



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Francini Lube Guizardi

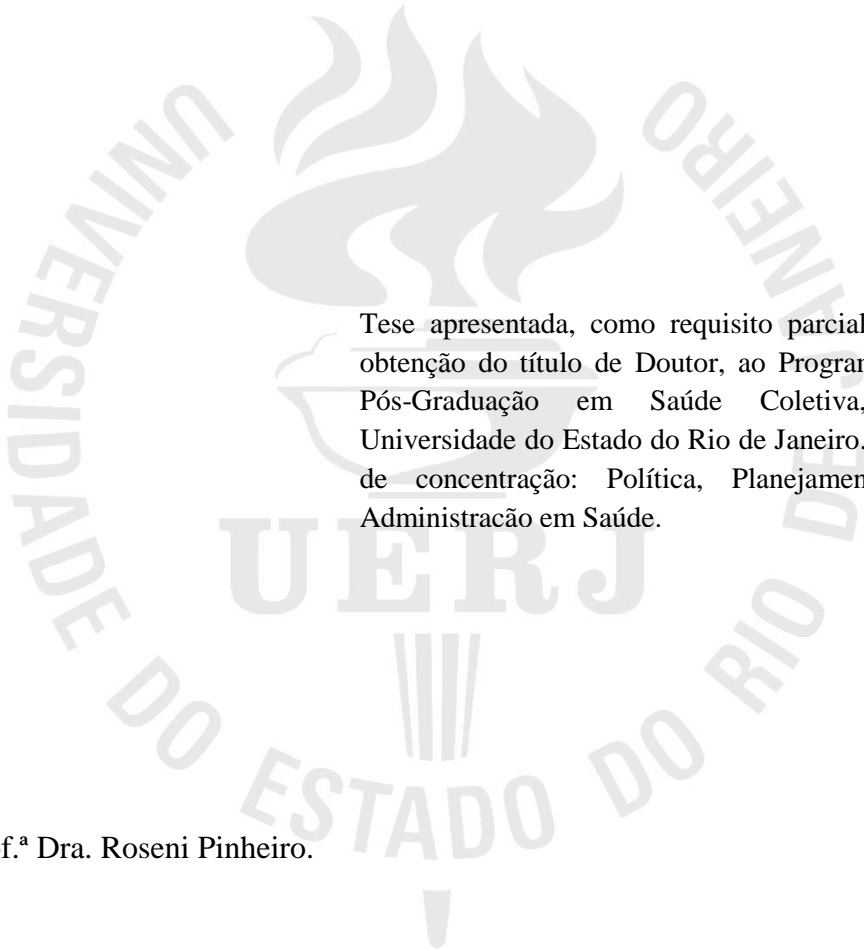
**Do controle social à gestão participativa: perspectiva (pós soberanas)
da participação política no SUS**

Rio de Janeiro

2008

Francini Lube Guizardi

**Do controle social à gestão participativa: perspectiva (pós soberanas)
da participação política no SUS**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G969 Guizardi, Francini Lube.

Do controle social à gestão participativa: perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS / Francini Lube Guizardi. – 2008. 259f.

Orientador: Roseni Pinheiro.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde – Teses. 2. Controle social – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 4. Participação política – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Francini Lube Guizardi

**Do controle social à gestão participativa: perspectiva (pós soberanas)
da participação política no SUS**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de setembro de 2008.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Instituto de Saúde da Comunidade – UFF

Prof. Dr. Giuseppe Mario Cocco
Escola de Serviço Social – UFRJ

Prof.^a Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros
Centro de Ciências Humanas e Naturais, Dep. de Psicologia – UFES

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Para Felipe.
Por Elis.

