da equidade em relação às populações vulneráveis. Essa face responderia pela dimensão diretamente participativa da política, mas também em relação a ela não identificamos uma proposta de integração, seja entre as iniciativas voltadas para os conselhos de saúde e aquelas destinadas às populações vulneráveis, seja na aproximação desses dois tipos de ação em relação aos componentes de qualificação da gestão, como a avaliação e o monitoramento.

Fomentando a implantação do ParticipaSUS, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 2.344, define que a transferência de recursos financeiros federais,⁵ inseridos no “Componente para a Qualificação da Gestão do SUS” do bloco de Gestão do Sistema, “será efetuada de forma automática aos fundos de saúde municipais,

⁵ O valor repassado mediante a portaria nº 2.344 foi de R\$ 29.905.500,00, sendo 70% destinados aos municípios e o restante, aos estados e ao Distrito Federal; a Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) recebeu R\$ 260.000,00, enquanto seis municípios receberam um total de R\$ 1.630.000,00. Também em 2009, a portaria nº 3.251 de 22 de dezembro acrescenta municípios à portaria nº 2.344/2009. No caso do estado do Rio de Janeiro, foram agregados 22 municípios e um repasse no valor total de R\$ 580.000,00. Em 2010, as portarias nº 3.329 e nº 3.997 repassaram R\$ 260.000,00 para a SES/RJ e R\$ 95.000,00 para o município de Itaboraí, respectivamente (Brasil, 2010a e 2010b).

estaduais e do Distrito Federal, em parcela única, [...] adotando-se como critério a busca da redução das desigualdades regionais”. Além disso, define que, para a transferência dos recursos, caberá a cada ente federado:

I – Inserir as ações que serão desenvolvidas, conforme o artigo 2º, no respectivo Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde; II – Apresentar os resultados alcançados com as ações desenvolvidas no Relatório Anual de Gestão; e III – Enviar cronograma de adesão ao Pacto pela Saúde, quando couber. (Brasil, 2009b)

Com essa portaria, o Ministério da Saúde condiciona o ParticipaSUS ao Pacto pela Saúde, induzindo a pactuação de ações, o monitoramento e a avaliação descentralizada dos processos de gestão e de seus resultados.

Em 2011, o decreto nº 7.530 aprovou uma nova alteração da SGEP que somou à sua estrutura os departamentos de Informática do SUS (DataSUS) e de Articulação Interfederativa (DAI), subtraindo o Departamento de Monitoramento e Avaliação, que passou a compor a estrutura da Subsecretaria Executiva do Ministério da Saúde. Esse rearranjo foi justificado pelo objetivo de estabelecer uma “correlação entre os seus cinco componentes [departamentos] na busca de não só uma integração, mas principalmente na sinergia da estruturação dos seus processos tendo em vista a missão a cumprir e os resultados a alcançar” (Brasil, 2011c, p. 5). Ademais, a integração do DataSUS e do DAI à SGEP agregou outras competências ao âmbito da política. Enquanto o DataSUS age como um “centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação em saúde”, o DAI

[...] tem a competência de articular os órgãos do Ministério da Saúde na construção de uma agenda estratégica voltada para o fortalecimento da articulação interfederativa, no aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação da gestão estratégica e participativa, no subsídio aos processos de elaboração, implantação e

implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento do modelo de gestão do SUS, nos três níveis de governo. (Brasil, 2011c, p. 10)

Em relação à articulação interfederativa, destaca-se também em 2011 a publicação do decreto nº 7.508, que regulamenta dispositivos da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/1990), com vistas ao aprimoramento do Pacto Federativo de gestão do SUS, “no contexto do Pacto pela Saúde que já se apresentou como uma forma de compartilhar a gestão entre as três esferas de gestão, introduzindo negociação consensual, como arranjo interfederativo de definição de responsabilidades” (Brasil, 2011a, p. 6). O decreto reconhece três instâncias de articulação interfederativa: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestora Regional (CIR), que visam assegurar um diálogo permanente e a governabilidade do processo de gestão do SUS. E define que, nas “comissões intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems” (Brasil, 2011a, p. 5).

Com essa nova conformação, foi consolidado o movimento que apontamos antes em relação ao deslocamento discursivo em torno da qualificação estratégica da gestão na política. Essa reorganização é justificada como forma de assegurar, na gestão cotidiana do SUS, nas três esferas de governo, o princípio da participação comunitária: “acreditando que é possível radicalizar na sua efetivação como prática que fortalece o SUS para consolidá-lo como a maior política de inclusão social do Brasil e patrimônio sociocultural e imaterial dos brasileiros, das brasileiras e da humanidade” (Brasil, 2011c, p. 6). Agrega-se, nesse momento, a gestão interfederativa como fundamental para a pactuação de ações e metas para qualificação da gestão do SUS, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Brasil, 2011a).

No esforço de normatizar os critérios de repasse de recursos para a implantação e o fortalecimento do ParticipaSUS, o Ministério da Saúde publicou, em dezembro de 2011, a portaria nº 2.979, que define dois campos de incentivo financeiro: um para a implantação da política com foco na promoção da equidade em saúde; e outro para implantação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Essa medida corrobora nossa hipótese analítica a respeito das dimensões estratégica e participativa que a política busca promover nos processos de gestão do SUS. Isso porque expressa, no plano do financiamento, a tendência em constituir processos de intervenção distintos, o que induz a uma baixa integração e convergência entre o componente voltado para a consolidação do controle e da participação social e as novas funções de qualificação da gestão incorporadas no ParticipaSUS.

O primeiro campo de incentivo reafirma a participação popular e o controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde e define como resultados esperados: a realização de encontros com gestores, trabalhadores, conselheiros e lideranças de movimentos sociais; o apoio à formação de comitês, comissões e/ou grupos temáticos voltados para políticas de promoção da equidade; a produção de material informativo e educativo; e o apoio à mobilização social. Para a promoção da equidade, também fica estabelecida pela portaria a importância de se aperfeiçoarem os atuais canais de participação social e de se criarem novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, com “adoção de medidas de aferição de satisfação de usuários” e “realização de atividades de qualificação de ouvidores”. Outra orientação é a realização de atividades de interação entre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e o controle social. Diante dessas definições, a portaria estabelece que, para a execução das ações, as secretarias de saúde estaduais e do Distrito Federal devem implantar

[...] instâncias colegiadas responsáveis pelo acompanhamento da implementação das políticas de promoção da equidade em saúde, tais como: I – Comitê de Educação Popular em Saúde; II – Comitê Técnico de Saúde LGBT; III – Comitê Técnico de Saúde da População Negra; IV – Grupo Terra; e V – Comitê de Saúde da População de Rua. (Brasil, 2011b)

Quanto ao segundo campo de incentivo financeiro, para implantação e fortalecimento das CIRs e do Sistema de Planejamento do SUS, ficam definidos como resultados esperados: a implantação do decreto nº 7.508/2011 e do Sistema Cartão Nacional de Saúde, e o fortalecimento do SNA para o controle do Coap.

A portaria também prevê que os recursos podem ser aplicados “na qualificação de gestores e trabalhadores” e “no apoio ao funcionamento e atuação dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)”. Seguindo tais orientações, as CIBs e o Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal deverão pactuar as ações a serem implantadas e “a correspondente aplicação dos recursos regulados nesta portaria” (Brasil, 2011b).

As três metas traçadas nesse campo de incentivo financeiro, bem como as possibilidades reconhecidas de investimento, ocorrem no escopo de ação apenas dos atores da gestão, representando a intenção de ampliar a intervenção estratégica e a pactuação nessa esfera. Dessa forma, a articulação com o controle social não é colocada em primeiro plano, como era de se esperar, estando subentendida como etapa necessária, dada a normatização instituída pelo decreto. Isso, contudo, não significa efetivamente a provisão de ações e estratégias operacionais para garantir a atuação dessas instâncias em relação aos três objetivos traçados no novo contexto de consolidação do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que, em sua trajetória, o ParticipaSUS acompanha e se altera com outros arranjos políticos, como a constituição do Pacto pela Saúde, do Coap e do PlanejaSUS. Nesse sentido, o desenvolvimento da política acompanhou o esforço de fortalecimento do processo de descentralização e de integração da gestão do SUS, alinhando assim sua dimensão estratégica. No que diz respeito ao desenho institucional, o ParticipaSUS ampliou seu campo de intervenção e as estratégias de ação ao longo dos anos de sua implantação pelo Ministério da Saúde. Contudo, é preciso refletir sobre as possibilidades de concretizar uma gestão participativa e estratégica, orientada para a superação dos obstáculos relativos à participação efetiva da sociedade na gestão das políticas públicas.

A análise do desenho do ParticipaSUS e das modificações observadas em suas diferentes edições, ao longo do período 2005 a 2011, evidenciou a consolidação de um deslocamento discursivo relevante. Se inicialmente a política se apresentava fundamentalmente como uma proposta de expansão da participação na gestão e, por conseguinte, de aprofundamento da Reforma Sanitária, nas edições posteriores ganhou destaque o componente estratégico, entendido como aprimoramento técnico e metodológico dos processos de gestão, orientado por critérios como eficiência, efetividade e eficácia. Assim, reconhecemos que os dois sentidos norteadores da política – a participação e a estratégia – seguiram percursos em grande medida paralelos.

Embora a edição de 2009 da política traga um claro conceito de gestão participativa, assentado tanto na noção de transversalidade quanto em sua articulação e expressão nos processos cotidianos do sistema, não identificamos no estudo movimentos e ações direcionados à operacionalização desses dois aspectos, o que provavelmente está associado à baixa articulação entre as ações dos departamentos da SGE. Supomos que essa característica expresse a profunda fragmentação das estruturas administrativas do Estado brasileiro, pois,

não obstante os esforços formais de integração, as relações de poder e sua configuração institucional seguem cerceadas por essa tradição e suas heranças.

Essa breve análise dos textos da política nos permitiu levantar um conjunto de questões sobre os sentidos da participação. Uma dessas questões é a constatação de que o ParticipaSUS não provocou em sua implantação um debate público sobre o que se entende por participação na saúde, ou sobre o processo participativo construído na trajetória de consolidação institucional do SUS. Consideramos também fundamental discutir o fato de que a configuração formal do ParticipaSUS demanda que os movimentos sociais e grupos de interesse vulnerabilizados estejam previamente organizados, o que não é necessariamente uma característica desses grupos. Talvez esse seja o maior desafio pretendido pela política de participação: incorporar no cenário institucional grupos tradicionalmente excluídos.

Consideramos importante discutir a evidência observada de que o foco de investimento da política está muito voltado para o componente técnico da gestão. Tal característica revela-se complicada, na medida em que não é acompanhada de intervenções que trabalhem a vinculação desses processos administrativos com as condições necessárias para viabilizar a ampliação da participação nas políticas de saúde no Brasil. Nesse sentido, entendemos que a construção de uma política que tenha por objetivo fomentar relações democráticas no sistema de saúde, ampliando a participação em seu processo decisório, precisa aproximar-se efetivamente do cotidiano vivido por usuários e trabalhadores, permitindo que o questionamento das relações de poder possa ter lugar nos espaços institucionais em que a política se materializa. Essa é, em nossa compreensão, uma condição necessária, tanto para a garantia quanto para a proposição de novos direitos na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jun. 2003.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Programa Brasil sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Programa Brasil Quilombola*. Brasília: Abaré, 2004b. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 jul. 2006a.

_____. _____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20687.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-56, 2006c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/indicadsus1.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014.

_____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Participaçãossocialemsaúde* Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf. Acesso em: 10 jul. 2008.

_____. _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. _____. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3027.htm>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.060, de 28 de novembro de 2007. Regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere a regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3060.htm>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Documento preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.588/GM, de 30 de outubro de 2008. Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2588_2008_plan_sgep2009.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde – Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2009.

_____. _____. _____. *Relatório de Gestão 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008e.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Texto-base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais Direitos Humanos e Políticas de Saúde: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008f. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/co/glb/texbaglbt.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.344, de 6 de outubro de 2009. Regulamenta as condições para a transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS, em 2009, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100741-2344?q=>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.251, de 22 de dezembro de 2009. Acrescenta municípios à portaria nº 2.344 de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. _____. _____. *Relatório de Gestão 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/homofobia/planolgbt.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.329, de 29 de outubro de 2010. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) em 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106041-3329.html?q=>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.997, de 16 de dezembro de 2010. Acrescenta municípios e valores à portaria nº 3.329/GM/MS, de 2010, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106679-3997.html?q=>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Relatório de Atividades 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202010.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão do SUS, especialmente para a implementação e fortalecimento do ParticipaSUS com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2011*. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202011.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS – SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 284-304, 2005.

OLIVEIRA, F. Da dádiva aos direitos: a dialética da cidadania. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 42-44, jun. 1994.

REIS, F. W. Consolidação democrática e construção do Estado: notas introdutórias e uma tese. In: REIS, F. W.; O'DONNELL, G. *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice, Revista dos Tribunais, 1988. p. 11-12.

SALES, T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 26-27, jun. 1994.

DIMENSÕES DA COMUNICAÇÃO E DA INFORMAÇÃO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: ENTRE MÚLTIPLOS DISCURSOS E JOGOS DE PODER*

Marina Maria

INTRODUÇÃO

O presente capítulo busca refletir sobre os espaços públicos de participação e controle social em saúde previstos na legislação brasileira, do ponto de vista, especificamente, de questões de comunicação e formas de mediações observadas nesses contextos. Antes de nos aprofundarmos em aspectos comunicacionais, faremos uma breve contextualização sobre os mecanismos estipulados pelo arcabouço legal brasileiro para promover a participação social no

*Este capítulo reúne análises decorrentes da pesquisa para dissertação de mestrado “Condições e contradições por direitos sociais e inclusão: uma análise sobre as movimentações e mediações de pessoas com deficiência em conferências de saúde”, que desenvolvi no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob a orientação de Valdir de Castro Oliveira.

Sistema Único de Saúde (SUS), no caso, os conselhos e as conferências de saúde. Em um primeiro momento, será apresentada uma discussão sobre a implantação e os sentidos da participação no SUS, destacando-se questões e marcos legais que orientam a consolidação desses espaços.

Feito esse panorama dos aspectos normativos da participação em saúde previstos na legislação brasileira, as conferências de saúde, objeto deste estudo, serão caracterizadas como espaços públicos de múltiplos discursos e mediações, com o objetivo de auxiliar na compreensão das incongruências e problemáticas que decorrem do jogo de poder e de diferentes interesses evidentes nesses espaços, observados nas práticas comunicacionais e no acesso à informação.

A pluralidade de interesses está diretamente associada à diversidade de participantes que ocupam conselhos e conferências de saúde e, por isso, cabe refletir se o direito à comunicação e o acesso à informação são efetivamente assegurados a qualquer pessoa nesses contextos. Será que todas as pessoas presentes às conferências e conselhos de saúde efetivamente conhecem o sentido e a dinâmica de funcionamento dos mesmos e, por conseguinte, conseguem de fato se expressar? Parte-se da ideia de que participar implica necessariamente ter conhecimento, sendo o acesso à informação e a garantia do direito à comunicação imprescindíveis para o exercício do direito à participação nos processos de gestão e formulação de políticas públicas de saúde. Entretanto, consideramos aqui, com base em análise empírica realizada sobre as movimentações e mediações de pessoas com deficiência em conferências de saúde realizadas em 2011,¹ a existência de barreiras de diferentes ordens quando se trata de assegurar o direito à participação, em grande parte associadas a questões comunicacionais.

¹ Foram analisadas três conferências realizadas em 2011, cada uma delas de uma esfera de governo: a XI Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizada entre 23 e 25 de setembro; a VI Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que aconteceu entre 24 e 27 de outubro; e, por fim, a XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 30 de novembro e 4 de dezembro em Brasília. Além de observados esses encontros, também foram analisados os relatórios finais de edições anteriores de cada uma dessas conferências.

O objetivo deste capítulo, que recorre a estudos desenvolvidos no campo de comunicação e saúde, é propor, mais do que uma reflexão sobre os desafios existentes relacionados à comunicação, uma possibilidade de se pensarem práticas comunicacionais baseadas na equidade e na diversidade, com base nos princípios e propósitos do SUS. Busca-se, com isso, ampliar o entendimento da participação para todos nos espaços de formulação, avaliação e monitoramento de políticas públicas que efetivamente assegurem o direito à saúde a cidadãos do país.

A REGULAMENTAÇÃO DO SUS E OS SENTIDOS DA PARTICIPAÇÃO

O reconhecimento, pela Constituição Federal de 1988, da saúde como um direito à cidadania e um dever do Estado foi fruto da Reforma Sanitária, que, conforme descrevem Vasconcelos e Pasche (2006), foi um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Tal mobilização se deu após o regime militar, em um momento de redemocratização do país, e teve como marco político a VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual decorreu um entendimento mais amplo sobre o direito à saúde que implica garantir educação, informação e participação da população na organização, na gestão e no controle dos serviços e ações de saúde (Oliveira, 2004).

A Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/1990) complementou o arcabouço legal da política de saúde no país, apresentando uma concepção ampliada de saúde e estabelecendo a criação de um arranjo organizacional do Estado brasileiro para dar suporte à efetivação dessa política, no caso o SUS. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006, p. 540), o SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para atender, de maneira funcional, às demandas por atenção à saúde, formulando e implantando a política

nacional e sendo responsável por ações promocionais, preventivas e assistenciais.

O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa (Vasconcelos e Pasche, 2006, p. 531-534). Começando pelos princípios doutrinários, temos a universalidade, a integralidade e a equidade, de maneira que, conforme adicionam Vasconcelos e Pasche, o direito à informação é requisito básico para a afirmação da cidadania, podendo ser considerado um princípio “assegurado por lei e outorgado ao cidadão usuário o domínio das informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionamentos que afetam a saúde coletiva” (2006, p. 536). Com relação às diretrizes organizativas, que imprimem racionalidade ao funcionamento do SUS, destacam-se a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, bem como a participação comunitária.

De acordo com Pinheiro et al. (2005, p. 47), o setor da saúde no Brasil é considerado pioneiro no campo das políticas sociais, por adotar tais princípios doutrinários e diretrizes organizativas, embora os mesmos autores ressaltem que ainda há dificuldades na materialização do acesso universal aos serviços e ações de saúde. Ao se tornar diretriz organizativa do SUS, a participação comunitária, regulada pela lei nº 8.142/1990 e pela própria Constituição Federal, traduziu-se na criação das conferências² e dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, além de colegiados de gestão nos serviços de saúde, assegurando que atores sociais fizessem parte desses processos com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2006, p. 537).

² Vale dizer, no entanto, que as conferências, por exemplo, já haviam sido iniciadas no governo Vargas, mas como um fórum estritamente técnico (Araújo e Cardoso, 2007, p. 26).

Breves reflexões sobre participação no SUS

Ao fazer referência à “participação da comunidade”, a lei nº 8.142/1990 suscitou um interessante debate sobre o significado de participação no contexto das políticas de saúde. Uma série de autores se aprofunda nessa discussão, entre os quais se destacam as reflexões de Acioli (2005) ao dizer que, embora pareça ser um termo de compreensão fácil, as experiências de participação no SUS são diversas, indicando distintos significados. Discutindo sentidos dessa participação, Acioli fala em “participação social”, dizendo que “não existe uma única forma de pensar a participação social, mas muitas” (Acioli, 2005, p. 294). Propõe, então, três concepções para compreender a participação social no SUS, associadas: 1) à integração de grupos marginalizados, ou seja, da população ausente ou com participação limitada nos espaços em que se dão os benefícios sociais e as decisões da sociedade; 2) ao “desenvolvimento comunitário”, buscando a participação direta de grupos sociais de caráter popular em ações de melhoria das condições de vida; e 3) à participação popular, como termo usado em contraposição a outras expressões de participação social e que se refere à expressão política de grupos representativos da sociedade civil.

Para Valla e Stotz (1989), a participação popular “envolve a participação política das entidades representativas da sociedade civil, na perspectiva de interferir ou definir a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e serviços básicos da área social, como saúde, educação, dentre outros” (Acioli, 2005, p. 296). O resgate feito por Valla sobre participação popular mostra que ela surge “para se distinguir de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho ‘correto’ para as classes populares” (Valla, 1998, p. 8), indo também além do movimento sindical partidário.

