

# 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 asunção 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 topográfica<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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 suplício<sup>2</sup> 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

---

<sup>2</sup> 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 panóptico<sup>3</sup> 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

---

<sup>3</sup> 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 povo<sup>4</sup> 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-

---

<sup>4</sup> 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 disciplinar<sup>5</sup> 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 (*laisser-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-

---

<sup>5</sup> 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,<sup>6</sup> é que vai possibilitar, junto com a ideia de *homo*

<sup>6</sup> 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*,<sup>7</sup> 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).

<sup>7</sup> 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,<sup>8</sup> 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

---

<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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

---

<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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 saúde<sup>11</sup> 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”,

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

<sup>11</sup> 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 específicas<sup>12</sup> 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).

---

<sup>12</sup> 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,<sup>13</sup> 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

---

<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.

---

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

<sup>15</sup> 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.