AGRADECIMENTOS

Espero conseguir não reduzir este gesto a uma formalidade, ainda que não possa deixar de sê-lo. Este trabalho chega a uma provisória *finalização em meio* a um percurso bastante intenso, característico do esforço de produção de uma tese. Isto por si não é nenhuma especificidade da trajetória que hoje entrevejo em retrospectiva. Ela, contudo, não poderia deixar de ser singular em seus encontros, desencontros, transformações e rupturas requisitadas e desejadas pelo caminho. A toda essa experiência sinto necessidade de agradecer, pois tanto este trabalho, como os modos de ser e viver pelos quais hoje me reconheço, em um movimento terno de estranhamento e acolhida, não poderiam advir sem tal trajetória. No entanto, me percebo refém de um grande desconforto (que talvez explique a dificuldade em escrever este último texto), pois vejo que seria, sobretudo, leviano, esperar nomear todos que a conformaram, eles próprios co-autores dessa produção, que não se limita às páginas seguintes. Porém, seria também leviano deixar de explicitar quem em uma demonstração de generosidade e solidariedade ajudou a concretizar essa etapa, que se encerra solicitando uma grande mobilização. Dentre tantos e tantas, agradeço em especial a Felipe, por seu amor guerreiro, pela presença, forte e doce, por toda ajuda, ao mesmo passo obstinada e dedicada, sem a qual com certeza a empreitada seria inviável em suas circunstâncias. À Elis, por todo o sentido, pelas coisas simples que importam. Agradeço à Ana, pela amizade construída com o carinho de uma verdadeira fada madrinha; à toda família, antiga família, pai, mãe, irmãs queridas, parte de mim que está sempre a acompanhar-me, e às outras famílias, que o bem-querer reuniu pela vida: Miguel, Márcio, badecos e lílicas, aos amigos e amigas, que fazem do Rio um lugar de morada, Rafa, Bruno, Felipe, Marcela e Veros. Agradeço à minha orientadora, Roseni, por todo aprendizado e por todas as oportunidades; aos colegas de trabalho do Labgestão, pela compreensão e pelo suporte ofertado; aos companheiros da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Não poderia deixar de mencionar Ruben, pela referência sempre disponível e acolhedora, em todos estes anos no IMS; e a rede universidade nômade, que nos apresentou outras perspectivas de luta, que marcaram definitivamente as interrogações e exclamações dessa pesquisa. Agradeço à CAPES, pelo apoio financeiro, sem o qual tanto o doutoramento, como o mestrado, teriam sido grandemente dificultados.

Enfim, agradeço a todos os companheiros e companheiras de percurso, com imenso e terno carinho, por ter podido chegar até aqui, com algumas clarezas e muito mais dúvidas quanto ao desafio cotidiano de viver em coerência com o desejo de um mundo também generoso e solidário nos encontros a que convida toda a gente.

A política é o horizonte da revolução que não termina, mas continua a ser reaberta pelo amor do tempo. Toda motivação humana em direção à política consiste nisto: em viver uma ética da transformação através de um desejo de participação que se revele amor pelo tempo a se construir.

Antonio Negri

RESUMO

GUIZARDI, Francini Lube. *Controle social à gestão participativa: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS*. 2008. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