De acordo com Stotz (2009), participação significa, em caráter mais estrito e político, a democratização ou a participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios de uma sociedade. Da

mesma forma que Valla, Stotz faz um resgate histórico de definições de participação e, no contexto da saúde, ressalta que a participação social decorre das lutas que caracterizaram o período da redemocratização política, em um amplo leque de experiências e reflexões de profissionais de saúde e lideranças populares. O autor também observa o caráter limitado da definição de participação presente na Constituição de 1988, complementada pela lei nº 8.142/1990, nos seguintes termos:

[...] ao se referir às diretrizes de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), [a Constituição de 1988] menciona apenas “participação da comunidade” que, na história do Brasil, faz parte de um ideário de participação limitada. O enfrentamento dessa limitação do texto constitucional evidencia-se na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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”. Ao atribuir aos conselhos de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o texto legal retoma a perspectiva ideológica da VIII Conferência [Nacional de Saúde]. (Stotz, 2008, p. 296)

Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) também observam que, a partir da Constituição de 1988, tem havido diferentes formas de qualificar a participação em saúde – popular, política, social e da comunidade –, e que esse aspecto sinaliza compreensões diferenciadas sobre a participação, sobretudo quanto aos objetivos, objetos e sujeitos da mesma. Ao se aprofundarem nas possibilidades e desafios da participação no SUS, esses autores destacam que, nas últimas décadas, a participação no SUS tem como objetivo incluir atores historicamente excluídos nos debates em saúde:

[...] o princípio da participação social na saúde vem exprimindo o objetivo de tornar presentes no processo decisório vozes que historicamente foram silenciadas, fazendo emergir os conflitos que as submergiam no

jogo de forças que produz a invisibilidade social e a normalização daqueles que utilizam os serviços. Vozes que conclamam o direito à diferença, a alteridade dos usuários e a dignidade no atendimento às demandas dos usuários que buscam os serviços de saúde. (Guizardi, Pinheiro e Machado, 2005, p. 226)

Se nos processos decisórios em saúde tais autores falam da participação como forma de tornar presentes vozes silenciadas, as análises da pesquisa revelaram que muitas vozes continuam em silêncio em espaços supostamente participativos, em virtude, entre outros fatores, dos processos de comunicação. Tomando como exemplo as pessoas com deficiência, pode-se dizer que muitas ainda encontram formas de restrição à sua participação, a começar pela falta de recursos de acessibilidade, tanto de comunicação – para assegurar o acesso à informação e a expressão – quanto física, que possibilitem sua locomoção, com autonomia e segurança. Considerando-se o caso de muitas pessoas surdas, que não se expressam pela fala convencionada pelo senso comum, mas por suas mãos, por meio da língua brasileira de sinais (libras), nem todas as conferências de saúde analisadas disponibilizaram intérpretes para garantir a comunicação. Nesse sentido, como tais autores já antecipam, o reconhecimento das diferenças e da alteridade de usuários ainda é um desejo, evidenciando um jogo de forças que produz invisibilidade social e compromete o caráter participativo e democrático de algumas arenas políticas.

Os conselhos e as conferências de saúde como espaços públicos de múltiplos discursos

Como mencionado anteriormente, a participação comunitária na saúde, prevista pela Constituição Federal e regulada pela lei nº 8.142/1990, ocorre em duas instâncias colegiadas: as conferências e os conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e em colegiados de gestão nos serviços de saúde (Vasconcelos e Pasche, 2006, p. 537). Labra lembra que artigos relativos ao financiamento e à participação

tinham sido vetados pelo então presidente Fernando Collor de Mello na lei nº 8.080/1990, de maneira que a lei nº 8.142/1990 resultou da mobilização do Movimento Sanitário e de parlamentares aliados. De acordo com o artigo 1º dessa legislação:

O SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde; II – o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua, em caráter permanente e deliberativo, “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 de governo”. (Apud Figueiredo, 2001, p. 55)

Com isso, representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários ganharam legitimidade para ocupar esses espaços em nome de uma democracia participativa, da definição e execução da política de saúde e do anseio por apresentar suas demandas. Enquanto os conselhos passaram a ter caráter deliberativo, atuando na formulação e no controle da implantação das políticas do setor, as conferências acontecem de quatro em quatro anos, com a representação de segmentos sociais, a fim de avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde.

Antes de avançarmos na compreensão do papel das conferências no país, vale recorrer às reflexões de Telles (1999) sobre direitos sociais, baseadas em Hannah Arendt, dessa vez acerca dos espaços públicos. Para Arendt (2010), a história do mundo moderno pode ser descrita como a história da dissolução do espaço público, sendo a sociedade moderna despolitizada e marcada por uma indi-

ferença ante as questões públicas, por conta do individualismo e dos interesses privados. Ou seja, segundo a autora, essa dissolução implicou a perda de um mundo comum, de interlocução possível, por considerar que “o espaço público é o espaço do aparecimento e da visibilidade” (apud Telles, 1999, p. 40) – sendo a visibilidade o que constrói a realidade – e que “tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos”, de maneira que “ser visto e ouvido por outros é importante pelo fato de que todos veem e ouvem ângulos diferentes” (apud Telles, 1999, p. 40).

Outro aspecto definidor do espaço público para Arendt é o fato de ser construído pela ação e pelo discurso vinculados à pluralidade humana, como espaço da deliberação conjunta, mediante a qual as pessoas, na medida em que capazes de ação e opinião, tornam-se interessadas e responsáveis pelas questões que dizem respeito ao destino comum. Além disso, Arendt define o espaço público como uma “comunidade politicamente organizada”, havendo uma interação política mediada pelas leis, leis essas cujo papel é delimitar o espaço no qual a interação política se dá e que garante o direito comum à ação e à opinião, assegurando-se a todos o direito à participação na vida pública (apud Telles, 1999, p. 55-59).

Apesar de Arendt indicar uma dissolução do espaço público na modernidade, Telles (1999) ressalta que é possível falar em espaços públicos como espaços políticos nos quais os direitos podem ser pensados como linguagem política que articula práticas individuais e coletivas num espaço comum de pertencimento. Nesse sentido, consideramos aqui as conferências e os conselhos de saúde como espaços públicos, visto que são espaços de ação e discurso, de deliberação conjunta e pluralidade humana.

As análises da pesquisa evidenciam que as conferências de saúde, de fato, reúnem uma pluralidade de atores sociais atuando em defesa de seus interesses privados, em busca de que o comparecimento a elas colabore para o acesso a direitos e o reconhecimento de suas necessidades e demandas, em busca de que seus interesses sejam ouvidos, para que, com isso, suas práticas comunicacionais ganhem destaque e visibilidade.

Considerando conselhos e conferências de saúde como espaços públicos, vale ressaltar que eles são instâncias de decisão na gestão pública, e sua composição deve ser paritária, com 50% da representação assegurada aos usuários e 50%, distribuída entre trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores. Detalhando mais, os conselhos de saúde têm caráter permanente, e entre as suas atribuições estão as de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo; aprovar o plano de saúde e o orçamento setorial; acompanhar a execução da política de saúde; avaliar os serviços de saúde; e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros.

Já as conferências de saúde constituem espaços públicos de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e a condução do SUS, com a participação de diferentes atores e segmentos implicados no processo (Guizardi et al., 2004, p. 15). Segundo Guizardi et al., a diferença das conferências em relação aos conselhos de saúde é a seguinte:

Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. (2004, p. 16)

Desse modo, a participação é uma marca das conferências de saúde, que são arenas políticas caracterizadas por diferentes atores sociais e, por conseguinte, diferentes discursos na reivindicação por suas demandas específicas, de acordo com o segmento que representam, e que, de certo modo, têm em comum a defesa do direito humano à saúde. Conselhos e conferências são, então, espaços públicos de circulação de discursos dos conselheiros, em que, como diz Arendt, quem tem voz é visto.

Ao mesmo tempo, são espaços com fluxos comunicacionais e informacionais marcados por jogos de poder, silenciamentos e disputas de interesse, por visibilidade e por reconhecimento. Desse modo e com base em Araújo e Cardoso (2005 e 2007) e Oliveira (2004 e 2007) e Oliveira e Pinheiro (2010), as conferências são aqui consideradas arenas políticas marcadas por múltiplos discursos, nas quais a comunicação assume papel fundamental. Muitos dos entraves ao reconhecimento e à inclusão da diversidade de atores e de suas demandas envolvem os fluxos comunicacionais e informacionais evidentes nesses espaços, sobretudo se considerarmos o poder simbólico presente, que evidencia que não basta ser visto, mas que também é preciso ser reconhecido, aspectos aprofundados a seguir.

QUESTÕES DE COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E MEDIAÇÕES NA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

É imprescindível pensar nos fluxos comunicacionais e informacionais e nas assimetrias e mediações possíveis nos contextos de defesa do direito à saúde, sobretudo porque a participação, como princípio de constituição das políticas públicas, só se concretiza quando vozes diversas se apresentam ao diálogo como sujeitos na construção de sentidos e mundos (Guizardi, Pinheiro e Machado, 2005, p. 235). Sendo assim, a comunicação e a informação são compreendidas nas políticas públicas de saúde, especificamente nos processos de reivindicação pelo direito à saúde, e em espaços democráticos de participação e controle social.

Embora não seja o enfoque deste capítulo, existe outra dimensão da comunicação na saúde, de caráter mais instrumental, que a considera uma ação de divulgação de informação em saúde, ou seja, de transmissão linear de uma mensagem, de um emissor para um receptor, por meio de campanhas preventivas, informativos e outros recursos. Como aponta Cardoso (2007), esse viés instrumental atribui pouca importância a aspectos fundamentais em qualquer

prática comunicativa, como os contextos, as situações em que a comunicação acontece, as pessoas reais que dela participam, com suas histórias de vida, ideias, interesses, preocupações, disposições e indisposições. Partimos, então, da definição proposta pela autora de que “comunicar não é apenas passar uma informação, porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder” (Cardoso, 2007, p. 50).

Em termos de políticas públicas, Araújo e Cardoso (2007) consideram que estas só se constituem efetivamente quando saem do papel, circulam e são apropriadas pela população a que se destinam, sendo a comunicação inseparável desse processo. Nesse sentido, essas autoras afirmam que a qualidade e a natureza da comunicação são determinantes na possibilidade de sucesso da política em questão, embora seja possível adicionar outros fatores para tal sucesso, como o reconhecimento da diversidade e das especificidades dos cidadãos. Assim, para Araújo e Cardoso, a comunicação tem papel estruturante na implantação das políticas públicas e em outros processos sociais, constituindo o vetor do “poder de fazer ver e fazer crer” (2007, p. 22), ou seja, do poder simbólico descrito por Bourdieu, e que as autoras explicam da seguinte maneira:

[...] quando alguém ou um grupo, por determinadas variáveis, consegue que seu ponto de vista sobre um aspecto da realidade seja mais aceito como verdade do que outros, terá ampliado suas chances de orientar o investimento público no setor, ou seja, influenciar as políticas públicas. (Araújo e Cardoso, 2007, p. 23)

Pensando os conselhos e as conferências de saúde como processos sociais que compõem as políticas públicas desse setor, no qual está envolvida uma multiplicidade de atores e segmentos representados em defesa de interesses diferentes, é um desafio fazer que um ponto de vista seja aceito como verdade e que, com isso, se obtenha mais atenção e investimento público, influenciando políticas públicas. Isso se deve em grande parte ao fato de os fluxos

comunicacionais serem marcados por obstáculos e, por sua vez, serem determinantes no funcionamento e na efetivação dos espaços de controle social e participação em saúde.

Reflexões sobre comunicação e informação nos espaços de participação e controle social em saúde

Consideraremos agora análises sobre obstáculos e desafios em relação ao controle social e à participação no SUS do ponto de vista da comunicação e da informação. Começamos por Oliveira, que avalia que tais obstáculos contribuem para que espaços com esse propósito se tornem “meras instâncias homologatórias das decisões dos gestores e reiterando a verticalidade do poder na área de saúde em contradição com os princípios democráticos que nortearam a sua criação” (2007, p. 30), perdendo o caráter participativo e de intervenção da sociedade nas políticas públicas da saúde. Isso porque, conforme ressalta ao analisar a prática cotidiana dos conselhos de saúde, há variáveis que dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados, perpassando a comunicação, as quais sintetiza nas seguintes hipóteses:

[...] a) as profundas desigualdades materiais e simbólicas da sociedade se reproduzem no interior dos conselhos reiterando a verticalidade do poder e dificultando a comunicação entre os seus membros e, por consequência, a prática do controle público; b) sem um melhor entendimento sobre as questões inerentes à hipótese “a” e, sem entender claramente o impacto que elas têm na dimensão cognitiva e comunicacional no cotidiano dos conselhos e respectivos conselheiros, dificilmente conseguiremos entender as razões que travam o funcionamento dos conselhos. (2007, p. 31)

Com isso, é possível identificar que há aspectos que dificultam a comunicação entre os membros dos conselhos, relacionados às desigualdades materiais e simbólicas da sociedade reproduzidas nesse contexto, o que se confronta com o ideário participativo e de controle social. Essa controle social, também chamado por Oliveira

de “controle público” ou *accountability*,³ refere-se, em síntese, à possibilidade de cobrar publicamente comportamentos geradores de transparência.

No entanto, como prática recente no país, a efetivação do controle público encontra dificuldades nos conselhos. De um lado, em consequência das assimetrias cognitivas que comprometem a compreensão sobre o que consiste o exercício do controle social; de outro, em virtude da existência de conselheiros em geral, representantes do governo ou do sistema privado, que toleram esses espaços apenas por serem previstos institucionalmente. De modo geral, há também diferentes níveis de informação dentro dos conselhos e na sociedade quanto às atribuições que cabem a conselheiros de saúde, o que também dificulta o exercício da participação e do controle social. Ao mesmo tempo,

[...] “o poder” e “o saber” (que inclui conhecimento e informações) são faces de uma mesma moeda. Cada vez mais, o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação, que amplia a capacidade argumentativa em espaços conquistados de participação. (Moraes et al., 2009, p. 880)

Além disso, outros entraves estão também associados ao que Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) chamam de “jogos de força”, e que, de forma convergente, Oliveira (2007) denomina de “jogos de poder”, que, direta ou indiretamente, envolvem a comunicação. Ao analisar os conselhos, as relações e as práticas discursivas de seus membros, Oliveira (2007, p. 34) considera que, como instância de

³ Para Oliveira, o controle público consiste em um fenômeno político que é “parte constitutiva do espaço político onde um ou vários atores sociais têm a possibilidade de cobrar publicamente de outros (instituições, organizações empresariais, autoridades ou das lideranças políticas) comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ou coletivo. [...] Significa que autoridades e instituições públicas podem ser publicamente interpeladas, questionadas, cobradas, estando, portanto, obrigadas a prestar contas de seus atos diante dos outros atores sociais” (2007, p. 32).

poder, os conselhos tornam-se alvos de disputas político-partidárias e, em muitos casos, são ocupados por militantes partidários que o transformam em arena de embate. Por conseguinte, acabam defendendo interesses político-partidários como se fossem sinônimos de interesse público da saúde.

O autor também aponta para o fato de que os militantes partidários, mais preparados discursivamente, acabam dominando o “ambiente e fazem calar as vozes dos não militantes ou dos representantes populares não tão bem preparados, discursivamente, principalmente nas cidades do interior onde se situa a maioria dos conselhos” (Oliveira, 2007, p.34).

Em função disso, outras vozes silenciam. O autor destaca ainda o que chamou de “atrofia comunicacional” dentro dos conselhos, quando ocorre a cooptação de um conselheiro usuário ou trabalhador por um gestor, fato muito comum em municípios do interior, nos quais predomina a política clientelista. Também é comum ocorrerem ameaças e retaliações de conselheiros gestores em relação aos outros segmentos, estabelecendo relações de autoritarismo e elitismo que caracterizam a cultura política do país e se materializam nesses espaços (Guizardi, Pinheiro e Machado, 2005, p. 233), interferindo nos fluxos comunicacionais dos conselhos como forma de silenciar qualquer tipo de dissonância política.

Na prática, conforme descrevem Guizardi, Pinheiro e Machado (2005, p. 236), se a participação é a política entendida como liberdade, alteridade e emancipação, essas assimetrias simbólicas e cognitivas, descritas por Oliveira como características dos conselhos, impedem que a convergência da comunicação e da informação seja adequadamente direcionada para os princípios éticos e democráticos do controle público, ou mesmo como previsto na legislação do SUS. Não se propicia, assim, que a participação seja o diálogo de vozes diversas (Guizardi, Pinheiro, Machado, 2005), de sujeitos oriundos de diferentes lugares de interlocução (Araújo e Cardoso, 2005) na construção de sentidos e mundos. Resulta disso que os conselhos vivenciam uma situação de permanente incomunicação,

deixando prevalecer apenas as vozes do poder e relativizando, assim, a sua importância como instância de debate e de decisão política (Oliveira, 2007, p. 38).

Todavia, vale lembrar que há milhares de conselhos de saúde espalhados pelos municípios e estados do país, com diferentes experiências de comunicação e informação e que, não necessariamente, condizem com os aspectos aqui destacados. Nesse contexto, o que precisamos entender é que os conselhos, e, pode-se dizer, também as conferências de saúde, são espaços discursivos cujas práticas estão diretamente vinculadas à localização social dos interlocutores e às suas respectivas competências culturais, políticas e simbólicas. São, então, arenas políticas marcadas por múltiplos discursos, uma diversidade de atores sociais e diferentes formas de fala, escuta, fluxos comunicacionais e informacionais e de níveis de saber, que podem tanto reiterar um poder vertical, quanto proporcionar relações mais horizontais, democráticas e comprometidas com o interesse coletivo.

Os princípios do SUS para a comunicação no contexto da saúde

Ao mesmo tempo em que se reconhecem impasses em conselhos e conferências de saúde, a comunicação tem papel estruturante para as políticas públicas e não se dissocia da noção de direito, conforme dito anteriormente. Pensada a partir dos princípios do SUS, ganha outra dimensão no aperfeiçoamento do sistema público de saúde e na participação efetiva das pessoas na construção dessa possibilidade, o que pode colaborar para uma situação diferente da descrita acima quanto às práticas comunicacionais nos conselhos de saúde.

Nesse sentido, é importante pensar a doutrina do SUS como um possível eixo balizador da prática comunicativa, considerando-se assim os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, e os princípios organizativos de descentralização, hierarquização e participação. Para tanto, com base nas reflexões de Araújo e Cardoso (2007, p. 62-85), destacamos brevemente, a seguir,

a contribuição dos princípios doutrinários ao entendimento e à prática da comunicação no contexto da saúde:

1) **Universalidade:** conceito fundador do SUS, pelo qual se considera a saúde um direito de todos, o que implica dizer que a comunicação também é um direito de todos. Historicamente, no contexto das instituições de saúde, a população ocupou o lugar de receptora da comunicação institucional; mais recentemente, em consequência das iniciativas de democratização, a comunicação tem ganhado novas roupagens. É possível identificar reivindicações pelo acesso ampliado às informações para o exercício do controle social – e às informações mais usuais, relacionadas à prevenção e aos serviços de saúde – pela participação da população, não apenas como destinatária das informações, mas como interlocutora no desenvolvimento de ações e pela transparência da gestão. De acordo com Araújo e Cardoso, “apropriar-se de algo é tornar este algo próprio e isto só é possível na medida em que o dispositivo de comunicação é adequado aos seus destinatários” (2007, p. 63). Contudo, medidas que assegurem acessibilidade raramente são consideradas pelos órgãos de saúde ou por outros setores. Com isso, diferentes grupos sociais são discriminados nos processos de participação, por exemplo, por conta da falta de acessibilidade física e comunicacional nos espaços. Isso reforça a constatação de que o direito à comunicação no contexto da saúde está longe de ser para todos ou de reconhecer a polifonia social evidente no país, em referência ao conceito de Mikhail Bakhtin, citado por Araújo e Cardoso (2007, p. 56).

2) **Equidade:** esse princípio aponta para as diferenças de condições de vida e saúde e das necessidades das pessoas, chamando atenção para a importância de que se trate diferentemente os desiguais, considerando-se que o direito à saúde deve atender à diversidade. Para a comunicação, esse princípio evoca a importância de contextualizar cada caso e, com base na produção social dos sentidos, Araújo e Cardoso (2007) dizem que a capacidade de comunicar é a capacidade de contextualizar. Daí o entendimento de que as pessoas se relacionam

em espaços com um número de pré-construídos que, por conseguinte, trazem relações de poder, condições de vida, saberes e outros aspectos determinantes para a maneira pela qual vão participar da comunicação. Os contextos, segundo essas autoras, estão em constante movimento e transformação, e afetam diretamente o acesso das pessoas às informações e a sua apropriação dos produtos comunicacionais. Na prática, relações desiguais e de poder ficam evidentes não só nas instituições, mas nos espaços de participação em saúde, conforme descrito com base em Oliveira (2007). Não há condições iguais para falar e ser ouvido: são espaços marcados pela centralização e por práticas autoritárias. Esse contexto levou as autoras a descreverem que, na comunicação, o não reconhecimento da diversidade determina posições centrais e outras periféricas.

3) Integralidade: reconhecendo não ser uma tarefa simples a de pensar a relação entre comunicação e integralidade, Araújo e Cardoso (2005) destacam, como dimensão importante da integralidade, a oposição à fragmentação e à desarticulação entre os níveis da atenção à saúde e também à especialização, iniciada no processo de formação. Trazida para o contexto comunicacional, a integralidade permite compreender a comunicação como espaço de produção social dos sentidos, de circulação e apropriação de bens simbólicos (ideias, opiniões, conhecimentos, sentimentos, entre outros), ou seja, um processo que contempla a formação dos sentidos sociais como um todo. Araújo e Cardoso apresentam como definição para a comunicação o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais, e consideram a estratégia de comunicação o modo pelo qual se ativa algum fragmento desse circuito, em espaços de negociação que remetem ao mercado simbólico.

A perspectiva dos princípios do SUS aplicada à comunicação e à informação nos leva a supor que, se tal aplicação ocorresse nas ações e interações evidentes nesses espaços participativos, encontraríamos fluxos comunicacionais e informacionais que levassem em consideração a pluralidade de atores, a polifonia social e os múltiplos discursos, ao contrário do que foi descrito anteriormente. O que ocorre, no entanto, é que diferentes fatores comprometem a

sintonia entre tais princípios e as práticas discursivas, sendo essa sintonia ainda um grande desafio para o SUS.

Mediações na saúde: quando nem sempre se tem voz

As mediações têm sido utilizadas como categoria de análise para diferentes estudos de comunicação e podem ser oportunas para se pensar os espaços de participação e controle social em saúde e os seus complexos fluxos comunicacionais e informacionais. Jesús Martín-Barbero, teórico precursor do conceito de mediações no âmbito dos estudos de comunicação na América Latina, inova ao propor um deslocamento do olhar dos meios de produção para a maneira como as pessoas se relacionam com esses meios. Enfatizando o interesse na relação entre as pessoas decorrente do conceito de mediação, reflexões acerca das mediações colaboram para a análise das conferências e dos conselhos de saúde, na medida em que estamos falando de espaços marcados por diferentes formas de articulação, ocupação e relacionamento com o outro e com o contexto.

Segundo Signates (2006, p. 60), Martín-Barbero é o autor de maior influência nos estudos de recepção realizados na América Latina e no Brasil no que diz respeito ao entendimento do conceito de mediações, retomando uma abordagem aplicada à cultura, embora não tenha trabalhado rigorosamente na sua delimitação conceitual. Com base nele, Signates (2006) destaca que mediação não significa intermediação, muito menos filtro ou intervenção. Entre as possibilidades de definição, propõe a mediação como “discursividade específica” que absorve formas diversas de apresentação. E, ainda, como “prática social vinculatoria de estruturas” categoricamente diferenciadas ou “prática cultural que absorve diferentes discursividades” (Signates, 2006, p. 65). Partindo-se dessas definições, as conferências de saúde, apesar dos impasses de comunicação e jogos de poder evidentes, podem ser consideradas espaços de mediações, levando-se em conta as discursividades diversas das pessoas que delas participam, e as práticas sociais e culturais que decorrem de suas trajetórias e contextos.

Signates (2006) também menciona a busca de Orozco Gómez por desenvolver tal marco conceitual, ressaltando que esse autor propõe uma perspectiva da múltipla mediação, considerando que “a mediação se manifesta por meio de ações e do discurso, mas nenhuma ação singular ou significado particular a constitui como tal” (2006, p. 67). E, mais uma vez, considerando as conferências e os conselhos de saúde, ações e discursos se evidenciam nesses espaços de diferentes formas, a fim de que uma variedade de reivindicações, denúncias e demandas ganhe, de algum modo, visibilidade, a fim de que essas sejam consideradas nas propostas finais, destinadas a servirem como diretrizes na formulação de políticas públicas na área.

A ideia de alteridade como parte do entendimento sobre a comunicação enquanto processo multidimensional, em detrimento do entendimento unidimensional sugerido pelas teorias positivistas de comunicação, também se faz presente em estudos de mediação. No caso da mídia, a mediação estaria relacionada às mensagens (textos, imagens, signos) que um veículo põe em circulação e que são interpretadas e reinterpretadas pelos possíveis destinatários, de diferentes maneiras, à luz de suas práticas sociais e discursivas próprias ou de seus contextos específicos. No contexto de um estudo sobre comunicação e informação nos espaços de participação em saúde, as mediações se evidenciam a partir do que suscitam suas formas de circulação, da troca de informação, das movimentações, discursividades e contextos associados às pessoas participantes entre conselheiros e delegados.

Retomando autores que discorrem sobre mediações, Oliveira⁴ destaca as contribuições de Paulo Freire (1971) em seu estudo sobre a educação como prática da comunicação. Segundo Oliveira, Freire entende que a essência da comunicação é a mediação, e que ela é uma prática social e cultural atravessada por diferentes ordens de

⁴ Algumas das reflexões apresentadas aqui foram resgatadas de notas de aula da disciplina “Saúde, mídia e mediações”, ministrada por Valdir de Castro Oliveira, em 2010, no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), indicando diferentes perspectivas e contribuições para o entendimento do conceito de mediação.

poder, principalmente quando se trata de ambientes marcados por relações sociais assimétricas, como acontece na sociedade brasileira. Para Freire, é por meio das práticas discursivas que se manifestam as práticas de poder que delimitam os lugares dos interlocutores nos atos comunicativos.

Os processos comunicacionais são determinados para construir as teias de significados e de poder na linguagem, valorizando determinados sentidos e saberes em detrimento de outros, ou impondo silêncios, lacunas, interpretações e formas de interdição das práticas discursivas. Com isso, ainda segundo Oliveira, o conceito de mediação não pode ser reduzido a simples instrumento de transmissão dos fluxos sógnicos. Deve ser visto, em vez disso, como parte dos atos de poder e funcionando como uma instância ordenadora de discursos socialmente autorizados ou competentes, de forma que a mediação não se faz fora de determinadas relações de poder. Portanto, os processos comunicativos são profundamente ligados à ação social em um contexto de conflitos, busca ou reiteração de valores sociais. Isso significa que o conceito de mediação nos possibilita compreender melhor as ações dos movimentos sociais, as ações coletivas e comunitárias e os processos de construção das identidades sociais com base em suas condições de enunciação.

Considerando-se essa perspectiva da mediação marcada por diferentes ordens do poder que interferem nas práticas discursivas, quando tratamos de espaços de participação e de controle social em saúde, é possível observar não apenas processos de comunicação não necessariamente marcados pelas formas convencionais de circulação de mensagens, movimentações e de reivindicação por direitos, mas também a presença de pessoas com diferentes níveis de experiência, interação e conhecimento acerca das normas e dinâmicas da gestão participativa, conforme já foi aprofundado. E a garantia de processos efetivamente participativos e da participação como um aspecto fundamental para a defesa do direito à saúde, nos moldes do que consta na legislação brasileira, está diretamente relacionada ao reconhecimento dessa diversidade de vivências e das especificidades de seus membros.

Como exemplo, há atores que não apresentam os seus discursos por vozes, do mesmo modo que não interagem e acessam outros enunciados pela escuta – expressam-se por suas mãos, símbolos, cadeiras, bengalas e corpos –, ou não usam imagens, informativos e panfletos impressos em tinta para disseminar conteúdos sobre os movimentos que representam ou para reivindicar apoio na defesa de seus direitos, ou, ainda, que são silenciados geralmente pela falta de recursos mínimos que assegurem seu acesso à informação, seu direito à comunicação e à participação, porque não são sequer lembrados como sujeitos de direito à participação, entre outros tantos direitos.

Esse aspecto fica evidente quando analisamos os vídeos de divulgação de informação e convocação para que os conselheiros de todo o país participassem da XIV Conferência Nacional de Saúde, disponíveis no sítio do Conselho Nacional de Saúde.⁵ No caso do vídeo de pronunciamento do ministro da Saúde Alexandre Padilha, anunciando a realização do encontro, há apenas a disponibilização de legendas em português. Em outro vídeo, o mesmo ministro e a coordenadora-geral dessa conferência, a conselheira nacional de Saúde Jurema Werneck, falam sobre a importância das etapas municipais e estaduais para a conferência e convidam todos os brasileiros a participarem do evento. Nesse caso, no entanto, nem ao menos a legenda em português é disponibilizada e, além disso, Jurema Werneck enuncia em seu discurso uma série de identidades convocadas a participar do processo, como reproduzido a seguir:

Você do campo, da cidade, das florestas, das águas, quilombolas, mulheres e homens negros, brancos, ciganos, indígenas, lésbicas, *gays*, transexuais e travestis, brasileiras e brasileiros, sejam todas e todos bem-vindos na XIV Conferência Nacional de Saúde (CNS). A XIV CNS é um marco na história das lutas pela saúde pública no país. [...] Nesse momento, você tem a oportunidade de contribuir com a saúde da sua cidade, do seu estado, do seu país. Participando ativamente do processo da XIV

⁵ Ver: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2013.

CNS, você ajuda a melhorar o Sistema Único de Saúde; a fortalecer o SUS e a garantir que ele continue sendo uma política pública acessível a todas e todos, cumprindo um direito que é seu, garantido pela Constituição. Lutar pela sua saúde, a saúde de todas e todos, é exercitar a democracia participativa e permitir que as riquezas produzidas por brasileiras e brasileiros sejam devolvidas na forma de uma política pública de todos e para todos, com qualidade e no tempo necessário. Para colaborar com a sua participação, preparamos um documento para orientar os debates e as suas reflexões. Ele está disponível na internet e nos conselhos de saúde. Conheça esse documento, dialogue sobre as questões que ele traz. [...] Não perca esta oportunidade. Todas e todos usam o SUS e podem utilizá-lo e defendê-lo cada vez mais. [...] Nós do Conselho Nacional de Saúde desejamos a você sucesso nas etapas municipais e estaduais e, em dezembro, aguardamos você na etapa nacional da XIV Conferência Nacional de Saúde.⁶

No entanto, como é possível observar no trecho transcrito acima, entre as múltiplas identidades descritas, não se fala em pessoas com deficiência, e menos ainda são asseguradas medidas para que essas pessoas acessem tal conteúdo. Vale dizer que há infinitas possibilidades de segmentos populacionais e movimentos sociais identitários que poderiam ser mencionados. E, de certo modo, a ausência de citação de determinados grupos aponta para o não reconhecimento desses atores e, por conseguinte, de suas formas de mediações, ainda que, na prática, tenha sido identificada na XIV Conferência Nacional de Saúde uma grande mobilização por parte da comissão organizadora no sentido de assegurar a participação de pessoas com deficiência, por exemplo.

A análise dos processos comunicacionais e das práticas discursivas dessas pessoas nas diferentes atividades que as conferências de saúde observadas ofereceram, além da forma pela qual os espaços se organizaram para recebê-las e da maneira pela qual os participantes

⁶ Ver: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 16 jan. 2013.

sem deficiência as perceberam, mostra que, embora a pluralidade evidente nesses espaços em geral seja proclamada por gestores e participantes como um valor, o reconhecimento da alteridade dos indivíduos e suas demandas ainda é uma reivindicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentamos, neste capítulo, colaborar com reflexões sobre o entendimento das conferências e conselhos de saúde como espaços de múltiplos discursos, jogos de poder e mediações, nos quais as práticas comunicacionais e informacionais dos atores sociais envolvidos ganham papel estratégico no reconhecimento e na reivindicação de direitos. Para tanto, destacamos análises originadas em minha pesquisa de mestrado e de autores de diferentes campos – comunicação, saúde coletiva e comunicação e saúde, por exemplo –, evidenciando impasses nessas arenas políticas que comprometem uma gestão efetivamente participativa e que passam, necessariamente, por questões de comunicação e acesso à informação.

Ainda que esses impasses sejam notados nessas arenas políticas, o fato é que a pluralidade humana da qual fala Arendt (2010) se faz presente nesses contextos, representada por diferentes setores e movimentos sociais e identitários que na verdade evidenciam participações no plural. A diversidade de segmentos possibilita a apresentação e a identificação de interesses privados e demandas de saúde, de acordo com os grupos identitários que ocupam esses espaços. Se, por um lado, essa pluralidade tem o potencial de enriquecer o debate político e contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde mais amplas, que, ao mesmo tempo, levem em consideração especificidades dos cidadãos; por outro, as disputas que decorrem da discrepância no nível de informação e no exercício do direito à comunicação têm resultado em processos participativos ainda excludentes, marcados por invisibilidades e silenciamentos.

Com isso, observa-se que algumas reivindicações obtêm maior circulação e visibilidade nesses espaços de participação, sendo

incorporadas e priorizadas nos relatórios finais de conferências de saúde, ao passo que outras, menos vistas ou associadas a segmentos populacionais de menor representação ou conhecimento das dinâmicas políticas dessas arenas, são desconsideradas.

Embora seja um assunto relevante, não cabe, neste momento, problematizar se a presença de propostas em relatórios finais de conferências de saúde acarreta, de fato, o seu uso como referências para a formulação e a implantação de políticas públicas nesse setor. O que vale ressaltar é que nem todas as pessoas presentes conseguem efetivamente exercer o seu direito à participação ou o poder simbólico de serem vistas e, conseqüentemente, lembradas. Por essa razão, o resgate dos princípios do SUS se faz oportuno na tentativa de assegurar, sobretudo, a equidade nesses processos de gestão participativa. A análise sobre a participação de pessoas com deficiência em conferências de saúde realizadas em 2011 é uma prova disso e de que uma série de contradições caracteriza esses espaços participativos de avaliação e formulação das diretrizes de saúde.

Assim, espaços que deveriam assegurar a participação para qualquer cidadão não são plenamente para todos, nas perspectivas da integralidade, da universalidade e da equidade que propõe o SUS, a começar pelo não reconhecimento da multiplicidade de discursividades, práticas comunicacionais e níveis de informação sobre parâmetros da gestão participativa.

Espaços de participação que reconheçam a alteridade na defesa do direito à saúde devem garantir a equidade de oportunidades e de formas de participação, reconhecendo a importância de promover o acesso à informação e o direito à comunicação, de acordo com a diversidade de cidadãos presentes. Os fluxos comunicacionais marcados pela pluralidade de interesses privados e discursividades não podem, nesse sentido, comprometer o reconhecimento da diversidade como um valor, mas devem ser apresentados com o fim maior de garantir, de forma universal, o direito humano à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj-Abrasco, 2005. p. 293-303.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. Circulação polifônica: comunicação e integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj-Abrasco, 2005. p. 239-251.

_____. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARENDT, H. *A condição humana*. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0013_M.pdf. Acesso em: 2 out. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. XIV Conferência Nacional de Saúde. *Pronunciamento da XIV Conferência Nacional de Saúde*. In: YOUTUBE. Vídeo, 2:08'. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=uq8Qg5d8WUY&NR=1>. Acesso em: 13 jul. 2011.

CARDOSO, J. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 45-55.

CÔRTEZ, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-127. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/livro_participacao.pdf. Acesso em: 2 out. 2011.

FIGUEIREDO, J. E. S. A. *Comunidade cívica, capital social e conselhos de saúde no estado do Rio de Janeiro*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

_____; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30994.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

_____; _____. MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj-Abrasco, 2005. p. 225-238.

LABRA, M. E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-203. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/livro_participacao.pdf. Acesso em: 20 jan. 2012.

_____. *Existe uma política de participação e controle social na saúde?* Contribuições para um debate urgente. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/file/PAPER_POL%C3%8DTICA_PARTICIPA%C3%87%C3%83O_E_CONTROLE_SOCIAL.pdf. Acesso em: 20 jan. 2012.

MARTÍN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

MORAES, I. H. S. et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/23.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2011.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.455-2.464, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500020&script=sci_arttext. Acesso em: 2 maio 2011.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, maio-ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/06.pdf>. Acesso em: 2 maio 2011.

_____. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 29-43.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? In: _____; MATTOS, R. A. (org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj-Abrasco, 2005. p. 11-27.

SIGNATES, L. Estudo sobre o conceito de mediação e sua validade como categoria de análise para os estudos da comunicação. In: SOUZA, M. W. (org.). *Recepção midiática e espaço público*. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 55-79.

STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 293-298. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>. Acesso em: 4 dez. 2011.

TELLES, V. S. *Direitos sociais: afinal do que se trata?* Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1322.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.. Participação popular e saúde. Rio de Janeiro: Cepel; Petrópolis: CDDH, 1989.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

SUS, GESTÃO PARTICIPATIVA E EQUIDADE

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Gustavo Corrêa Matta

INTRODUÇÃO

Conformado legalmente pela Constituição de 1988, o desenho do Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo de lutas sociais no contexto de resistência à ditadura em nosso país, e, evidentemente, carrega consigo as bandeiras de transformação social que sustentavam os movimentos da época. Como nos aponta Baptista:

O SUS foi peça-chave no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população [...]. (2007, p. 51)

O projeto desse sistema de saúde tem como valores os princípios de universalidade, equidade e integralidade e se organiza seguindo as diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. Esses princípios e diretrizes, indicados na Constituição e nos documentos e legislações relativas à saúde, constituem o fundamento filosófico e organizacional do sistema e definem as bases para a construção das políticas de saúde.

Propostas a partir de ideais e concepções datadas historicamente, os princípios e diretrizes do SUS, no entanto, têm sentidos difusos e permitem grande polissemia. As variadas conjunturas por que passou o país durante esses mais de 25 anos desde que a Constituição foi aprovada, tendo passado por diferentes gestões governamentais, bem como as práticas e concepções de profissionais e usuários no interior dos serviços de saúde, vão configurando e reconfigurando seus significados e, conseqüentemente as expectativas em relação à construção da atenção em saúde no Brasil.

Este texto pretende trazer alguns elementos para problematizar a noção de equidade e a concepção de participação social que vêm sendo construídas no interior do SUS nos últimos anos, tomando como analisador algumas ações propostas pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). Para tanto, iniciamos introduzindo uma breve discussão sobre a noção de equidade e os diferentes sentidos que ela pode tomar. Em seguida, problematizamos o aparecimento desse conceito nas ações propostas pelo ParticipaSUS, analisando a teia de relações que se institui entre equidade e participação social no SUS.

ANALISANDO O PRINCÍPIO DE EQUIDADE

Diferentemente dos princípios de universalidade e integralidade, que se constituíram em bandeiras do movimento brasileiro de Reforma Sanitária, a noção de equidade não aparece nos textos fundacionais do SUS e só algum tempo depois surge como norteador das políticas de saúde em documentos e textos acadêmicos (Escorel, 2001).

Como aponta Matta (2007), o momento histórico da institucionalização do SUS, marcado pelo processo de luta pela redemocratização do país, é atravessado pela efetivação das noções de igualdade e cidadania para toda a população brasileira. Assim, também no campo da saúde esses conceitos apareciam como fundamentais, não ficando tão explícita a discussão da ideia de equidade tal como apareceu na década de 1990.

O princípio da equidade surge, justamente, no espaço das diferenças. Sua discussão levaria a reconhecer a pluralidade da condição humana, com a conseqüente diversidade das suas necessidades, e a atentar para as iniquidades das condições sociais, planejando políticas e ações para reduzi-las. A ideia de equidade, portanto, complexifica a noção de igualdade, comprometendo-se com a máxima: “a cada um segundo a sua necessidade”. Nesse sentido:

A preocupação da equidade, no que se refere à saúde e ao projeto de sociedade que o SUS expressa, coloca o problema da distribuição de recursos, insumos e serviços [...]. O problema da equidade e igualdade está em estabelecer um juízo de valor para eleger critérios de distribuição, classificando pessoas ou populações e estabelecendo modos de distinção. (Matta, 2007, p. 69-70)

Como se pode perceber, a questão da equidade está historicamente relacionada à noção de justiça. Justiça social e individual entre os membros de uma sociedade que, de alguma forma, vivem sobre a necessidade de construção de direitos e regras comuns. Segundo Rawls (1997), a cooperação entre sujeitos e grupos sociais gera não apenas uma identidade de interesses, mas também, ao mesmo tempo, conflitos. Identidade de interesses, uma vez que a vida em sociedade possibilitaria uma vida melhor para todos em vez de cada indivíduo viver a partir de seus próprios meios. Já o conflito se instala socialmente no momento da distribuição dos recursos gerados pela colaboração mútua e pela participação de cada um no processo de produção.