Este trabalho parte da hipótese de que discutir a participação política no SUS exige a problematização das opções e concepções que orientam sua definição como controle social, operacionalizado por meio de mecanismos de representação de interesses. A intenção de promover uma reflexão sobre a participação política no SUS é remetida ao cotidiano institucional, como desafio de construção de modos de gestão participativos. A proposta metodológica baseia-se em uma abordagem filosófica, que tem por objetivo delinear os conceitos e dispositivos de gestão propostos no campo da Saúde Coletiva, as inovações teóricas que ofertam ao debate sobre a gestão em saúde, tendo por marcador o tema da política. Denominamos *matrizes conceituais* os dois planos filosóficos que selecionamos para estudo no campo da Saúde Coletiva, a saber, o Planejamento em Saúde e o Modelo Assistencial em Defesa da Vida. O conceito de Política que adotamos se define não em termos de igualdade (formal) que se contrapõe às diferenças (sociais), mas como co-produção de realidade que se concretiza nas relações entre Igualdade e Diferença, como acesso e uso dos bens-comuns, em sua capacidade indeterminada e aberta de criação de valor. Pensar a participação nestes termos significa tecer participações como possibilidade de instituir normas, e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas existentes. Nessa concepção propõe-se pensar a gestão como co-produção de saúde, a partir da publicização e articulação reticular da dimensão normativa da atividade humana, o que implica questionar a produção concreta (portanto local) das políticas e intervenções públicas. Dentre as principais questões teóricas discutidas, destacamos a articulação de redes de cooperação e a construção de saberes, artifícios técnicos e dispositivos que viabilizem a produção e legitimação do valor-Saúde como bem comum. Perspectiva que explicita as implicações que desejamos incorporar ao conceito de gestão participativa, como possível tecnologia de governo pós-soberana. A participação na saúde é pensada, deste modo, a partir do problema de constituição de uma política pública que consiga permanecer aberta e imprevisível, resguardando, contudo, condições materiais de igualdade. Nesse sentido, uma política pública que rompa com os mecanismos da soberania moderna ao incorporar em seus desenhos institucionais a imprevisibilidade da produção normativa, forjando-se como dispositivo ético (portanto aberto e comum) de produção de valor.

Palavras-Chave: Participação Política. Controle social. Gestão participativa. Políticas Públicas.

ABSTRACT

GUIZARDI, Francini Lube. *Social control to the participative management: (post sovereignty) perspectives of political participation in SUS*. 2008. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

This work is based on the hypothesis that discussing the political participation at the SUS requires problematization of options and concepts that guide its definition as social control, operated by mechanisms of interests' representation. The promotion of a reflection on the political participation at the SUS is referred to the institutional routine, as a challenge to build participative management modes. The methodological proposal is based on a philosophical approach, whose aim is to outline management concepts and devices proposed by Public Health, their theoretical innovations in the debate on healthcare management, marked by the theme of politics. Conceptual matrixes are the two philosophical plans selected for study in the field of Public Health, *i.e.*, Health Planning and the Assistance Model in Defense of Life. The concept of Politics adopted here is defined not in terms of (formal) equality as opposed to (social) differences, but as co-production of the reality built within the relations between Equality and Difference, as access and use of common goods, in their indefinite and open capacity to create values. Thinking about participation in these terms means to build participations as means of setting rules, and not only controlling the fulfillment and inspection of current rules. So we propose considering management as co-production of healthcare, from the publicization and reticulated articulation of the normative dimension of human activity, what means arguing the concrete production (thus local) of public politics and interventions. Among the main theoretical issues discussed here, we point out the articulation of cooperation networks and the construction of knowledge, technical support and devices that allow the production and legitimacy of the Health-value as common good. This perspective explains the implications we want to incorporate to the concept of participative management as a possible government post-authoritative technology. Health participation is taken here from the constitution of a public politics able to remain open and unpredictable, though keeping material conditions for equality. In this sense, a public politics breaking with the mechanisms of modern authority while incorporating, in its institutional design, the unpredictability of normative production, pretending to be an ethical device (thus open and common) of value production.

Key words: Political participation. Social control. Participative management. Public policies.