Podemos encontrar elementos dessa gestão das necessidades e da justiça pela equidade em Rousseau e Hobbes, além da crítica à iniquidade produzida pelo capital e pelos diferentes interesses das classes sociais em Marx. A discussão da noção de equidade e seus sentidos vai ganhando densidade, complexidade e especificidades que ultrapassam a questão da distribuição de recursos, voltando-se para a distribuição de poder e o reconhecimento de necessidades e diferenças, como nos casos dos debates sobre as questões de gênero, etnias e ambiente. É justamente no espaço das diferenças que surge a necessidade de classificá-las, mensurá-las e regulá-las.

Nesse ponto, Michel Foucault (2008) nos ajuda a problematizar essa discussão. Seguindo as trilhas abertas pelo autor em seus estudos sobre biopolítica e “governamentalidade”, as sociedades modernas não são apenas um espaço de reprodução e disciplinarização, mas de produção de poderes, por meio da normalização dos indivíduos e das populações. Ou seja, os modos ou as estratégias de governo são dispositivos para circulação e produção de formas de normalização e disciplinarização dos sujeitos, bem como de produção de resistências e disputas. Os procedimentos, análises, cálculos e táticas são elementos centrais do governo das populações, tendo como prática discursiva exemplar a economia política. É nesse enquadre que a questão da equidade se tornaria uma preocupação estatal e, conseqüentemente, dos governos e dos sujeitos sobre os modos de distribuição e conservação das riquezas e do poder.

Ainda por outro viés de análise, é preciso ressaltar que alguns autores apontam as orientações do Banco Mundial para as políticas sociais nos anos 1990 como importantes disparadoras das discussões em torno do conceito de equidade em relação às políticas sociais, identificando essa noção com propostas de políticas compensatórias das desigualdades acirradas com a difusão da lógica neoliberal na década anterior. Sobre o assunto, dizem Rizzotto e Bortoloto:

Por meio de políticas sociais, o Estado deveria assumir o desafio de corrigir as desigualdades existentes, sem

realizar qualquer ruptura com princípios liberais clássicos, como a garantia de propriedade. A equidade, nessa perspectiva, contribuiria para a reprodução ampliada da nova ordem do capitalismo, uma vez que o conceito se pauta em uma concepção de justiça cujo princípio se refere ao acesso aos “mínimos sociais”, a fim de garantir a sobrevivência e a reprodução da força de trabalho nas novas condições de flexibilização, precarização e desregulamentação. (2011, p. 794)

Seguindo essa lógica, sem colocar em questão de maneira mais ampla o funcionamento social ou a destinação dos recursos públicos, a inserção da noção de equidade na construção de políticas de saúde tende a assumir como inevitável e, portanto, desejável, o desenvolvimento de programas focalizados de saúde que representem ganhos com a extensão do acesso a populações desfavorecidas (Stotz e Araújo, 2004).

Esse movimento se institucionaliza mais recentemente com a publicação do relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2006 do Banco Mundial, que enfatiza, em seu subtítulo, problemas da equidade e desenvolvimento (Banco Mundial, 2005). O relatório está dividido em três partes. Na primeira, há um esforço em evidenciar as iniquidades dentro dos países e entre países, por meio de uma estratégia de quantificação da desigualdade, numa operação de construção de indicadores e de comparação transnacional dos mesmos. Na segunda, são discutidos os efeitos da ausência de equidade em mercados chamados “imperfeitos” e suas repercussões sobre a desigualdade de oportunidades e sobre as instituições. E finalmente, na terceira e última parte, o relatório dá clara ênfase à necessidade de investimento nas pessoas, em seu empoderamento, mediante políticas específicas para a primeira infância, aumento da escolaridade e melhor distribuição das terras e consequente na redução da pobreza. O relatório concluiu que a iniquidade leva ao desequilíbrio político e econômico dos países, sendo necessária uma maior “neutralidade” dos mercados para dar oportunidade

aos países em desenvolvimento de participarem da economia global, reduzindo, assim, as instabilidades na circulação do capital internacional. Nesse sentido, de acordo com o relatório, a equidade é peça-chave para o desenvolvimento social e econômico global.

A equidade é definida em termos de dois princípios básicos. O primeiro é o princípio de oportunidades iguais: as conquistas na vida de uma pessoa devem ser determinadas principalmente por seus talentos e esforços, e não por circunstâncias predeterminadas como etnia, gênero, história social ou familiar ou ainda país de nascimento. O segundo princípio é a prevenção de privação de resultados, especialmente em saúde, educação e níveis de consumo. (Banco Mundial, 2005, p. vii)

O governo das iniquidades proposto globalmente pelo Banco Mundial parece indicar um processo de normalização das populações e dos sujeitos por meio de políticas inclusivas e focais, e não, necessariamente, identificando as causas da desigualdade estrutural entre países e em cada país. Os sujeitos necessitariam de acesso às oportunidades que os mercados “imperfeitos” impediram, como saúde, educação e terra. A perspectiva transcultural adotada pelo relatório impede o reconhecimento da complexidade e da diversidade das iniquidades presentes em cada país e no mundo.

A noção de equidade, entretanto, merece um olhar mais cuidadoso, posto que a forma como é interpretada e incorporada às políticas pode produzir diferentes relações com as populações desfavorecidas e desenhos diversos de políticas sociais e, mais especificamente, de atenção à saúde dirigida a elas.

Vale ressaltar que a noção de equidade pode se acoplar também a outras lógicas e produzir efeitos distintos. Como nos chama atenção Campos, “o sentido e o significado do termo equidade se modificam conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social a que cada discurso se refere” (2006, p. 26), o que implica a necessidade de se colocar em tela o princípio de equidade no SUS e como ele vem sendo utilizado

na configuração das políticas de saúde e das práticas no interior do sistema de saúde brasileiro.

Deve-se observar, ainda, que a questão da equidade não pode ser simplificada e identificada apenas com um critério técnico de priorização de segmentos populacionais em decorrência de dados epidemiológicos ou de distribuição de renda. É preciso incorporar à questão a sua dimensão política e problematizar as estratégias na formulação de políticas e prioridades em saúde (Matta, 2007). Para além de reconhecer a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade deve trazer “o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social, expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país” (Matta, 2007, p. 70).

Em outras palavras, pensar e agir sob a orientação do princípio da equidade requer o envolvimento dos sujeitos e grupos sociais na formulação, implantação e avaliação das políticas e ações de saúde, a fim de que elas reflitam as necessidades e sentidos produzidos por esses sujeitos e o processo de negociação com os demais atores institucionais. Esse processo requer um desenvolvimento político e social que expresse a participação e o respeito às diferenças como valores presentes no cotidiano e nas diversas esferas da vida pública. De outra forma, os modos e estratégias de participação equânime da sociedade na formulação de políticas serão dispositivos para legitimar práticas de governo ainda hegemônicas e normalizadoras, uma vez que termina cabendo ao Estado e aos governos reconhecerem quais grupos são representativos ou minoritários, quais são os critérios de classificação, distribuição e as formas de participação social.

POLÍTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA E O PRINCÍPIO DE EQUIDADE

Na contramão da lógica neoliberal que vinha se espalhando na Europa e nos Estados Unidos, os direitos conquistados com a Constituição de 1988 foram rapidamente contestados. A nova

ordem econômica se difundiu rapidamente no Brasil com a eleição de Fernando Collor de Mello à presidência da República em 1990 e muitas das propostas constitucionais foram, gradativamente, atravessadas por um novo nexos que, embora se sustente na bandeira da democracia, constitui-se com bases neoliberais e enfraquece os movimentos sociais.

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), no final de 2002, trouxe consigo a esperança de grande parte dos brasileiros de construir um governo a partir de outra lógica, pautado pelo compromisso com a inclusão e a participação social. No campo da saúde, esse processo ficou evidente na reformulação implantada no interior do Ministério da Saúde (MS), abrindo espaços de troca e negociação com movimentos sociais e dando à discussão da gestão participativa um lugar diferenciado, com a criação da Secretaria de Gestão Participativa, em junho de 2003, cuja competência principal era:

Coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática no SUS, considerando a articulação do Ministério, com os diversos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade. (Brasil, 2003)

Nessa secretaria, foi elaborada a Política Nacional de Gestão Participativa, que, após ter uma versão preliminar divulgada no fim de 2004, foi foco de debates em diferentes fóruns e passou por uma reformulação, sendo oficialmente publicada apenas em 2007. Acompanhando a reestruturação da própria secretaria, que se reorganizou internamente e teve seu nome alterado para Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), no segundo semestre de 2006 a nova versão da política já traz o nome de Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa.

O documento final apresenta como objetivo da política a orientação das ações de governo para a promoção e o aperfeiçoamento

da gestão social e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS e traz a busca da equidade como uma das atividades próprias da gestão estratégica e participativa, definindo-a da seguinte forma:

[...] um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da *equidade*, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. (Brasil, 2009, p. 15)

Deve-se ressaltar também que, das cinco ações definidas como prioritárias pela política, duas estão diretamente ligadas à noção de equidade. A primeira é a Política de Promoção da Equidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidade, que está em consonância com o trabalho que o Ministério da Saúde vinha propondo desde 2004, visando o enfrentamento das iniquidades em saúde a partir da criação de comitês de promoção da equidade.¹ A segunda, que na realidade está inserida na primeira, envolve a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola e no estabelecimento do recorte racial na política da saúde, no que se refere à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes. Assim, como nos aponta Lessa:

A partir do ParticipaSUS, em 2007, a SGEP fica oficialmente responsável por desenvolver ações de combate às iniquidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – *gays*, *lésbicas*, *bissexuais*, *transexuais*, *transgêneros* e, em situação de rua, *ciganas*, entre outras. (Lessa, 2010, p. 62)

¹ Esses comitês, que envolvem a participação de setores governamentais e de representantes de movimentos sociais e do mundo acadêmico, foram criados como resultado de demandas de grupos da sociedade civil organizada e pela constatação da falta de acesso à saúde de alguns grupos sociais em situação de grande vulnerabilidade.

As ações visando à construção da equidade ficam, dessa forma, integradas à proposta da gestão estratégica e participativa e se constituem, como toda a política, num grande desafio que envolve a constituição de novas práticas políticas não só no interior do ministério e dos serviços de saúde, mas também para além deles, difundindo-se para a organização da sociedade civil e pelos processos de controle social.

Em uma análise sobre a política, Lessa nos indica algumas das questões que se colocam para o seu desenvolvimento:

[...] a consolidação da política participativa proposta no documento analisado exige que a Secretaria tenha uma estrutura organizacional e logística para lhe possibilite [sic] estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais dentro do próprio Ministério/ outros órgãos governamentais e no diálogo com a sociedade. Outra questão é a escolha dos interlocutores da Secretaria responsáveis por mobilizar tanto os setores governamentais quanto da sociedade civil, pois os mesmos devem possuir capacidade de diálogo e grande comprometimento com o processo ético-democrático. Além disso, o respeito à autonomia e às demandas dos movimentos sociais deve ser um processo contínuo e ininterrupto que estabelece uma necessária repartição de poder decisório nos processos de negociação e pactuação, lembrando que o controle social em saúde prevê que a sociedade defina, acompanhe e avalie as ações governamentais. (Lessa, 2010, p. 64)

Seja como for, um conjunto de ações é desenvolvido e/ou estimulado pela SGE/MS e passa a configurar concepções de gestão participativa e equidade e a constituir um conjunto de relações que as interligam.

Tomando como norte a questão da desigualdade no Brasil, a noção de equidade, no que diz respeito à gestão, organização e funcionamento do SUS, aparece relacionada, principalmente, a dois pontos: a) a distribuição de recursos entre as diferentes regiões do país, considerando não só o número de habitantes, mas também a

disparidade da oferta de serviços em saúde e das demandas de cada local; e b) a desigualdade do acesso e a especificidade das necessidades de diferentes grupos populacionais, em especial aqueles que se encontram em situação social vulnerável. Entretanto, como nos lembra Paim (2006), não existem critérios puramente objetivos possíveis que nos permitam definir as políticas mais adequadas para a construção da equidade. Critérios e indicadores tanto financeiros quanto epidemiológicos são apenas bases argumentativas para um processo político de pactuação a partir de interesses e necessidades distintos de cada lugar e, sobretudo, das pessoas e grupos-alvo de tais políticas. Assim, como afirmamos anteriormente, pensar o desenho das políticas de saúde e, portanto, do SUS com base no princípio de equidade envolve, obrigatoriamente, colocar em cena diferentes necessidades e sistemas de valores e crenças e, evidentemente, assumir como fundamental a construção de espaços públicos de troca e negociação de prioridades.

Nesse sentido, acreditamos que equidade e participação se entrecruzam e que se pode pensar em inserir as políticas – recém-construídas ou ainda por construir – que têm como alvo a redução das iniquidades em saúde em nosso país como uma das ações propostas pelo ParticipaSUS.

É importante neste ponto, entretanto, entendermos que esse entrecruzamento pode ser construído de várias formas. Assim como a equidade, a noção de participação também pode ser compreendida com base em diferentes olhares, favorecendo, em diferentes níveis, ou mesmo não favorecendo a escuta à singularidade, a superação das desigualdades ou a construção coletiva da atenção em saúde.

PROBLEMATIZANDO O DESENHO DA POLÍTICA

Não há dúvida da importância de se instituírem mecanismos que favoreçam a construção da participação e da equidade no SUS e, nesse sentido, a proposição de uma política como o ParticipaSUS pode, certamente, constituir um movimento interessante. Entre-

tanto, como discutimos acima, é preciso cuidado com a forma como se materializam esses movimentos.

Inicialmente é importante notar que não há no documento nenhuma definição ou sentido privilegiado de equidade. São apresentados diversos usos ao longo do texto, tais como igualdade de acesso, como princípio do SUS, relação entre entes federativos, entre outros.

A ideia de abrir novos canais de escuta/participação/troca da população e, em especial, dos grupos em condições de vulnerabilidade sem dúvida nenhuma abre espaço para o conhecimento de demandas e especificidades que nunca apareciam ou eram consideradas relevantes. Entretanto, a forma como esses espaços se constroem precisa ser problematizada.

Se analisarmos a portaria nº 2.979/2011, que institui o incentivo financeiro para implantação e fortalecimento do ParticipaSUS, com foco na promoção da equidade, vemos que as ações fomentadas pelo financiamento investem na aproximação de lideranças e movimentos sociais dos espaços de execução e acompanhamento das políticas de promoção de equidade no nível estadual, conforme é mostrado a seguir:

- a) realização de encontros com gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos de mulheres, negros(as), quilombolas, do campo e floresta, população de rua, juventude e lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) e ciganos sobre gestão participativa, controle social e políticas de promoção da equidade em saúde;
- b) apoio à formação de comitês, comissões e ou grupos temáticos nas Secretarias de Saúde que versem sobre a coordenação e a execução das políticas de promoção de equidade em saúde;
- c) produção de material informativo e educativo sobre as políticas de promoção de equidade em saúde;
- d) apoio à formação de espaços de deliberação, como fóruns e comissões, entre os conselhos municipais e estadual de Saúde para a articulação do controle social e

formação de conselheiros de saúde sobre gestão participativa, controle social e políticas de promoção de equidade em saúde;
 e) apoio à mobilização social e aos movimentos que apoiem a promoção da equidade em saúde. (Ministério da Saúde, 2011)

Além disso, a portaria ainda incentiva a ampliação do que chama de canais de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, propondo as seguintes ações: “a) adoção de medidas de aferição de satisfação dos usuários do SUS; b) realização de atividades de qualificação de ouvidores” (Ministério da Saúde, 2011). Fazendo uma análise mais criteriosa do primeiro bloco de ações propostas, é fácil perceber como, embora favoreçam claramente a construção de espaços de encontro e troca para acompanhamento da política, as ações propostas não envolvem espaços deliberativos e carregam consigo as dificuldades inerentes aos processos democráticos.

Nesse sentido, além de problematizar a efetiva possibilidade de intervenção desses espaços na construção de políticas ou no direcionamento de recursos financeiros para ações efetivas na ponta do sistema de saúde, é preciso discutir a própria organização e o funcionamento de tais espaços. As diferenças de formação, de acesso à informação e de inserção no aparelho do Estado dos diferentes integrantes dos encontros propostos nos fazem pensar se a promoção de encontros e a institucionalização de comitês e comissões garante a realização de processos de participação. As possibilidades de compreensão e participação dos processos decisórios são iguais para gestores e líderes de movimentos sociais e os níveis de informação e formação garantem possibilidades de intervenção e discussão semelhantes?

Seguindo a discussão, deve-se observar que a definição das lideranças e dos movimentos sociais participantes, e a própria organização dos grupos para difusão e debate dos processos discutidos nos espaços forjados pela política com suas bases, também constituem problemas para que essas ações promovam a gestão participativa.

Além disso, a criação desses espaços coloca em questão os espaços instituídos de participação popular no SUS, como os conselhos e conferências, ao apresentá-los como “frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações” (Brasil, 2009, p. 6). Nesse sentido, a questão fundamental que se coloca é por que os conselhos têm sido iníquos e ineficazes para a participação popular no SUS?

As duas últimas ações voltadas para o aumento da interface com os usuários do SUS, que têm caráter um pouco diferente, também precisam ser qualificadas. Levantar a satisfação dos usuários e investir no funcionamento de ouvidorias são ações que, embora importantes, apenas resvalam numa proposta de efetiva participação da população no direcionamento das políticas de saúde. Será que esses processos favorecem o fortalecimento das populações vulneráveis em sua possibilidade de intervir com relação à garantia e à especificidade do atendimento de suas necessidades de saúde? Essa questão torna-se ainda mais premente quando percebemos que a maior parte das vulnerabilidades das populações em questão diz respeito a questões, como a desigualdade estrutural própria da nossa organização social, que precisam ser colocadas em tela. Como nos mostra Campos:

A prática da equidade dependeria de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular. (Campos, 2006, p. 25)

Evidentemente, esse processo não é simples e não se conquista apenas com a criação de espaços de escuta das populações vulneráveis, ainda que possamos reconhecer alguns méritos nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações entre equidade e participação social apresentam-se como um debate oportuno e atual, no que diz respeito tanto à consolidação e ao desenvolvimento das instituições democráticas no Brasil quanto à participação popular no SUS. Nesse sentido, duas dimensões de um mesmo problema parecem se colocar. Podemos identificar uma delas como a iniquidade estrutural da sociedade brasileira, com distribuição desigual de recursos, poder e, conseqüentemente, cidadania. Outra diz respeito ao reconhecimento das demandas de grupos e populações nos processos de participação popular no SUS e à possibilidade de se tornarem visíveis na agenda governamental.

Esses problemas nos remetem às estratégias e processos de governamentalidade empreendidos pelo Estado para avaliar, gerir e instituir políticas sobre sujeitos e populações sob a rubrica de políticas participativas. Participação parece não se dar por decretos ou portarias. Participação não pode, ou não deve ser uma concessão do Estado no processo político. A estatização da participação social parece ser a domesticação dos desejos, das revoltas, dos anseios, das populações e sujeitos sociais que, inscritos e reconhecidos em sua cidadania regulada, constituem comissões, conselhos e conferências que se apresentam “frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações” (Brasil, 2009, p.11).

Na realidade, como nos mostra Coelho (2012), a participação social institucionalizada envolve diferentes problemas que precisam ser analisados criteriosamente. É preciso ressaltar que nem sempre a participação prevista na legislação significa a garantia de participação no cotidiano do sistema. A representação popular em espaços deliberativos não implica, necessariamente, a construção do controle social dos serviços de saúde. Além disso, é importante observar que as experiências coletivas são muito importantes para a formação dos sujeitos, sendo a obrigatoriedade institucional da participação menos efetiva e, muitas vezes, mais sujeita à manipulação se comparada à participação socialmente construída.

Como afirma a autora a partir de suas leituras de Oliveira (1996) e Valla (1998): “A participação popular pode servir simplesmente como uma forma de legitimar a política de Estado diante da população. É uma distorção da participação e serve para adequar o discurso participativo às antigas formas de exercer o poder” (Coelho, 2012, p. 147).

Esse processo parece refletir a forma de atuação do Ministério da Saúde que, historicamente, tem induzido financeiramente políticas e ações de saúde em diversas áreas, concentrando poder e recursos, e, principalmente, tornando iníquas as relações com os demais entes federativos e com a instituição máxima de participação popular no SUS, que é a Conferência Nacional de Saúde (Machado, 2007).

É preciso colocar em questão a distribuição das cotas de poder dos agentes que participam dos diferentes espaços propostos pela política e, fundamentalmente, entender que é necessário propiciar um processo político que favoreça a constituição de sujeitos mais autônomos e capazes de análises críticas e intervenção, não só sobre a política em si, mas sobre os processos sociais e sanitários de uma maneira mais geral. Na realidade, o manejo da equidade nessa acepção implica a “convivência com a noção de sujeito” e o “reconhecimento da variedade das situações existenciais e históricas” (Campos, 2006, p. 25). Reside aí o aspecto utópico da equidade: o movimento de constituição de uma sociabilidade na qual as pessoas estejam propensas a respeitar-se e a respeitar o direito dos outros em sua especificidade. Nas palavras de Campos:

A busca da equidade deverá ser permanente, considerando sempre as múltiplas dimensões do conceito. Um trabalho permanente de engenharia política, da arte da gestão e de sabedoria sanitária. Um projeto somente sustentável em um contexto sócio-histórico em que a vida das pessoas seja o bem mais valioso, entre todos. Um projeto a ser sustentado para além das evidências concretas de cada época, um projeto enganchado na teimosia, bem humana, de que a vida pode sempre melhorar, ainda que nem sempre isso seja uma evidência palpável. (Campos, 2006, p. 32)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial – 2006: equidade e desenvolvimento*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005. p. 29-60.

BAPTISTA, T. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G.; PONTES, A. L. (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 (revogado pelo decreto nº 5.678, de 2006). *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 21 fev. 2013.

CAMPOS, G. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio-ago. 2006.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COELHO, J. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012.

SCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude->

epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf. Acesso em: 21 fev. 2013.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. Curso no College de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LESSA, I. *Gestão participativa e participação social: um estudo a partir da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (2003-2007)*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2474/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Lessa_Iris_Jord%C3%A3o.pdf. Acesso em: 13 jun. 2014

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: _____; PONTES, A. L. (org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 61-80.

OLIVEIRA, F. J. A. Participação popular em saúde: as dimensões da cultura. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 52, p. 67-73, set. 1996.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago. 2006.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

RIZZOTTO, M. L.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da Cepal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-803, jul.-set. 2011.

STOTZ, E.; ARAÚJO, W. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago. 2004.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 7-18, 1998.

AVALIAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Maria Luiza Silva Cunha

Aluísio Gomes da Silva Júnior

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 1990, passou a ser crescente o interesse em avaliação em saúde no Brasil. Tal fato se relaciona à ampliação das políticas públicas sociais, a partir da Constituição Federal de 1988. No âmbito dessa ampliação, insere-se a política de saúde instituída com o Sistema Único de Saúde (SUS). O advento do SUS em nosso país ampliou a importância econômica e política do setor da saúde e despertou o interesse pela avaliação de suas políticas e programas (Furtado e Laperrière, 2011).

Para Figueiredo e Tanaka (1996), em que pese à criação do SUS, os obstáculos observados em sua implantação levam à constatação de que os direitos de cidadania previstos no mesmo são dependentes de mudanças estruturais mais amplas na sociedade. Para os autores, nessa mesma perspectiva, a avaliação em saúde, ao refletir a política hegemônica vigente, “tem sido feita de maneira isolada, aparentemente autônoma e determinada por opções cujo recorte pre-

tende realçar seu enfoque metodológico” (Figueiredo e Tanaka, 1996, p. 100). Nesse sentido, deixa de ser capaz de influir no processo de tomada de decisão e de favorecer o alcance do modelo de atenção à saúde previsto no SUS. Superar tais limitações da avaliação em saúde pressupõe considerar a determinação política e a articulação entre teoria e prática nesse campo.

É nessa direção que se tem produzido ao longo do tempo um conjunto de mudanças teórico-conceituais no campo da avaliação em saúde, advindas da progressiva incorporação de saberes das ciências sociais, da economia, da pesquisa clínica e epidemiológica e do direito, assim como de transformações de ordem política e metodológica. Nesse percurso histórico da avaliação, diferentes etapas foram identificadas, possibilitando que características fossem destacadas em cada uma delas, configurando o que Guba e Lincoln (1989) denominaram de gerações de avaliação (Cruz, 2011).

No presente capítulo, procuramos refletir sobre algumas concepções e práticas da avaliação de políticas e programas em saúde, em especial as participativas, buscando identificar aspectos que merecem reflexão no que diz respeito à promoção da participação social e à melhor adequação de suas estratégias de fortalecimento do SUS.

AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NA SAÚDE

A literatura aponta que existem diferentes definições de avaliação, não existindo consenso entre os autores. Uma definição, entretanto, com grande aceitação é a que toma avaliação como o ato de “julgar o valor ou mérito de alguma coisa” (Scriven, 1967 apud Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p. 35). Outra definição introduz a perspectiva da adoção de critérios ao entender avaliação como “identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios” (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p. 35).

Entende-se que a segunda definição amplia a primeira ao incorporar os critérios como parte da avaliação. A identificação, o esclarecimento e a aplicação dos mesmos, entretanto, não se dão de forma neutra, e os resultados da avaliação podem ser muito diferentes em decorrência dos critérios ou indicadores utilizados. Nesse sentido, são colocadas as seguintes perguntas: a quem cabe decidir sobre a seleção dos critérios? Em que medida os critérios selecionados respondem aos interesses e às perguntas do conjunto ou de uma parcela dos envolvidos? As informações resultantes da aplicação dos critérios favorecem a tomada de decisão de forma participativa?

Em grande medida essas questões nortearam abordagens pragmáticas da avaliação, tomadas como favorecedora da participação dos envolvidos e da maior utilização dos seus resultados (Weiss e Stake apud Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011). Essa perspectiva, entretanto, não está presente na origem da avaliação, sendo mais recente no processo contínuo de evolução dos seus métodos e abordagens. Destacam-se, no trecho abaixo, elementos desse percurso histórico da avaliação.

Ao longo da história da avaliação, o processo de produção de conhecimentos se inscreve em um modelo positivista que depende de especialistas que dominamos métodos científicos. Até os anos 1990, as práticas dominantes, em avaliação, haviam procurado aplicar à engenharia social as técnicas da engenharia tecnológica, mesmo que estas se revelassem cada vez menos apropriadas para apreender a complexidade dos problemas sociais. Em 1989, dois autores, Guba e Lincoln, publicam, com grande sucesso, *Fourth Generation Evaluation*, que apresenta uma nova abordagem da avaliação. As certezas e o ideal de verdades subjacentes ao método científico positivista dão lugar às dúvidas. Guba e Lincoln insistem sobre a relatividade dos princípios em que repousa a avaliação e sobre a natureza contextual e negociada de seus resultados. (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 35-36)

De forma distinta das gerações previamente existentes de avaliação, cuja centralidade é a mensuração, a descrição e o julgamento de valor, a perspectiva da *avaliação de quarta geração* prevê a incorporação de elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais, para além da ciência, em que a principal dinâmica é a *negociação* (Guba e Lincoln, 2011).

No contexto da década de 1990, algumas transformações sociais contribuíram de forma significativa para o surgimento das novas práticas de avaliação. A primeira diz respeito às maiores possibilidades de interação e intercâmbio entre atores sociais, ampliadas exponencialmente pelo advento da internet. Em segundo lugar, destaca-se o processo de mundialização das trocas e a emergência de problemas sociais que demandam respostas globais e uma prática internacionalizada de avaliação. Em terceiro, está a necessidade de adequação de recursos escassos ao atendimento de necessidades sociais crescentes e complexas, levando a que o papel da avaliação seja mais importante na definição de prioridades e da viabilidade de programas em sua eficiência e eficácia (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

Guba e Lincoln (2011), ao proporem a *avaliação de quarta geração*, partem de uma crítica às três primeiras gerações de avaliação, a qual está centrada, principalmente, em três aspectos, que serão apresentados resumidamente a seguir.

O primeiro se refere à *tendência ao gerencialismo*, que envolve a relação estabelecida entre administradores (patrocinadores ou clientes que contratam ou financiam a avaliação e gestores) e o avaliador. É por meio dessa relação que se estabelece um acordo de avaliação no qual o avaliador se reporta ao administrador tanto para a delimitação do objeto quanto para a divulgação dos resultados da mesma. Tal relação, raramente contestada, gera consequências, como o fato de o administrador *ficar fora* da avaliação, que leva à impossibilidade de questionamento de seus métodos administrativos e de ser responsabilizado pelo que o objeto de avaliação produz. Tal relação frequentemente se caracteriza por ser

enfraquecedora (privadora de poder) e *injusta*, na medida em que cabe unilateralmente ao administrador a definição das perguntas a serem respondidas pela avaliação, a forma de coleta e de interpretação das informações e decidir quem terá acesso aos seus resultados, podendo haver ou não o acordo do avaliador nesse processo. A centralização da avaliação no administrador priva os grupos de interesse (*stakeholders*) de poder, impossibilitando os mesmos de participar na formulação de perguntas, de terem as suas interpretações levadas em consideração e de acessarem os resultados da avaliação. Nesse sentido, o processo de avaliação é injusto ao privar os grupos de interesse de obterem informações necessárias à efetivação de sua participação e ao exercício de seus direitos – e, com isso, de terem as suas recomendações consideradas e de compartilharem o poder.

O segundo aspecto envolve a *incapacidade de acomodar o pluralismo de valores* presente na concepção de que a sociedade compartilha valores e de que existe uma concordância sobre os mesmos. No final dos anos 1960, o pluralismo de valores ficou evidente a partir das rivalidades tradicionais entre partidos políticos e de conflitos de várias ordens – de gênero, de etnias e até mesmo de gerações –, que se deram de forma simultânea à terceira geração da avaliação. Se, por um lado, a atribuição de valor sempre esteve associada à avaliação, a constatação da existência de valores diferentes na sociedade não foi suficiente para uma mudança significativa na forma de condução da avaliação, que buscou respaldo na objetividade do método científico e na sua pretensa isenção de valores.

A preponderância da abordagem positivista e a adoção de métodos próprios das ciências físicas pelos cientistas sociais, expressada pelo *comprometimento exagerado com o paradigma científico*, foram consideradas o terceiro ponto de imperfeição das gerações de avaliação anteriores apontado pelos autores. Ao utilizarem o paradigma científico, os avaliadores pretendiam evidenciar a realidade de forma objetiva, neutra, descritiva e isenta de valor. Em consequência, problemas como a “descontextualização”; a exagerada dependência em relação à mensuração, à abordagem quantitativa

e à análise com base em instrumentos matemáticos e estatísticos; o caráter inexorável dos resultados, legitimados pela ciência e tomados como expressão da verdade; a aceitação acrítica da ciência, tomada como única forma legítima de conhecimento; e a isenção do avaliador de qualquer responsabilidade moral por suas ações, em decorrência do pressuposto de que a ciência é isenta de valores e de que o avaliador é apenas o seu mensageiro, fizeram-se presentes, mas não foram enfrentados pelas três primeiras gerações de avaliação.

A abordagem da avaliação proposta por Guba e Lincoln se expande, e outras perspectivas são formuladas. Destaca-se a “a ‘avaliação habilitante’ de Fetterman (1994), a avaliação democrática e participativa de Cousins e Earl (1995) e de Maguire (1987) e a avaliação colaborativa de O’Sullivan (2004)” (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 36). Em comum, esses trabalhos partem do pressuposto de que os pontos de vista dos atores sociais envolvidos devem ser levados em conta. Os parâmetros e fronteiras da avaliação, igualmente, não são mais predeterminados, mas elaborados através de um processo que pressupõe interação e negociação entre os diferentes atores e grupos envolvidos. Dessa forma, superam a perspectiva tecnicista e a ideia de que a avaliação, ao envolver todos os participantes da ação social, inclusive os grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade, restringe-se aos especialistas. Ao avaliador cabe, predominantemente, o papel de moderador, que prevalece sobre suas funções de técnico, de juiz e de descritor (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

Para Guba e Lincoln (2011), na *avaliação de quarta geração*, o papel do avaliador é mais amplo do que o do técnico que coleta informações, pois os avaliadores devem ser “parceiros subjetivos dos grupos de interesse na criação factual dos dados” (2011, p. 54) e orquestradores “do processo de negociação, e em última análise é justamente essa a essência da avaliação” (2011, p. 16).

A centralidade na *negociação* dessa abordagem parte, assim, da compreensão de que diferentes valores estão presentes nos diversos grupamentos humanos que fazem parte da situação e

que os mesmos devem ser considerados, chamando atenção para a dimensão humana e ética da participação. Nas palavras dos autores:

A avaliação de quarta geração sustenta que, na medida em que a avaliação envolva seres humanos (como clientes, grupos de interesse, fontes de informação e inúmeras outras entidades), é responsabilidade do avaliador interagir com esses seres humanos de uma maneira que respeite sua dignidade, sua integridade e sua privacidade. É evidente que os avaliadores convencionais têm sido criteriosos com relação à ética; os cânones referentes ao consentimento totalmente informado, aos danos, ao engano e à privacidade/confidencialidade são bem compreendidos e na maioria das vezes respeitados. Entretanto, o pleno significado da frase “respeitar sua dignidade, sua integridade e sua privacidade” não se restringe nem um pouco a esses amparos convencionais. Esse significado eleva-se ao nível do envolvimento *totalmente participativo*, em que os grupos de interesse e outras pessoas que venham participar da avaliação são acolhidos como parceiros equitativos em todos os aspectos do projeto, da implantação, da interpretação e da ação que resulta da avaliação – isto é, eles recebem uma medida exata de *paridade e controle político*. (Guba e Lincoln, 2011, p. 17)

Para os autores, a paridade envolve não apenas o poder compartilhado, mas também a possibilidade de compartilhamento, entre os participantes, de suas construções (que são atribuições de sentido às situações nas quais se encontram, moldadas pelos seus valores). Envolve, ainda, a possibilidade de que as mesmas se tornem uma construção *conjunta* comum, baseada no consenso e mais bem fundamentada e esclarecida, o que possibilita outro tipo de paridade, além da paridade política: a *paridade conceitual*. Em comum, inscrevem-se na perspectiva que considera os participantes como seres humanos, sujeitos de direito, e não como objetos de estudo e de experimentação (Guba e Lincoln, 2011).

A adoção de tais pressupostos e o entendimento da realidade como uma construção social que não possui existência objetiva e

independente do observador levou os autores à elaboração de uma metodologia centrada no paradigma construtivista, em oposição à metodologia baseada no positivismo científico. Denominada *metodologia construtivista*, caracteriza-se pela interação entre o avaliador e interessados, a partir da qual o produto da avaliação é criado, sendo entendido como “uma *agenda de negociação* das reivindicações, preocupações e questões que não foram resolvidas nas trocas hermenêuticas dialéticas” (Guba e Lincoln, 2011, p. 20).

Para os fins deste trabalho, considera-se relevante a reflexão sobre práticas avaliativas que possam incorporar a participação e os valores de diferentes grupos de interesse e não apenas envolver os administradores e técnicos especialistas em avaliação. Nesse sentido, cumpre destacar uma experiência prática de utilização do referencial teórico-metodológico da *avaliação de quarta geração*. Trata-se da descrição do percurso metodológico da pesquisa que objetivou avaliar qualitativamente serviços de saúde mental da região Sul do Brasil, desenvolvida no período de 2005 a 2007 (Kantorski et al., 2011). A referida pesquisa foi realizada a partir do estudo de caso de cinco centros de atenção psicossocial (CAPs) I e II, selecionados em uma primeira etapa da pesquisa, na qual foi realizado um estudo quantitativo de abordagem epidemiológica. Fatores como tempo de funcionamento, experiência do serviço e disponibilidade dos grupos de interesse em aderirem à proposta também foram considerados.

Os autores descrevem que a entrada no campo envolveu contato inicial com a equipe do serviço para a discussão da proposta da pesquisa e a definição de sua inclusão no processo avaliativo. A etapa seguinte foi destinada à organização da avaliação com base na observação do campo e da construção de uma relação de confiança com os diferentes integrantes dos serviços. Foram incluídos na pesquisa, como grupos de interesse, os usuários, os familiares e a equipe, com os quais se desenvolveram construções conjuntas com base no referencial do círculo hermenêutico-dialético. Nesse processo, as questões iniciais norteadoras das entrevistas foram desdobradas em outras questões que incorporaram as preocupações

dos grupos. Posteriormente, a totalidade das informações produzidas foi apresentada aos grupos para que tivessem a possibilidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Do processo que envolveu a negociação emergiram eixos temáticos em cada grupo de interesse.

A pesquisa se desdobrou em outras etapas e envolveu, igualmente, a formação dos integrantes da pesquisa. A apresentação sintética das fases iniciais no presente artigo teve o intuito de acentuar as preocupações da pesquisa, com a incorporação de outros grupos de interesse e a viabilidade de sua realização em nosso meio.

A inclusão dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde merece destaque não apenas nas práticas avaliativas, mas na gestão como um todo, na medida em que tradicionalmente a mesma é tomada como atributo exclusivo dos gestores, esses entendidos como ocupantes dos cargos dirigentes. Reverter esse cenário na perspectiva da cogestão e da participação democrática é o desafio a ser enfrentado também pela avaliação em saúde. Desafio que tem na explicitação dos valores do conjunto de participantes, no compartilhamento de informações, na autonomia, no empoderamento e na maior capacidade de defesa de direitos, uma importante dimensão ética.

As abordagens de avaliação participativa se coadunam aos preceitos do SUS ao considerarem a participação como exercício de cidadania e adotarem a concepção de que a “avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento” (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011, p. 37).

Tal perspectiva emancipatória foi tomada como central em uma abordagem mais recente da avaliação. Em artigo publicado em 2003, Barone Monnier partem da seguinte questão: além de patrocinadores, participantes e beneficiários da política pública, a sociedade civil pode participar de seu processo de avaliação? Denominada de *avaliação emancipatória* ou de *quinta geração*, tal abordagem envolve a

combinação de gerações de avaliação anteriores, mas vai além delas por seu desejo explícito de capacitar os participantes através do processo de avaliação. Incorpora a sociedade civil em todas as etapas da avaliação, que envolve a definição do conteúdo, a realização e a produção dos resultados finais. Tem como foco a melhoria das políticas públicas e a maior compreensão, por parte dos grupos sociais, dos problemas envolvidos em tais políticas, favorecendo a busca de transformação dos mesmos a seu favor (Hartz, 2008).

Segundo Baron e Monnier (2003), na *avaliação de quinta geração* uma fase de treinamento substancial é oferecida aos participantes antes e nas demais fases da avaliação. Nessa abordagem, a capacitação significa o acesso, por parte de diferentes grupos, às informações e conhecimentos e a conseqüente ampliação de seu poder. Baseia-se, predominantemente, em metodologias qualitativas, podendo utilizar desenhos, fotos, diagramas, entre outros, que favoreçam a assimilação por parte de alguns grupos.

As transformações históricas nas formas de conceber e concretizar a avaliação em saúde se inserem em um contexto de preocupação crescente com as políticas públicas e com a maneira de produzir a gestão em saúde. Estudos recentes demonstram, entretanto, que a institucionalização da avaliação em saúde ainda é um desafio a ser alcançado em nosso meio, apesar da sua relevância para a saúde coletiva (Pinheiro, Silva Júnior e Mattos, 2008).

Para Contandriopoulos (2006), a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento de aperfeiçoamento do sistema de saúde envolve não apenas a produção de informações voltadas à tomada de decisão de forma racional, mas o fato de que as mesmas possam ajudar a melhorar o desempenho do SUS. Para tanto, faz-se necessário agregar ao critério da eficiência o princípio da equidade de acesso aos serviços e o respeito às liberdades individuais. Na perspectiva desse autor, o papel da avaliação é entendido para além de um guia racional de escolhas das instâncias decisórias, mas como uma forma de exercício democrático, uma oportunidade de aprendizagem por parte de diferentes atores. Passaria, assim, de

instrumento de poder de um grupo restrito para um instrumento de liberação do conjunto de atores. O autor aponta que “na prática, no entanto, ainda não se dispõe da liderança, das competências, dos métodos e dos meios necessários para institucionalizar este tipo de avaliação” (Contandriopoulos, 2006, p. 210). Ao mobilizar diferentes atores, interesses em conflito e um conjunto de direitos individuais e coletivos, a avaliação em saúde aponta para a necessidade de uma reflexão sobre alguns de seus aspectos. Para a realização da mesma partiremos da análise da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS).