SUMÁRIO

1	A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA	11
1.1	Política e soberania no estado moderno: uma introdução à questão da participação política no SUS	12
1.1.1	<u>A participação política no SUS: cenários, dispositivos e obstáculos</u>	12
1.1.2	<u>Trajectoria histórica de constituição das formas hegemônicas de inserção e participação política</u>	22
1.1.2.1	A emergência do estado moderno como estado de direito e os mecanismos de representação política	24
1.1.2.2	Todo estado é de exceção? Sobre a constituição do plano política e seus conceitos limite	28
1.1.2.3	A produção de valor e as configurações modernas de exercício de poder	32
1.2	Reminiscências metodológicas	40
1.2.1	<u>Emergência do objeto</u>	40
1.2.2	<u>Percursos metodológicos</u>	42
1.2.2.1	O campo da Saúde Coletiva, sua constituição e história no contexto brasileiro	52
2	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO MODELO DE GESTÃO	63
2.1	Fundamentos conceituais do planejamento em saúde	63
2.1.1	<u>Contexto histórico-conceitual do surgimento do planejamento em saúde</u>	65
2.1.1.2	Planejamento estratégico situacional	71
2.1.1.3	O pensamento estratégico em saúde	81
2.2	O planejamento em saúde como recurso de transformação do modelo assistencial: os conceitos de Distrito Sanitário e Programação em Saúde .	89
2.2.1	<u>A proposta dos Distritos Sanitários no cenário da produção acadêmica brasileira</u>	90
2.3	Ação programática em saúde: contexto histórico de emergência	103
2.3.1	<u>Fundamentos e componentes conceituais da ação programática em saúde</u>	106
2.3.2	<u>Implicações e posicionamentos políticos da teoria da ação programática</u>	112

2.4	A teoria comunicativa no campo do planejamento e gestão em saúde	115
2.4.1	<u>O planejamento comunicativo e a gestão pela escuta: interfaces com o campo da saúde</u>	123
2.4.2	<u>Considerações sobre o enfoque comunicativo do planejamento e gestão em saúde</u>	124
2.5	Considerações sobre a matriz conceitual do planejamento em saúde	125
3	A DEFESA DA VIDA COMO VALOR QUE ORIENTA A GESTÃO EM SAÚDE	128
3.1	Delineando a matriz conceitual em defesa da vida	128
3.1.1	<u>A racionalidade que fundamenta as propostas de Reforma Sanitária como contraponto a partir do qual se organiza o modelo em defesa da vida</u>	132
3.2	Configuração tecnológica do trabalho em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em ato	143
3.2.1	<u>Especificidades do trabalho em saúde na perspectiva da micropolítica do trabalho</u>	146
3.3	Gestão em saúde e transformação do modelo assistencial	151
3.4	A produção de democracia institucional nas “Organização Pública de Saúde”	160
3.4.1	<u>O conceito de (co)gestão nas organizações de saúde</u>	162
3.4.2	<u>O método da roda: uma proposta de go-gestão de coletivos organizados para a produção</u>	169
3.4.3	<u>Papel dos dirigentes d das instâncias colegiadas</u>	172
3.4.4	<u>Produção compartilhada de informações, análise e conhecimentos</u>	173
3.4.5	<u>Cogestão como coprodução como coprodução de sujeitos (e de obras): o fator paidéia</u>	176
3.5	Considerações sobre a matriz conceitual “Em defesa da vida”	181
4	PARTICIPAÇÃO POLÍTICA, PRODUÇÃO DE VALOR E GESTÃO EM SAÚDE	187
4.1	Política e produção de valor	188
4.1.1	<u>Notas antecedentes sobre política e produção de valor na modernidade</u>	188
4.1.2	<u>Atividade humana, suas relações com a política, a linguagem e produção de</u>	

	<u>valor</u>	197
4.1.2.1	Eu falo, tu falas, ele fala: nós falamos	204
4.2	A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano e a participação política no sus	207
4.2.1	<u>Pensar a gestão como produção de normas e de saúde</u>	212
4.2.2	<u>Perspectivas democráticas e suas condições de possibilidade: sobre a participação política e os desafio da reorganização das instituições e da gestão em saúde</u>	216
4.3	Considerações provisórias sobre as perspectivas (pós-soberanas) para participação política no SUS	241
	REFERÊNCIAS	253

1 A CONSTITUIÇÃO DO PROBLEMA

1.1 Política e soberania no estado moderno: uma introdução à questão da participação política no SUS

1.1.1 A participação política no SUS: cenários, dispositivos e obstáculos

As lutas políticas pela democratização de nossas relações sociais, historicamente marcadas por exclusões, pela reificação de desigualdades e autoritarismos, têm no campo da saúde um horizonte promissor, principalmente quando comparado à história do Estado brasileiro e de suas políticas públicas, em especial, as políticas sociais. Esse caráter inovador pode ser particularmente vislumbrado no Sistema Único de Saúde (SUS) com a criação das Conferências e Conselhos de Saúde, espaços em que o princípio constitucional de participação da comunidade adquiriu configuração institucional, expressando o projeto de democratização do planejamento e execução das políticas de saúde no Brasil. Conselhos e Conferências de saúde são instâncias de controle social¹ que representam o reconhecimento formal da participação política como condição e recurso indispensável à construção do direito à saúde.