CONCEPÇÕES DE AVALIAÇÃO E O PARTICIPASUS

A participação social no SUS foi concebida através da Constituição Federal e da lei nº 8.142/1990, alcançando avanços significativos na institucionalização das conferências e dos conselhos de saúde como instâncias de controle social. Apesar dessa realidade favorável, que resultou na instalação, na atualidade, de conselhos de saúde na totalidade dos municípios do Brasil e na qual as conferências de saúde reúnem um conjunto expressivo da sociedade em torno da formulação da política de saúde, os desafios colocados para a participação e a defesa do direito à saúde em sua radicalidade, levaram a que a participação fosse pensada de forma articulada à gestão através do ParticipaSUS. O surgimento do ParticipaSUS traz em seu bojo a compreensão da importância e necessidade de um conjunto de medidas orientadoras das ações de governo voltadas à promoção e qualificação da gestão democrática do Sistema Único de Saúde.

Aprovado pelo Ministério da Saúde no ano de 2007, mediante a portaria nº 3.027, o ParticipaSUS foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2009, em documento elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Em sua introdução, o referido documento resgata historicamente as bases da constituição do SUS, destacando em seu caráter inovador os princípios de universalidade

de acesso, integralidade, equidade, descentralização e a “ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde” (Brasil, 2009a, p. 8). No trecho destacado a seguir é possível apreender que a participação da sociedade envolve diferentes fases da política, concepção retomada mais adiante no documento, ao apresentar a articulação entre a participação social e a gestão em saúde.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. (Brasil, 2009a, p. 9-10)

Dessa forma, a participação efetiva no SUS é compreendida como algo que se dá pela capacidade de formulação e deliberação da política de saúde, tendo por base os processos cotidianos do SUS, desenvolvidos no espaço *local* em que são produzidas as práticas e serviços de atenção integral à saúde. Tal participação, que envolve *não apenas* o controle da política, está prevista por meio da gestão estratégica e participativa.

Entre as práticas e os mecanismos assumidos como componentes do ParticipaSUS estão a gestão participativa e o controle social no SUS, a ouvidoria, a auditoria e o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Os mesmos serviram de base para a conformação institucional assumida pela SGEP, que passou a contar com quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento Nacional de Auditoria do SUS e Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Ao considerar a reflexão que toma como base o texto do documento do ParticipaSUS, parte-se da premissa de que a forma de conceber o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS tem correspondência e impactos nos mecanismos, práticas e atores envolvidos em direção à efetivação do controle social a partir da gestão participativa, como pretendido na política.

O documento do ParticipaSUS identifica a necessidade de ampliação da “divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS” (Brasil, 2009a, p. 10). Através de sua leitura, pode-se deduzir que o monitoramento e avaliação são tomados como funções gestoras pelas quais se prevê a ampliação da capacidade de participação da sociedade no SUS.

No que se refere à responsabilidade pela realização do monitoramento e da avaliação da gestão do SUS, o ParticipaSUS não explicita a participação dos diferentes atores sociais em seu processo. A perspectiva apresentada é que a participação será fomentada a partir da disseminação dos seus resultados, como pode ser verificado no trecho da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS:

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde. (Brasil, 2009a, p. 21)

Por um lado, consta no documento que o “monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno” e de “um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nessa área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas

e correção de rumos” (Brasil, 2009a, p. 21), a partir de uma definição explícita. Por outro lado, o documento apresenta a concepção de avaliação de forma implícita e, em grande medida, identificada com indicadores de saúde.

O tema dos indicadores de saúde é o primeiro a ser abordado no componente, no sentido de serem considerados não apenas os indicadores tradicionais das ações e dos serviços, mas que os mesmos devem ser articulados com indicadores da desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, tendo em vista a complexidade que envolve o processo de construção de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida.

No que concerne aos indicadores de saúde, destaca-se, ainda, no documento a referência à preparação da revista *Painel de indicadores do SUS* como uma das primeiras tarefas assumidas pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags). Elaborado e editado pela SGEF do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o *Painel de indicadores do SUS* constituiu uma série editorial com números dedicados a temas específicos e outros panorâmicos do SUS.

O primeiro número da revista foi publicado em agosto de 2006. Em seu editorial é definida como “um instrumento de informação para o empoderamento, especialmente destinado aos conselheiros de saúde, entidades e movimentos da sociedade civil, visando sistematizar e disseminar informações sobre questões relevantes ao sistema” (Brasil, 2006, p. 5). Cumpre notar que a primeira edição foi constituída por temas que compõem o Pacto pela Saúde e projetos prioritários pactuados junto aos conselhos de saúde e às comissões intergestoras, segundo consta em seu editorial.

A formulação acima indica a ênfase dada na sistematização e disseminação de informações a serem destinadas aos conselheiros, entidades e movimentos da sociedade civil. A não explicitação de em que medida os mesmos participam diretamente na escolha dos temas/informações a serem produzidas pode estar associada

à compreensão da necessidade da existência de especialistas em avaliação, questão que correntemente encontramos na literatura sobre o tema, ou mesmo à concepção de avaliação adotada.

Cabe destacar que a viabilização do componente de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, pelo Demags, previu “a construção de espaços/canais de discussão e diálogo, nos quais possam convergir esforços de produção de dados e informações, de modo a permitir uma visão integrada no que concerne aos aspectos/dimensões da gestão a serem monitoradas e avaliadas” (Brasil, 2009b, p. 2-3). Para tal, foi desenvolvido um processo de cooperação entre o Demags/SGEP/MS e o GT de Avaliação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em que as demais secretarias do Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), foram tomados como parceiros estratégicos. Entre os objetivos dessa cooperação, encontra-se o de “apoiar o desenvolvimento metodológico na perspectiva de ampliar a capacidade técnica das equipes gestores, em M&A [monitoramento e avaliação] voltados para a gestão” (Brasil, 2009b, p. 3).

Identifica-se no ParticipaSUS uma forte orientação em direção à institucionalização, integração e articulação das ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Em relação ao Pacto pela Saúde, prevê no componente de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, ações articuladas entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde para sua regulamentação e monitoramento. No sentido de desenvolver um processo permanente de monitoramento dos objetivos, metas, responsabilidades e cronograma presentes nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), buscava-se desencadear ações de apoio para a qualificação do processo de gestão do SUS. A concepção norteadora do monitoramento e da avaliação no TCG pode ser verificada em trecho do *Caderno Demags 2009: subsídios para o encontro temático*, destacado abaixo:

Ao construir o TCG, o gestor identifica potencialidades e fragilidades de sua gestão, sendo necessário, para a sua qualificação, o desenvolvimento de um processo permanente de acompanhamento dos cronogramas pactuados, para as situações identificadas como frágeis, e que guardam relação com a não realização satisfatória das responsabilidades definidas em cada um dos sete eixos do Pacto de Gestão, além de desenvolvimento de ações para realização plena de cada responsabilidade, estas ações devem ser previstas nas Programações Anuais de Ações de cada esfera de governo. Na Política ParticipaSUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – as ações relativas aos seus quatro componentes [...] tem uma relação direta com algumas responsabilidades de gestão postas no TCG e que são objeto de monitoramento e avaliação pelo Demags. (Brasil, 2009b, p. 11-12)

O trecho reproduzido acima permite compreender o papel assumido pelo Ministério da Saúde. O documento do ParticipaSUS menciona as diferentes atribuições e responsabilidades referentes ao monitoramento e à avaliação entre as esferas de governo presentes no Pacto pela Saúde, apontando para a necessidade de articulação entre as mesmas. Finalizando, o ParticipaSUS identifica a necessidade de implantação, em todas as unidades federadas, de mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação no sentido de responsabilização dos estados e municípios visando ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

Pelo exposto, é possível verificar que o ParticipaSUS visa fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação como funções gestoras do SUS nas diferentes esferas de governo, pretendendo alcançar, através da qualificação e transparência da gestão pública, a ampliação da capacidade de participação popular.

No que se refere à concepção de avaliação presente no ParticipaSUS, pode-se inferir que é entendida como um julgamento, que tem por base a medição e aferição, a ser realizado a partir da aplicação de instrumentos e estratégias pelas equipes gestoras com o objetivo de produzir e disseminar informações sobre a eficácia, eficiência e efetividade da gestão do SUS.

A descentralização da política de saúde em nosso país é considerada um dos avanços alcançados pelo SUS. Os efeitos pretendidos com essa descentralização se referiam à ampliação da democratização e da participação social e à superação de um sistema altamente centralizado, concentrador de poder e distante das condições de vida e saúde da população brasileira. O ParticipaSUS se insere nesta perspectiva ao se voltar para o fortalecimento da participação social e buscar favorecer a formulação e deliberação conjunta da política de saúde através da gestão estratégica e participativa.

A GESTÃO DO SUS E OS ASPECTOS DE SUAS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO

A institucionalização do monitoramento e avaliação da gestão do SUS que inclui a participação social, entretanto, requer mudanças de práticas, processos mais amplos de democratização da gestão e do cuidado em saúde e uma maneira de conceber a avaliação que transcenda a disseminação de informações e de resultados.

Contudo, verificamos também uma importante dificuldade nas práticas avaliativas em vigência no que diz respeito ao olhar do usuário sobre as ações produzidas na política de saúde. De um modo geral, a participação do usuário, quando ocorre, se dá de forma representativa, ou seja, por meio de um “representante” formalizado, em espaços formais de participação como conselhos de saúde (local, municipal, estadual ou nacional) instituídos pela lei nº 8.142/1990.

Os instrumentos principais em torno dos quais se dão os debates entre os gestores, técnicos e representantes dos usuários são os relatórios de indicadores.

Sem negar a importância e a legitimidade atribuídas às várias representações de usuários, nos preocupa a assimetria de informações e a hegemonia da lógica tecnoprofissional das discussões de saúde produzindo um discurso e uma compreensão de fenômenos distanciada da realidade dos usuários (Contandriopoulos, 2006). Compreensão esta que ignora, na maioria das vezes, o impacto (posi-

tivo ou negativo) das ações de políticas de saúde sobre o cotidiano da população. Os usuários reais, em seus cotidianos, percebem os problemas e suas soluções de maneira muitas vezes diferente da visão dos gestores e as formas de vocalizar estas visões ainda são precárias ou “filtradas” pelo “olhar técnico”.

Mesmo para os representantes técnicos (profissionais de saúde em geral) o uso acrítico e descontextualizado de indicadores produz sérios vieses de foco e interpretações como chamaram atenção Mattos, Robaina e Siqueira (2008a e 2008b). O desafio consiste em como instrumentalizar discussões permitindo, entretanto, a incorporação de novos pontos de vista e a construção de novos valores pactuados. Nesse aspecto, ganha importância o papel do profissional de avaliação.

O papel do avaliador

Caracelli (2000) apontava a evolução do papel do avaliador de imparcial observador externo para um coinvestigador nas ações avaliadas, atuando como facilitador nas discussões com os atores envolvidos, aportando teorias, soluções e críticas. Esse ponto de vista é compartilhado com Rossman e Rallis (2000), que veem na figura do avaliador o papel de parceiro e coprodutor de conhecimento, defendendo a noção de que o diálogo substitui a discussão.

Questiona-se a noção utilizada nas práticas hegemônicas de avaliação de “transferência de tecnologias” dos avaliadores para os interessados na avaliação (gestores, profissionais ou usuários). Remete-se para a noção de “construção conjunta de conhecimentos”, dando sentido às apropriações e aos aprendizados na avaliação mais adequada ao uso ou significado que os interessados compreendem de suas realidades, numa perspectiva construtivista.

Preocupados com o “abismo” que se forma entre o conhecimento científico, como o produzido pelas avaliações, e as apropriações feitas pelos decisores e formuladores de políticas, Callon e Latour (1986 apud Hartz et al., 2008) desenvolveram uma sociologia

da tradução que tenta explicar e eventualmente dar sustentação na transformação de questões políticas em questões técnicas e vice-versa. Essa teoria pressupõe que todo o processo e resultados de pesquisas são modificados por ativos interesses (de atores humanos e não humanos) num processo de construção de uma rede de atores por interações multifacetadas, em que apenas a trajetória das negociações descreve o produto final a ser implantado. Em outras palavras, o conhecimento é e deve ser transformado pelos atores envolvidos levando em conta seus contextos, usos pretendidos e papéis desempenhados por cada ator e recursos alocados. Tradução, portanto, refere-se à contínua reinterpretação dos atores de seus papéis como produtores de inovação nos programas de ação política e que só pode emergir quando levada a cabo por redes de interação (*network*).

Nessa teoria, a inovação é precedida de muita discussão e controvérsias – uma vez que os atores possuem pontos de vistas diferentes – solucionadas, em parte, pelo compromisso acertado com os atores de colaboração na solução dos problemas. Essa tarefa é facilitada pela incorporação parcial e negociada dos diversos interesses (Bilodeau, Chamberland e White, 2002). Hartz et al. (2008) chamam atenção para a mediação necessária nesses processos avaliativos seguindo a teoria de tradução de Callon e Latour.

Avaliação, participação social e mediações necessárias

Davallon (2003) discute a noção de mediação a partir de duas definições do senso comum. A primeira, pressupondo conflito de interesses entre diferentes atores, interpõe-se entre as partes e, utilizando uma “relativa neutralidade”, busca negociações, conciliação, acordos, consensos ou possibilidades de superação de impasses ou conflitos. A segunda noção de mediação é a de possibilitar a circulação de informações entre atores distintos.

Para o autor, em uma primeira aproximação, a noção de mediação aparece cada vez que há necessidade de descrever uma ação

que implica em uma transformação da situação ou um dispositivo comunicacional, e não uma simples interação entre elementos já constituídos, e ainda menos, uma circulação de um elemento de um polo para outro. Ou seja, recorre-se à mediação quando há falha ou inadaptação das concepções habituais da comunicação: como transferência de informação e como interação entre dois sujeitos sociais.

Velho e Kuschnir (2001), no livro *Mediação, cultura e políticas* reconhecem que a mediação é um instrumento fundamental em um mundo que comporta realidades fundamentalmente diferentes, polarizadas. Abordam como exemplo a coexistência de comunidades extremamente carentes com bairros muito abastados no município do Rio de Janeiro. Entre esses dois polos de realidade, há o que eles chamam de “capilaridade”, espaço que permite o intercâmbio de informações entre os polos. As metrópoles são exemplos eleitos pelos autores por serem lugares onde os mundos de cultura conflitante podem criar bastante espaço para mediadores. O fenômeno não é restrito às grandes cidades, mas é mais visível nelas por sua diversidade.

É exatamente no choque de culturas que se abre o maior espaço para a mediação. Vide a trajetória de um dos políticos usado como exemplo pelos autores, que transitava entre o mundo de estratos de maior renda da sociedade, onde era economista *self-made man*, e os de menores rendas, onde era membro de sindicato e crítico da “elite” (no sentido pejorativo da palavra). A habilidade desse político como mediador se dava entre o poder público e os diferentes segmentos da população. Seja na zona abastada ou em uma favela, há uma tradução das necessidades e dos problemas para que sejam resolvidos.

Ainda de acordo com Velho e Kuschnir, a tarefa básica do mediador é encontrar pontos de contato e comunicação entre os diferentes mundos, produzindo novos resultados com o processo. A interferência do mediador pode ser criativa, gerando valores novos e condutas novas. Para que isso ocorra, é necessário que se fale a linguagem que o destinatário entenda. O mediador não apenas transita entre os mundos, mas também estabelece uma ponte de

comunicação entre eles. O efeito colateral possível dessa prática é tornar as populações “mediador dependente” em seus processos comunicativos ou dialógicos.

Retomando os processos avaliativos como possíveis processos de mediação, Hartz et al. (2008), ainda discutindo a teoria de tradução de Callon e Latour, destacam quatro momentos, não necessariamente consequentes, na operacionalização da rede social para produção de avaliações e inovações. O primeiro momento é o de problematização, orientado por um dos atores, que traz uma definição de problemas ou ações provisórias para começar a identificar os interesses dos demais atores envolvidos em relação a sua proposta e levantando as principais controvérsias. Isso permite mapear o espaço social da intervenção em discussão.

O segundo momento consiste no esforço de convencimento ou negociação dos interesses, o que permite a construção de convergências e alianças onde o ator-condutor (tradutor) tem um papel estratégico. Uma flexibilidade interpretativa é necessária para a compreensão das diferentes concepções dos grupos envolvidos em seus variados contextos. O engajamento no processo de construção da rede, definindo a identidade de grupo, os papéis dos membros e os interesses comuns a serem trabalhados é o momento seguinte. Por fim, a mobilização onde a rede formada é ampliada e fortalecida em suas estratégias, legitimando porta-vozes e condutores das ações pretendidas. Em programas de avaliação esses momentos formam um processo de aprendizado social envolvendo os pesquisadores, os gestores e usuários em geral, na compreensão, interação, análise e ressignificação de suas ações, transformando políticas e instituições numa dinâmica contínua.

A mediação nesse processo significa mais do que intermediação para obtenção de resultados e impactos sobre problemas, aproxima-se da reconstrução da realidade compartilhada com efeitos na *historicidade* dos componentes da rede e de sua institucionalidade (Hartz et al., 2008, p. 111).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sua trajetória histórica a avaliação em saúde tem apresentado concepções crescentemente voltadas à participação social. A adoção das concepções presentes na avaliação participativa constitui uma possibilidade de transformação da perspectiva instrumental e gerencialista de avaliação, voltada para a medição de resultados de forma descontextualizada e pautada isoladamente pelo princípio da eficiência. Nesse sentido, aproxima-se do ideário contido no SUS, ao tomar a participação como direito dos diferentes grupos de interesse. A avaliação assume, assim, o papel de promover o exercício democrático, em um processo que envolve a oportunidade de aprendizagem por parte de todos os envolvidos.

O ParticipaSUS, ao incorporar como componente o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, produz avanços no que se refere à institucionalização da avaliação em saúde. Esse aspecto, entretanto, se coloca igualmente como um desafio, na medida em que a concepção presente nessa política toma a avaliação como julgamento, que tem por base a medição realizada por parte de gestores, sem envolver o conjunto dos grupos de interesse em todas as fases do processo de avaliação. As concepções presentes na avaliação participativa se mostram potentes para o cumprimento dos objetivos do ParticipaSUS de fortalecimento da participação social e da formulação e deliberação conjunta da política de saúde através da gestão estratégica e participativa.

Como pudemos refletir, ainda há muito a se fazer no campo da gestão e da avaliação na política de saúde no que tange as suas práticas, estratégias metodológicas e instrumentos no que se refere à promoção da participação social. Consideramos as lições aprendidas em abordagens participativas na construção de intervenções no campo da saúde como um terreno fértil de inovações. O papel dos avaliadores e a mediação entre os vários atores interessados nas ações da política merecem discussão e olhar crítico.

Construir novos valores de avaliação que incluam perspectivas diversas, e que levem em conta o cotidiano dos usuários nos parecem os maiores desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. *Informations Sociales*, Paris, n. 110, p.1-7, 2003.

BILODEAU, A.; CHAMBERLAND, C.; WHITE, D. L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, Ontario, n. 17, p. 59-88, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília, v. 1, n. 1, ago. 2006.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Caderno DEMAGS 2009: subsídios para o encontro temático*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CARACELLI, V. J. Evaluation Use at the Threshold of the Twenty-First Century. *New Directions for Evaluation*, San Francisco, n. 88, p. 99-112, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 6 fev. 2013.

DAVALLON, J. La médiation: La communication en procès? *Mediations & Médiateurs*, Paris, n. 19, p. 37-59, 2004.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. Y. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 19, p. 98-105, 1996.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. (org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 19-40.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

_____; _____. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury: Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 50-55.

HARTZ, Z. M. A. et al. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (org.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. Nova York: Springer, 2008. p. 101-120.

KANTORSKI, L. P et al. Avaliação qualitativa de quarta geração: aplicação no campo da saúde mental. In: CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. (org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Editora Unicamp, 2011. p. 63-95.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre o processo de pactuação a partir do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008a. p. 295-312.