Ao falarmos em construção procuramos enfatizar sua apreensão não estritamente como garantia constitucional, formalização jurídica, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores “que estruturam uma linguagem pública” (TELLES, 1994, p.92) e que ganham materialidade através da complexidade dos fluxos e movimentos societários. Nesse sentido, consideramos a conquista constitucional apenas uma faceta da construção efetiva da saúde como um direito. Construção coletiva, que não entendemos como sendo relativa a modelos ou metas a serem alcançadas, mas sim à produção de realidades sociais. A noção de direito é aqui entendida como invenção política, não porque implica diretamente a instância estatal, mas porque presume a conformação de referências de sociabilidade, a constituição de territórios existenciais. Construção política do direito à saúde que faz do SUS campo de lutas primordial nesse processo histórico-social e da participação política estratégia fundamental.

A criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, com a Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, representa a tentativa de viabilizar uma arquitetura institucional que

¹ Ao contrário do sentido que a expressão possui na literatura sociológica, controle social no Sistema Único de Saúde é significado como controle da sociedade e de seus representantes sobre o modo como o Estado formula e concretiza a política pública de saúde.

garantisse o projeto de democratização do Estado. A formalização dessas instâncias consistiu num esforço em assegurar a existência de espaços de representação dos segmentos que compõem o SUS, com caráter permanente e deliberativo, dotados de prerrogativas de formulação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas de saúde.

Os conselhos foram incorporados à *Constituição*, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los (GERSCHMAN, 2004, p. 1672).

Contudo, tal como o direito à saúde não se define estritamente por sua explicitação constitucional, também a participação política não depende apenas da existência formal de tais instâncias para ser efetiva na gestão das Políticas Públicas de Saúde. Como veremos ao retomar a literatura sobre o tema, particularmente no que diz respeito aos Conselhos de Saúde, é possível observar aspectos recorrentes na experiência de participação política no SUS. De modo geral têm persistido inúmeros obstáculos à concretização das principais expectativas vinculadas a essas instâncias, dentre as quais se destaca a reversão do padrão de planejamento e execução das políticas de saúde em direção à radicalização do projeto democrático. Aspecto principalmente pertinente à sua capacidade de determinar a produção das políticas públicas a partir das características locais e regionais e da experiência dos setores e grupos sociais implicados.

Nessa direção, várias publicações² apontam dificuldades que têm pautado essa participação e que em grande medida têm obstaculizado o exercício de suas prerrogativas na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Estudos sobre os Conselhos de Saúde, principal espaço de participação política da comunidade, têm repetidamente indicado sérias amarras à concretização de seus objetivos. O Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, organizado pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde identificou como obstáculos relevantes à concretização dos conselhos :

[...] 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

² Para explorar essas discussões ver WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007; SERAPIONI e ROMANI, 2006; BELLO, 2006; GUIZARDI e PINHEIRO, 2006; MORONI, 2005; COHN, 2003; BORGES, 2003; GUIZARDI, 2003; RIBEIRO e ANDRADE, 2003; SOARES e RIBEIRO, 2003; TATAGIBA, 2002; LABRA e FIGUEIREDO, 2002; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002; PESSOTO, NASCIMENTO e HIEMANN, 2000; RIBEIRO, 1997; PINHEIRO, 1995; SPOZATI e LOBO, 1992.

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 (MS, 2005).

Tais resultados demonstram que a intenção de vocalização dos interesses e de construção de estratégias de intervenção por grupos e setores usualmente segregados do plano institucional de deliberação política não tem se concretizado. Nesses dezessete anos de experiência com os conselhos, hoje presentes em 5580 municípios brasileiros (MS, 2008), tem-se constatado que a participação, principalmente do segmento dos usuários, 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. Interferem nesse aspecto os artifícios de poder do discurso técnico-científico (WENDHAUSEN E CAPONI, 2002; RIBEIRO e ANDRADE, 2003; RIBEIRO, 1997), as dificuldades dos mecanismos de representação (COELHO, 2007; BELLO, 2006; SERAPIONI E ROMANI, 2006; COHN, 2003; LABRA e FIGUEIREDO, 2002; TATAGIBA, 2002; SOARES e RIBEIRO, 2003; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002; PESSOTO, NASCIMENTO e HIEMANN, 2001; BORGES, 2003); a tendência de reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder (PINHEIRO, 1995); e a apropriação dos conselhos pelo poder executivo, com um conseqüente caráter monológico prevalecendo na dinâmica desses espaços (WENHAUSEN e CARDOSO, 2007; MORONI, 2005; GUIZARDI, 2003; RIBEIRO e ANDRADE, 2003; WENDHAUSEN e CAPONI, 2002). Apropriação que Wenhausen e Cardoso (2007), em um estudo sobre o processo decisório nos conselhos gestores de saúde, identificam particularmente no tocante à formulação da agenda, já que sua pré-determinação pela representação governamental impede os demais membros de proporem temas e assuntos, de modo que o controle freqüente do Estado sobre a agenda dos conselhos acaba por determinar e definir os assuntos considerados “relevantes” e “pertinentes” (WENHAUSEN e CARDOSO, 2007; RIBEIRO e ANDRADE, 2003; TATAGIBA, 2002).

Outro elemento recorrente na literatura, e que demonstra as dificuldades que os conselhos têm enfrentado no cumprimento de suas prerrogativas, diz respeito à dependência entre a efetividade de seu funcionamento e o posicionamento político da gestão. Conforme Campos (2007), a principal resistência conservadora à concretização do que prescreve a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.142) deriva da autonomia que os gestores possuem em optar ou não

pela implementação do SUS em seus respectivos sistemas municipais e estaduais, o que tem acentuado as diferenças de acesso regional e gerado grande imprecisão na definição da responsabilidade sanitária de cada ente federado. Cohn (1995) estabelece uma correlação direta entre o grau e a qualidade da participação no SUS e a identificação dos profissionais em postos de direção com o projeto de sua implementação e viabilização. Aspecto também sinalizado por Coelho (2007), que relaciona o comprometimento dos gestores como fator favorável à atuação do conselho, além de outras questões como a transparência e a dinâmica inclusiva da eleição de conselheiros e a presença do associativismo popular.

A relação das redes e movimentos sociais com o poder executivo assume, com isso, a tendência à incorporação deste “outro”, identificado como representante da Sociedade Civil. Na medida em que as ações dos Conselhos demonstram depender de decisões políticas dos setores administrativos, grandes constrangimentos se colocam ao objetivo de formulação democrática das políticas. Relação de forças que interfere e impõe severos limites para a atuação dessas instâncias no SUS, já que comumente não conseguem constituir-se como arena política de fato marcada pela alteridade, pelo diálogo e pela presença dos posicionamentos diversos que deveria expressar.

[...] apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade prática dos CS. E quando isso sucede, é entendido como sendo uma função das autoridades e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum (LABRA e FIGUEIREDO, 2002, p. 545).