MATTOS, R. A.; ROBAINA, J. R.; SIQUEIRA, N. N.. Planejamento, avaliação e pactuação: algumas reflexões sobre potenciais e limites de alguns indicadores propostos pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de praticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008b. p. 313-348.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. *Atenção básica e a integralidade: contribuições de estudos de práticas avaliativas*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. Critical inquiry and use as action. *New Directions for Evaluation*, San Francisco, n. 88, p. 25-38, 2000.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (org.). *Mediação, cultura e políticas*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente, 2004.

OUVIDORIAS NO SUS E DIREITO RESPONSIVO: AVANÇOS E DESAFIOS NA GARANTIA DE DIREITOS E NA CONSTRUÇÃO DE NOVOS DIREITOS

Felipe Rangel de Souza Machado

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a sociedade brasileira vem passando por diversas transformações, dentre elas a mais evidente é o processo de redemocratização do país, que colocou como pauta no cenário público a questão dos direitos de cidadania e as formas de construção desses direitos. A Constituição Federal de 1988, chamada por Ulisses Guimarães, no momento de sua promulgação, de “Constituição Cidadã”, incorporou direitos e princípios que vinham sendo gestados no interior da sociedade civil pelos diversos movimentos sociais que buscavam tanto o retorno da democracia no Brasil quanto a garantia de direitos sociais. Criava-se, dessa forma, uma imbricada relação entre os anseios democráticos de liberdade e os direitos na saúde. Um dos principais lemas entoados pelos movimentos da saúde na época era “saúde é democracia, democracia é saúde”.

Tal lema indicava, entre outras coisas, a necessidade do próprio setor de saúde adotar uma postura democrática, qual seja, incluir os atores da sociedade civil nos diversos momentos da política. O chamado movimento da Reforma Sanitária tinha como um dos seus objetivos a ampliação dos espaços de construção das políticas para a saúde. Até então o Brasil experimentava formas verticalizadas, centralizadas e autoritárias de formulação e condução das políticas de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos principais momentos da luta pelo direito à saúde no Brasil, anunciou a necessidade de criação e fortalecimento de espaços de participação social.

Estava claro, desde a VIII Conferência, que a capacidade de luta e participação da sociedade civil determinaria os rumos tomados pelas políticas públicas. A saúde tornou-se a vanguarda das políticas públicas no que diz respeito à participação social. Essa conquista, por outra parte, após décadas de lutas, evidenciou também inúmeras contradições sociais que já se haviam petrificado em justificativas para a exclusão de direitos sociais como dever do Estado. Não obstante a garantia constitucional do direito à saúde ser consequência da intensa participação social, não foi observada imediatamente na prática a materialização das leis em seus serviços correspondentes. Bobbio afirma que os direitos, por mais fundamentais que sejam, “são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas” (1992, p. 5). A realização dos direitos à saúde é também, e principalmente, uma tarefa constante de mobilização social. A garantia dos direitos, nesse sentido, é apenas um primeiro passo.

Diversos autores (Luz, 2000; Paim, 1997 e 2008) têm destacado que o direito à saúde no Brasil se constitui como resultado de uma intensa participação política da sociedade ao longo de algumas décadas até culminar com a inscrição, na Constituição Federal de 1988, da frase “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Também está presente em nossa Carta a incorporação da participação da

sociedade civil como um princípio, o que se traduziu na constituição de milhares de fóruns permanentes e institucionais de participação social, dentre os quais evidenciamos os conselhos e as conferências de saúde. No entanto, ao mesmo tempo em que esses espaços se ampliam e se consolidam, outras estratégias de participação social devem ser pensadas. Dessa forma, defendemos que a participação não deve se esgotar nessas duas estratégias, pois é fundamental que a sociedade atue também “por fora” dos mecanismos institucionais já existentes, criando espaços de debate e grupos de pressão para que, cada vez mais, a política se aproxime das necessidades da população brasileira. Além disso, outras estratégias de participação “por dentro” devem ser desenvolvidas, aumentando a capilaridade da participação no interior da gestão pública. Dentre as diversas possibilidades, uma delas em especial vem sendo estimulada pelo poder público: a criação de *ouvidorias*.

Embora pareça algo novo no cenário institucional, a criação das ouvidorias remonta aos fins do século XVIII na Suécia. A Constituição sueca de 1809 cria formalmente a figura do *ombudsman*¹ (Cardoso, 2011). Vismona esclarece que a palavra de origem nórdica *ombudsman* “resulta da junção da palavra *ombud* – que significa representante, procurador – com a palavra *man* – homem” (2001, p. 11). Muitas apropriações foram feitas desde a sua criação e internacionalização, mas o *ombudsman* sempre teve como atribuição fundamental o olhar cuidadoso sobre a administração pública.² Para Cardoso:

O que é marcante no debate atual, todavia, é que o instituto tem adquirido outros contornos, especialmente em países como o Brasil, que passaram por um processo

¹ “No Brasil, duas instituições compartilham as prerrogativas do *ombudsman* e dos seus similares: o Ministério Público e as ouvidorias. [...] na literatura, é mais comum a referência ao ouvidor público como o *ombudsman* brasileiro.” (Lyra, 2011b, p. 44)

² Não se deve esquecer que a figura do *ombudsman* ou ouvidor tem sido muito apropriada por empresas privadas; nesse caso, é a administração da empresa o foco central.

de redemocratização e, conseqüentemente, estão consolidando os pilares de um novo pacto social, orientado para a valorização da dignidade humana e o fortalecimento dos vínculos de solidariedade. Este contexto repercute na exigência de um modelo de organização estatal que seja não apenas transparente e aberto à participação dos cidadãos, mas também promotor de um sentido coletivo de cidadania. (2011, p. 75)

De acordo com Lyra, “o vínculo da ouvidoria pública com a democracia é antológico. Ela se constitui como espaço e forma de exercício de controle da sociedade, ou, se preferir, da cidadania, em relação à *res publica*, vale dizer, a todas as instituições republicanas” (2011a, p. 20). Por isso, esse autor ressalta que a ouvidoria constitua-se não só como um mecanismo que zela pelo respeito aos princípios constitucionais que regem a administração pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, mas também busca a defesa dos direitos humanos e a promoção da justiça e da inclusão social.

Pereira (2002) fez uma revisão dos estudos internacionais sobre as ouvidorias e ressalta que a sua utilização pelos serviços públicos tem como objetivo ouvir os cidadãos “em suas reclamações acerca dos serviços prestados. Esses estudos foram realizados com o objetivo de explicar a participação do cidadão em programas sociais nas áreas de saúde, educação, previdência e urbanismo” (2002, p. 99).

Nesse sentido, a ouvidoria é uma tentativa de aproximação do poder público com os cidadãos e pode ser vista tanto como um órgão da gestão quanto como uma instância da sociedade. Essa *dupla função* da ouvidoria tem gerado dúvidas e críticas ao seu funcionamento. Se, por um lado, a ouvidoria tem a função de dar respostas às manifestações dos cidadãos, a partir da fala oficial das instituições, por outro, ela tem o dever ético de resolver as questões apresentadas, mesmo que a solução implique ir de encontro às respostas oficiais. Essa contradição explícita algo que consideramos fundamental para o adequado funcionamento de uma ouvidoria: a qualidade da resposta. O ocupante da função de ouvidor não pode ser um

mero repassador de respostas oficiais, sob o risco de se frustrar as expectativas depositadas pela população.

Pereira (2002, p. 104) construiu uma tipologia sobre ouvidorias em que propõe três tipos de atuação: ineficiente, burocrática e eficaz. A ouvidoria do tipo ineficiente tende a atuar de forma a proteger a instituição e seus trabalhadores, servindo tão somente como fonte de informação para o gestor. O tipo burocrático caracteriza-se pelo repasse mecânico das reclamações, sem qualquer avaliação ou análise por parte da ouvidoria. O tipo eficaz “representa a voz dos usuários e estas pesam nas decisões que dizem respeito a situações de trabalho e de conflito [...] e sobre os objetivos sociais da instituição” (Pereira, 2002, p. 104). Além disso, esse tipo de ouvidoria aplica as “normas institucionais cabíveis, ao investigar as reclamações” (Pereira, 2002, p. 104).

Considerando-se o último tipo citado, é possível pensarmos a contradição inerente às ouvidorias a partir da ideia de *direito responsivo*, de Nonet e Selznick (2010). Para esses autores, a “responsividade” do direito existiria na medida em que ele pudesse dar respostas aos anseios sociais. Tal direito é completamente diferente daquele a que estamos habituados, em que as normas e os procedimentos – portanto, o método de formulação do direito – são mais importantes do que seu conteúdo. Para compreendermos a perspectiva de Nonet e Selznick, devemos pensar sobre o próprio *modus operandi* do direito. Segundo Bourdieu (2000), todo o problema jurídico é uma retradução da realidade. Tal processo de retradução incorpora apenas as questões que podem ser reguladas pela lógica jurídica, eliminando-se, dessa forma, todas as especificidades individuais, todos os anseios e aspirações dos indivíduos.

Ao contrário disso, entendemos que a implantação de ouvidorias pode ser um mecanismo responsivo do direito no sentido de avançar para a consolidação dos direitos já garantidos, mas, sobretudo, propiciar a construção de novos direitos, oferecendo respostas personalizadas para problemas concretos. Desta forma, a ouvidoria funcionaria como um mecanismo que possibilita o “direito a ter direitos”, para utilizar a expressão de Dagnino (2000),

e não apenas a garantia dos direitos já definidos. O *direito responsivo* se propõe a abolir a justiça meramente procedimental e formalista, abrindo as instituições à sociedade. Nesse sentido, defendemos que o permanente processo de construção do SUS deve combinar diversas estratégias que visem à responsividade do direito, entre elas uma ouvidoria qualificada e eficaz, que seja um efetivo instrumento de democratização, visando à construção dos direitos na saúde.

OUVIDORIAS NO SUS E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Em 2007 o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), cujo objetivo central era atuar sobre a qualificação e o aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática no âmbito do SUS. Entre as estratégias de fortalecimento da participação social apresentadas pelo ParticipaSUS está a implantação e consolidação de ouvidorias nas três esferas de governo. No intuito de elucidar sobre os processos de implantação das ouvidorias, o MS lançou em 2010 o documento intitulado *Falando de ouvidoria*, no qual apresenta as bases e princípios orientadores para as ouvidorias no SUS. Segundo esse documento:

Na continuidade dos avanços históricos do SUS em direção a uma gestão participativa efetiva, as ouvidorias e a constituição de um sistema nacional de ouvidorias do SUS, é mais uma das estratégias para construção de novo modelo de gestão, que incluem na sua base a participação comunitária, consoante princípios e diretrizes inscritos na Constituição Federal e fundamentados pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). (Brasil, 2010, p. 17)

Tal estímulo está baseado também nas propostas de três conferências de saúde. O relatório final da X Conferência Nacional de Saúde de 1996 ressalta que “os conselhos e os gestores do SUS devem constituir e implantar novos mecanismos de participação, os quais devem ter asseguradas, pelos gestores do SUS, todas as

informações necessárias para a análise e deliberação das questões a ele pertinentes, bem como para divulgação aos usuários” (Brasil, 1998, p. 42).

O texto ressalta, no item 112.3, a criação de “ouvidorias e serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos conselhos de saúde”.

A XI Conferência Nacional de Saúde também se debruçou sobre a questão da ouvidoria. Naquele momento, a percepção sobre sua função voltava-se mais para seu caráter fiscalizador, associado ao conselho de saúde. Chama, ainda, atenção a demanda para que as ouvidorias fossem órgãos autônomos, constituídos por meio de eleições, com dotação orçamentária própria e vinculados aos conselhos de saúde. Estas características defendidas indicam a percepção das contradições que salientamos anteriormente, a respeito da possibilidade de uma atuação burocrática e defensiva.

A criação de outros instrumentos de controle social vinculados aos conselhos foi recomendada, para fortalecer o papel fiscalizador dos conselhos, tornando-o mais efetivo. Nesse sentido foi enfatizada a criação de ouvidorias, vinculadas aos conselhos de saúde, de fácil acesso à população, para operarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões, e para auxiliar na busca de soluções para problemas nos serviços de saúde. A instalação de serviços do tipo “Disque-SUS”, para receber e tratar sugestões e denúncias de atendimento nos serviços de saúde, podem, igualmente, contribuir para aproximar o cidadão das instâncias de controle social do sistema. No caso específico das ouvidorias, sugere-se que as mesmas sejam eleitas pela sociedade civil, gozando de autonomia em relação ao governo, inclusive com dotações orçamentárias próprias, sendo criadas por meio de lei formulada em cada esfera administrativa do SUS, para garantir a defesa dos direitos dos usuários e tornar factível a fiscalização do Sistema por quem o utiliza. (Brasil, 2001, p. 61)

O relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, é dividido em nove eixos temáticos. A ouvidoria aparece como estratégia em três desses eixos. O eixo “Direito à Saúde” apresenta em suas diretrizes gerais a seguinte proposta, na qual se destaca a demanda por integração com os demais poderes republicanos, indicando também a necessidade de divulgação dos resultados de sua atuação.

Criar ou fortalecer ouvidorias públicas, centrais de denúncia, comissões, conselhos de saúde pautadas por princípios éticos, nas três esferas de governo, integradas com os poderes Legislativo e Judiciário e o Ministério Público, estabelecendo mecanismos de divulgação para a comunidade das informações coletadas e dos resultados alcançados. (Brasil, 2004, p. 25)

A sinalização da importância de articulação e integração com outras instituições e organizações também se fez presente no eixo “Intersectorialidade das Ações de Saúde”, que propôs:

Articular a integração dos conselhos de saúde e ouvidorias, nas três esferas de governo, com outros segmentos institucionais, ONGs e movimentos afins à saúde, visando a garantir a disponibilidade de infraestruturas logísticas e financeiras para o funcionamento dos conselhos de saúde e ouvidorias, considerando a realidade de cada local. (Brasil, 2004, p. 52)

Por fim, o eixo “Controle Social e Gestão Participativa” ressalta a necessidade de “criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão [...], reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS, permitindo uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão” (Brasil, 2004, p. 101). Esse eixo ressalta a importância da interlocução entre conselhos e ouvidorias como uma das principais estratégias de fortalecimento da participação social. Para tanto, são especificadas algumas ações que serviriam como suporte ao fortalecimento do controle social

no SUS. É defendida a definição e implantação de uma política nacional de ouvidorias para as três esferas de governo, com destaque para a formação dos trabalhadores e a disponibilização de recursos financeiros visando a sua descentralização para estados e municípios. No texto é indicada a necessidade de ampliar a relação e a participação da população, sendo ressaltada a importância de “modificar o caráter, a eficiência e o funcionamento das ouvidorias” (Brasil, 2004, p. 111), o que demonstra a percepção de problemas e obstáculos referentes a sua implantação. Contudo, ao mesmo tempo é enfatizada a relação pragmática dessas instâncias com a gestão, com a defesa de uma atuação que propicie apoio e informações para qualificar a gestão em saúde. Sua divulgação para a população é apontada como objetivo, sinalizando indiretamente que as ouvidorias são pouco conhecidas pelo público em geral (Brasil, 2004). Para alcançar esses propósitos são estabelecidas as seguintes diretrizes:

- I. Dispor de mecanismos interligados de escuta do cidadão usuário nas três esferas de governo;
- II. Implantar nos meios de comunicação de massa uma ampla divulgação da política nacional de ouvidoria no SUS ampliando esse tipo de atendimento nas esferas estaduais e municipais;
- III. Ser realizadas eleições para um(a) ouvidor(a) geral para a esfera estadual e para a esfera municipal, cujo nome deve ser homologado pelos respectivos conselhos de saúde. (Brasil, 2004, p. 111)

Da mesma forma, o relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2008, prevê novamente a implantação de um sistema nacional de ouvidoria no SUS e ressalta a necessidade de integração das ouvidorias com os conselhos de saúde, retomando aspectos defendidos nas conferências anteriores, como a autonomia e a eleição pelos conselhos de saúde. Surge nesta conferência a proposta de inclusão das ouvidoras populares nesse sistema e de implantação de um sistema de avaliação do atendimento pelo usuário, a ser efetivado em todos os serviços públicos de saúde e

na rede conveniada, o que indica a aproximação entre ouvidoria e avaliação, que são componentes da política de gestão participativa. Nas propostas da XIII Conferência Nacional de Saúde é destacada a articulação das ouvidorias com os conselhos de saúde, por meio de relatórios periódicos, concernentes às denúncias e ao cumprimento do “Pacto pela Saúde” (Brasil, 2008).

O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem viabilizar a implantação e implementação das ouvidorias com disque-saúde e estabelecer integração destas aos respectivos conselhos de saúde, instituindo com sua atribuição a apresentação sistemática de relatórios periódicos aos conselhos, informando o número (quantidade), as características e a resolutividade das denúncias recebidas para fortalecer a gestão participativa do SUS, garantindo melhor fiscalização e encaminhamento dos casos, quando necessário, ao Ministério Público. (Brasil, 2008, p. 183)

Por fim, a XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2012, recomenda novamente que se criem e aperfeiçoem as ouvidorias do SUS,

[...] tornando-as obrigatórias nos âmbitos municipal, estadual/DF e federal e dar divulgação das suas ações, do telefone 136 e outros meios de comunicação do usuário com a ouvidoria, bem como proporcionar-lhes apoio financeiro, capacitações e informações em geral para que possam atuar de modo efetivo contribuindo para o esclarecimento dos usuários e apuração de denúncias. (Brasil, 2012, p. 23)

Além disso, foi aprovada a moção para ser enviada, em nome da conferência, ao Parlamento brasileiro:

Implantar as ouvidorias em saúde nas unidades básicas de saúde (UBSs), hospitais filantrópicos, hospitais de pequeno porte – HPP, médio porte e macros, no sentido de apoiar, esclarecer a política de saúde como também estar próximo aos cidadãos resolvendo seus problemas prioritários de saúde. (Brasil, 2012, p. 108)

A descrição das propostas relacionadas à ouvidoria nas mais recentes conferências nacionais de saúde demonstra que o tema tem sido objeto de apreciação e discussão nos fóruns do controle social. Interessante observar algumas mudanças no texto ao longo dos anos. Estas alterações decorrem de uma maior apropriação dos participantes sobre as ouvidorias, o que possibilitou olhá-las criticamente a partir das potencialidades e das dificuldades existentes em seus processos de trabalho. Assim, em 1996 já se identificava a intrínseca relação entre a ouvidoria, as informações em saúde e a necessidade de informação irrestrita para solução das manifestações apresentadas pela população. A XI Conferência, na mesma linha, indicava como uma das faces da ouvidoria, possibilitar ao cidadão fiscalizar o sistema de saúde e, para tanto, o ouvidor seria eleito e deveria ter autonomia em relação ao gestor. O texto da conferência realizada em 2004 ressalta a necessidade de articular as ouvidorias com os conselhos de saúde e com os movimentos sociais e também ressalta a importância da eleição para ouvidor municipal e estadual com homologação pelos respectivos conselhos de saúde. A XIII Conferência reforça esta perspectiva e propõe que os ouvidores sejam eleitos pelos conselheiros de saúde.

Essa preocupação das conferências encontra coro nos estudos de Lyra, para quem “o ouvidor público não pode ser um ‘profissional’ de ouvidoria, como querem os que entendem serem similares as ouvidorias pública e privada. Ele é um ‘mandatário da cidadania’, devendo esta, por conseguinte, legitimar, com sua participação, a sua escolha” (Lyra, 2011a, p. 25).

Por fim, a conferência realizada no ano de 2012 leva em conta os aspectos técnicos e materiais para o funcionamento das ouvidorias, tornando-as obrigatórias e exigindo do gestor o apoio financeiro, capacitação para atuação na função e a garantia das informações necessárias para seu funcionamento. Esse breve percurso realizado pelas conferências de saúde evidencia a preocupação com a criação de novas estratégias de participação da população e indica que a própria participação social tem se qualificado para atuar criticamente

em relação às ouvidorias. Além disso, fica claro que a criação de ouvidorias não se constitui mais como uma questão para a saúde, o desafio atual volta-se para sua materialização.

No entanto, ainda é preciso avançar em diversos pontos, sobretudo em relação à concepção de participação presente nas próprias ouvidorias. A principal política do Ministério da Saúde sobre isto é o ParticipaSUS, que tem entre seus componentes o estímulo à criação de ouvidorias. Essa política, ao contrário das recomendações expressas nos relatórios das últimas conferências de saúde, não menciona a necessidade de eleição para o ouvidor. Ao contrário, no documento publicado em 2010, chamado *Falando de ouvidoria*, afirma-se que esta é um instrumento da gestão: “é imprescindível que a ouvidoria comunique-se com a gestão, já que se pretende um instrumento desta” (Brasil, 2010, p. 34).

O que se observa é que a não definição normativa no momento da indução de criação de ouvidorias sobre esse aspecto tem criado instâncias que talvez se voltem mais para uma atuação “burocrática”, nos dizeres de Pereira (2002), do que emancipatória. Não podemos perder de vista um aspecto intrínseco à participação social via ouvidoria: ela deixa de ser coletiva e passa a ser individual, com enfoque de atuação individualizado. É papel da ouvidoria tratar de casos individuais, tal tratamento, por conseguinte, tem a potencialidade de gerar efeitos coletivos.

No entanto, a tendência à burocratização dos trâmites em função de demandas individuais é maior do que o estímulo à abertura para uma atuação democratizante que inclua os cidadãos. Entendemos que esta segunda postura é mais viável quando a ouvidoria é ocupada por alguém que tenha uma visão que possibilite a superação de sua dupla função e atue em função dos sujeitos sociais e não como um instrumento da gestão. Isto nos coloca diante de uma questão de difícil solução: o perfil para ocupar a função de ouvidor. Os estudos de Cardoso (2011) e de Lyra (2011a e 2011b) têm demonstrado que existem aspectos subjetivos e objetivos necessários para se ocupar o cargo de ouvidor. Dentro dos subjetivos, os autores destacam a

sensibilidade às mudanças, a estrutura e a autoridade moral. Mas, além disso, são necessárias características objetivas como a ética, a capacidade de gestão e o conhecimento jurídico e social.

De acordo com Braz, não se deve traçar o perfil do ouvidor sobre uma única pessoa, “há de ser toda uma equipe de trabalho, com grande capacidade de estudo e atuação” (Braz, 1992, p. 64). Por fim, é consenso entre os autores que o êxito da ouvidoria está intimamente ligado à capacidade do ouvidor de ser um mediador de conflitos e ter condições institucionais (autonomia) para exercer essa mediação.

Segundo Velho e Kuschnir (2001), a mediação é um fenômeno social, histórico e cultural em que se estabelece o intercâmbio e a comunicação entre mundos sociais e culturais distintos, sendo o mediador aquele que constrói relações de troca entre os diferentes mundos pelos quais circula. Evidentemente trata-se de uma tarefa complexa, pois as questões levadas à ouvidoria envolvem diversas tensões, o que implica na necessidade permanente de negociações de conflitos. O ouvidor na saúde lida ao mesmo tempo com demandas da população, que podem vir de forma estruturada e clara ou fragmentada e confusa, e com os gestores e técnicos da saúde. De um lado, lida com o discurso das necessidades de saúde da população, de outro, com os discursos técnicos e burocráticos da gestão. A tarefa de mediação reside justamente na articulação de informações e de soluções entre os cidadãos e os serviços. “Um ouvidor sem habilidade para negociação e mediação ‘soluciona’ um conflito gerando outro ou fomentando ressentimentos, que, mais tarde, resultarão em novos conflitos” (Cardoso, 2011, p. 85).

OS VÁRIOS PAPÉIS DA OUVIDORIA

O texto publicado pelo Ministério da Saúde em 2010 elenca alguns papéis para a ouvidoria que expressam as expectativas que se tem de sua atuação. Em primeiro lugar, é possível identificar um reforço para a face individualizante da ouvidoria. Embora se afirme

que se trata de um espaço de cidadania, é a atuação de cada indivíduo que define os rumos da atuação da ouvidoria. Cidadania aqui é expressa como atuação individual e não coletiva. Esta perspectiva encontra reflexos no fato de o texto não fazer nenhuma menção às necessárias relações com os conselhos de saúde. Entendemos que são os conselhos de saúde o local privilegiado por onde devem passar as questões levadas à ouvidoria, ele funcionaria como um mediador auxiliar no trabalho do ouvidor. Nesse mesmo sentido, Lyra propõe que a ouvidoria seja um espaço de permanente articulação com os cidadãos e não somente com aqueles envolvidos com o objeto de atuação da instituição da ouvidoria.

Assim, em virtude desse vínculo umbilical com os direitos humanos, e com a universalidade dos direitos, a legitimidade para demandar a ouvidoria pública não se restringe apenas ao usuário na instituição em que ela atua, ou aos que ela presta serviços. Ela se entende a qualquer cidadão que nela queira preservar o interesse público, consubstanciado no respeito à legalidade, à justiça, e aos direitos fundamentais. Por isso, é sempre estimulante o envolvimento da sociedade com a ouvidoria orientando seus passos e propondo diretrizes para nortear a sua ação” (Lyra, 2011a, p. 21).

Em segundo lugar, o texto afirma que a ouvidoria não pode ser a primeira tentativa de solução de conflitos: “A ouvidoria, para promover uma mediação de conflito ou de acesso a serviços, precisa certificar-se de que o cidadão já tentou acessar o serviço pelas vias ordinárias, e de que o cidadão compreende a ouvidoria como um mediador, e não como um balcão de atendimento assistencialista” (Brasil, 2010, p. 34). Esta perspectiva tende a inverter a relação que se estabelece do cidadão para a ouvidoria, ou seja, aqui a ouvidoria funcionaria como uma espécie de “educadora” para a utilização dos serviços: mais importante do que resolver a questão trazida pelo cidadão é certificar-se de que sua compreensão sobre o sistema de saúde e sobre a própria ouvidoria está correta. Não se deve perder de vista que quanto mais eficiente for a ouvidoria em dar respostas aos cidadãos mais ela se tornará um efetivo instrumento da participação

social. Contudo, caso se torne um instrumento “domesticador” das demandas, se juntará a outras estratégias frustradas de ampliação da participação social. Lyra (2011b) ressalta a necessidade das ouvidorias não desmotivarem a demanda dos cidadãos com pedidos de informações desnecessárias. Ao contrário disso, o autor insiste na necessidade de certa informalidade no recebimento das manifestações com uma postura acolhedora de todas as demandas.

A terceira concepção apresentada por esse documento sobre o papel da ouvidoria refere-se ao posicionamento do Ministério da Saúde em relação à dupla função da ouvidoria. O texto explicita que “é imprescindível que a ouvidoria comunique-se com a gestão, já que se pretende um instrumento desta” (Brasil, 2010, p. 34). Ao afirmar que a ouvidoria é um instrumento da gestão, o Ministério da Saúde se posiciona no sentido de compreendê-la mais como um instrumento burocrático do que emancipatório. Nesta linha, os ouvidores são pessoas de confiança dos gestores e não dos cidadãos. Nesse sentido, cabe resgatar a crítica que Lyra faz à compreensão de Vismona (2001, p. 18) de que “o papel do ouvidor não é o de criticar a política adotada, e sim de concentrar a sua atenção no serviço prestado” (Lyra, 2011a, p. 18).

Compreender a ouvidoria como um instrumento da gestão aproxima-se da compreensão privada sobre ouvidoria, que busca defender os interesses da empresa em função de sua imagem pública, tentando resolver os problemas da prestação dos serviços com referência nas diretrizes comerciais da empresa. Ao contrário disto, na ouvidoria pública

[...] não há como contemporizar com o gestor, se este se afasta dos princípios republicanos, das normas legais e da ética participativa, resvalando em práticas clientelistas e autoritárias. Em casos extremos, o ouvidor público será obrigado a denunciar a própria instituição em que atua, caso esta se deixe contaminar, estruturalmente, e na práxis dos que a integram, pela negação dos princípios acima referidos. (Lyra, 2011a, p. 24)

Não é possível afirmar, *a priori*, que a escolha do ouvidor pelo gestor implique em uma diminuição da qualidade do trabalho da ouvidoria. Apenas estudos empíricos poderiam discutir esse ponto, mas, ao mesmo tempo, podemos defender que uma ouvidoria que seja criada como uma instância emancipatória, que seja ocupada por um representante eleito (gestor, trabalhador ou usuário), parte de um referencial de atuação que tende a dar mais respostas à população do que aos gestores. Além disso, deve-se ressaltar que as ouvidorias não têm poder coercitivo, sendo sua atuação pautada necessariamente na autonomia. Tal autonomia deve ter origem num mandato eleito e, como resalta Lyra (2011b, p. 51), dotado de prerrogativas indispensáveis ao exercício da função:

- direito de requerer o fornecimento de quaisquer documentos que julgue necessário para a resolução das demandas;
- obrigação de resposta, em curto prazo, às suas interpelações;
- direito de realizar investigações preliminares;
- sigilo, quando necessário, para os que apresentam denúncias;
- faculdade de propor recomendações de caráter normativo ou estrutural, referentes às condições de organização e de funcionamento do órgão fiscalizado pelo ouvidor. (Lyra, 2011b, p. 51)

Conforme resalta Cardoso (2011), a autonomia é fundamental para a atuação da ouvidora, pois sem ela essa não pode ser transformada em instrumento de mudança, reduzindo sobremaneira a participação do usuário e, por conseguinte, tanto a cidadania quanto a materialização de práticas e instituições democráticas.

Cabe resgatar, ainda, a proposição de Gomes (2004, p. 93) de que as ouvidorias poderiam ter efetivo impacto sobre a formulação e execução das políticas públicas desde que fossem constituídas a partir de vínculos com segmentos organizados da sociedade civil; possuíssem “bons níveis de representatividade” e fossem comprometidas com a aplicação de seus instrumentos formais e informais de atuação.

DIREITO RESPONSIVO, A GARANTIA DE DIREITOS E A CONSTRUÇÃO DE NOVOS DIREITOS

A perspectiva do *direito responsivo*, apresentada por Nonet e Selznick (1978), é marcada pelo prisma da abertura do direito às necessidades sociais. Para esses autores, o estágio do *direito responsivo* torna o direito mais aberto e mais responsável pelas necessidades sociais, oferecendo algo a mais além de uma justiça procedimental, paradigma que eles denominam *direito autônomo*. Pela via do *direito responsivo*, “as instituições legais desistiram da segurança insular do direito autônomo e tornaram-se instrumentos mais dinâmicos da ordem social e da mudança social. Nesta reconstrução, o ativismo, a abertura e a competência cognitiva combinam-se como motivos básicos” (Nonet e Selznick, 1978, p. 74). A justiça não seria alcançada, portanto, simplesmente pela interpretação das normas jurídicas, mas sim pela construção de instituições responsivas.

Por outro lado, alertam os autores, a abertura provocada por esse tipo de direito só é possível numa sociedade com um patamar mínimo de igualdade entre os cidadãos, caracterizado por um elevado grau de consciência política, de educação, bem como por costumes estabelecidos de ativismo e participação social. A atuação do Poder Judiciário e a adoção de meios jurídicos na formação de políticas de saúde aconteceram, portanto, juntamente com o desenvolvimento de algumas dessas características na população (ou de uma parcela dessa, mais bem organizada), sobretudo com o amadurecimento da participação de amplos setores da sociedade na elaboração das políticas públicas de saúde.

Nonet e Selznick (2010) elaboraram uma tipologia das formas de ordenamento jurídico que são úteis para pensarmos as relações existentes entre o direito e o poder político. Para esses autores o direito passaria por três estágios: *repressivo*,³ *autônomo*⁴ e

³ No *direito repressivo* a “perspectiva oficial” tende a se impor arbitrariamente sobre os interesses da comunidade.

⁴ No *direito autônomo* existiriam instituições legais especializadas com competências bem demarcadas, e autônomas em relação às demais esferas sociais, em especial às que se ocupam do controle político.

responsivo,⁵ sendo o último deles o mais elevado. Nossa apropriação dessa perspectiva analítica não se restringe a pensar sobre essas etapas do direito, mas, ao contrário, busca compreender como os modos de relação entre Estado/direito/sociedade, que articulam cada um desses tipos de direito, expressam formas de sociabilidade e de democratização dos espaços e instituições. Entendemos que o Estado brasileiro apresenta características de cada um dos tipos propostos, variando em função do contexto histórico e social.

A abordagem apresentada por Nonet e Selznick (2010) sobre o confronto estabelecido entre integridade e abertura do direito nos auxilia nesse momento a pensar em uma das dimensões da dialética do direito na saúde. Assim, para os autores, se de um lado o direito precisa se manter íntegro e autônomo, distante do restante da estrutura social, por outro lado, precisa passar a dar respostas a novos questionamentos e às demandas sociais sequer pensadas no momento de sua formulação.

No entanto, embora concordemos com a necessidade de o direito dar respostas às questões sociais, temos que ter clareza de que isto só é possível em contextos sociais muito específicos, em que os cidadãos já disponham de um patamar mínimo de igualdade. Para alcançar esse patamar o direito já deveria garantir a existência de condições mínimas de desenvolvimento social, sobretudo saúde e educação universais e de qualidade. Tem-se, assim, um movimento tautológico que não expressa com clareza as formas de construção de novos direitos. Nesse sentido, a construção de novos direitos e a garantia de direitos já existentes dependem tanto da capacidade de pressão de grupos sociais quanto da mudança de práticas no interior das instituições do Estado responsáveis pela prestação de serviços públicos.

AVANÇOS, DIFICULDADES E DESAFIOS PARA A OUVIDORIA NO SUS

Ao longo do período de redemocratização do Brasil diversas instituições públicas avançaram no sentimento de transparência e

⁵ O *direito responsivo* se propõe a abolir a justiça meramente procedimental e formalista, típica do *direito autônomo*, abrindo as instituições jurídicas à sociedade.

de responsabilidade. No entanto, o controle administrativo no país permanece insatisfatório para atender aos anseios da população depositados na Carta Constitucional. Nesse sentido entendemos que a implantação de ouvidorias constitui-se como uma das estratégias centrais para o avanço dos procedimentos democráticos no país. Pode-se dizer que avançou muito o campo da saúde, mas, mesmo sendo um dos setores das políticas públicas com mais espaços de participação, é evidente no cenário nacional que as estratégias atuais não são suficientes para integrar os anseios sociais. Na perspectiva do *direito responsivo*, apresentado por Nonet e Selznick (2010), entendemos que a implantação de ouvidorias na saúde pode se constituir como uma importante estratégia de construção de direitos. A referência à ideia de construção de direitos é possível na medida em que um direito só existe se é apropriado, de fato, pela população. As experiências tanto nacionais quanto internacionais têm demonstrado que as ouvidorias são capazes de dar respostas de qualidade e em curto período às pessoas que necessitam de acesso aos seus direitos. Além disso, a divulgação das queixas recebidas pelas ouvidorias pode tanto indicar os rumos que as políticas devem tomar, quanto contribuir para a mobilização social em torno de temas prioritários para a sociedade brasileira.

Ao mesmo tempo, não se podem desconsiderar as sucessivas tentativas de transformação das ouvidorias em espaços de obediência aos gestores, numa lógica própria das empresas privadas. No interior do próprio SUS existem ambas as concepções, muitos gestores buscam criar ouvidorias sem autonomia e sem condições de trabalho. Os relatórios das conferências de saúde evidenciam essa preocupação dos movimentos na saúde, no entanto apenas uma atuação vigorosa desses movimentos sociais será capaz de fazer com que a ouvidoria seja uma realidade no país.

Conforme ressalta Lyra, a ouvidoria talvez seja “o único órgão capaz de monitorar o dia a dia da administração pública brasileira” (2011b, p. 54) e, com isso, indicando caminhos para correção de eventuais falhas e processos, beneficiando não apenas o indivíduo

demandante, mas todos os possíveis usuários do sistema. Esse é o caminho para a superação da individualização presente na atuação da ouvidoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. São Paulo: Campus, 1992.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da X Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Histórica do CNS; n. 2).

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf. Acesso em: 13 dez. 2012.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIV Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRAZ, A. C. A. *Corrupção: combate pelo ombudsman parlamentar - ouvidoria do povo*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1992.

CARDOSO, A. S. R. A ouvidoria como instrumento de mudança. In: _____. LYRA, R. P. (org.). *Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011. p. 75-92.

DAGNINO, E. Cultura e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. (org.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000. p. 61-102.

GOMES, M. E. A. C. Do instituto do *ombudsman* à construção das ouvidorias públicas no Brasil. In: LYRA, R. P. (org.). *Autônomas x obedientes: a ouvidoria pública em debate*. Paraíba: Editora Universitária da UFPB, 2004. p. 41-118.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

LYRA, R. P. Ouvidorias públicas e privadas: análise comparativa. In: CARDOSO, A. S. R.; LYRA, R. P. (org.). *Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011a. p. 19-39.

_____. Ouvidorias e Ministério Público: as duas faces do *ombudsman* no Brasil. In: CARDOSO, A. S. R.; LYRA, R. P. (org.). *Novas modalidades de ouvidoria pública no Brasil*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011b. p. 41-73.

MACHADO, F. R. S.; LACERDA, A.; GUIZARDI, F. L. Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica. In: PINHEIRO, R. et al. (org.). *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco, 2012. p. 89-110.

NONET, P.; SELZNICK, P. *Direito e sociedade: a transição ao sistema jurídico responsivo*. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, p. 82-121, 2002.

VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (org.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

VISMONA, E. L. A ouvidoria no Brasil e seus princípios. In: _____ et al. *A ouvidoria no Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado–Associação Brasileira de Ouvidores, 2001. p. 11-20.

Autores

Adelyne Maria Mendes Pereira

Enfermeira pela Universidade Federal de Alfenas (UniFal), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz).

Alfredo de Oliveira Neto

Médico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É professor assistente no Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj e preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Aloísio Gomes da Silva Junior

Médico sanitário, doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz

(Fiocruz). Professor associado do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), pesquisador líder do Grupo de Estudos de Gerência e Ensino em Saúde (Geges/ISC-UFF/Cnpq) e do Laboratório de Universitário de Planejamento e Administração em Saúde (LupaSaúde/ISC-UFF).

Angélica Ferreira Fonseca

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), sanitarista, mestre e doutora pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e editora do periódico *Trabalho, Educação e Saúde*.

Bruna Ceruti Quintanilha

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da mesma instituição. Atualmente atua como psicóloga na Prefeitura Municipal de Vitória.

Camila Furlanetti Borges

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss/EPSJV-Fiocruz).

Elizabeth José Campos

Assistente Social pela Universidade Veiga de Almeida (UVA), possui pós-graduação em Serviço Social e Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (Ipub) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), docência em ensino fundamental e médio com habilitação

em sociologia. É mestre em Educação Profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e assistente social da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Médico pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Analista em Ciência e Tecnologia do Instituto Nacional do Câncer (Inca).

Felipe Dutra Asensi

Advogado formado pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e cientista social formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Mestre em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj). Doutor em Sociologia pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos (Iesp/Uerj). Pesquisador associado do Laboratório de Estudos sobre a Democracia (LED/Iesp/Uerj) e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/Uerj). Professor e coordenador de publicações da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Felipe Rangel de Souza Machado

Cientista social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj). É pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz), do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss).

Francini Lube Guizardi

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS)

da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). É pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na Escola de Governo em Saúde, em Brasília, do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss).

Grasiele Nespoli

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) e doutora em Educação em Ciências e Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (Nutes) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedds).

Gustavo Corrêa Matta

Psicólogo, mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Professor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), professor da Pós-graduação em Educação Profissional da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e colaborador da Uerj.

Maria Helena Magalhães Mendonça

Graduada em Sociologia e Política pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), mestre em Administração e Planejamento em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Atualmente é pesquisadora titular da Fiocruz.

Maria Luiza Silva Cunha

Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF), sanitarista, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). É professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) e do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss).

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e doutora em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Uerj. É pesquisadora e professora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz).

Marina Maria

Graduada em Jornalismo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e mestre pelo Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atua na área de comunicação de algumas instituições, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), mais especificamente no secretariado brasileiro do Observatório de Sexualidade e Política.

Maristela Dalbello Araújo

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e doutora em Psicologia

pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Atualmente é professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Ufes.

Ruben Araújo de Mattos

Médico pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj). É professor associado do IMS/Uerj. Participa do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Uerj e do programa de pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Uerj.

Tatiana Wargas de Faria Baptista

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj). É pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp-Fiocruz) e professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Ensp-Fiocruz.

Este livro foi impresso na Editora e Papéis Nova Aliança, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em fevereiro de 2015.

Utilizaram-se as fontes Book Antiqua e Gotham na composição, papel polen bold 70g/m² no miolo e cartão supremo 250g/m² na capa.