Essas considerações apontam-nos uma tendência de recusa, por parte do Estado, em partilhar o poder decisório nos espaços dos conselhos (TATAGIBA, 2002). Recusa que se revela muitas vezes na dificuldade de reconhecimento da legitimidade dos representantes da Sociedade Civil, aspecto especialmente destacado quando retomamos a complexidade das questões técnicas implicadas nas discussões levadas ao Conselho. Nesse sentido, no que concerne à representação nos conselhos, como afirma Andrade et al (2003), “deve-se levar em consideração os conhecimentos específicos e as constantes modificações normativas inerentes ao campo da saúde que, aliados a capacitações esporádicas e pouco efetivas, têm dificultado a participação dos usuários no exercício do controle social” (p.449). Wendhausen e Cardoso (2007) apontam como problemas freqüentes no funcionamento desses fóruns a dessimetria

pela implementação do SUS em seus respectivos sistemas municipais e estaduais, o que tem acentuado as diferenças de acesso regional e gerado grande imprecisão na definição da responsabilidade sanitária de cada ente federado. Cohn (1995) estabelece uma correlação direta entre o grau e a qualidade da participação no SUS e a identificação dos profissionais em postos de direção com o projeto de sua implementação e viabilização. Aspecto também sinalizado por Coelho (2007), que relaciona o comprometimento dos gestores como fator favorável à atuação do conselho, além de outras questões como a transparência e a dinâmica inclusiva da eleição de conselheiros e a presença do associativismo popular.

A relação das redes e movimentos sociais com o poder executivo assume, com isso, a tendência à incorporação deste “outro”, identificado como representante da Sociedade Civil. Na medida em que as ações dos Conselhos demonstram depender de decisões políticas dos setores administrativos, grandes constrangimentos se colocam ao objetivo de formulação democrática das políticas. Relação de forças que interfere e impõe severos limites para a atuação dessas instâncias no SUS, já que comumente não conseguem constituir-se como arena política de fato marcada pela alteridade, pelo diálogo e pela presença dos posicionamentos diversos que deveria expressar.

[...] apesar de o tema do controle social ter sido um objetivo fundamental da construção democrática do SUS, e continuar sendo tema central das conferências de saúde em todos os níveis, de incontáveis debates e numerosas publicações, em geral não é percebido como uma realidade prática dos CS. E quando isso sucede, é entendido como sendo uma função das autoridades e não como um meio para os cidadãos exercerem vigilância sobre as ações dos poderes públicos de modo que atendam o bem comum (LABRA e FIGUEIREDO, 2002, p. 545).

Essas considerações apontam-nos uma tendência de recusa, por parte do Estado, em partilhar o poder decisório nos espaços dos conselhos (TATAGIBA, 2002). Recusa que se revela muitas vezes na dificuldade de reconhecimento da legitimidade dos representantes da Sociedade Civil, aspecto especialmente destacado quando retomamos a complexidade das questões técnicas implicadas nas discussões levadas ao Conselho. Nesse sentido, no que concerne à representação nos conselhos, como afirma Andrade et al (2003), “deve-se levar em consideração os conhecimentos específicos e as constantes modificações normativas inerentes ao campo da saúde que, aliados a capacitações esporádicas e pouco efetivas, têm dificultado a participação dos usuários no exercício do controle social” (p.449). Wendhausen e Cardoso (2007) apontam como problemas frequentes no funcionamento desses fóruns a dessimetria

entre seus participantes, a falta de acesso a informações, o uso de linguagem técnica, práticas de manipulação política e atitudes ambíguas dos setores governamentais em relação à participação, que por vezes é incentivada e por outras coibida. Dentre todos estes fatores as autoras destacam que as relações de força nos conselhos são pautadas pelo recurso a conhecimentos e saberes considerados legítimos, de forma que “aqueles que detêm o poder, através do discurso competente, determinam como deve ser o jogo do poder” (p.583).

Partindo dessas colocações podemos especular a frequência com que, nos conselhos de saúde, a legitimidade da argumentação técnico-científica impõe o silêncio às experiências populares e desautoriza o posicionamento de seus representantes ao colocar-se como requisito ao diálogo. Trata-se, como aponta Ribeiro (1997), da prevalência do posicionamento e da mediação da burocracia técnica na forma como são operadas as estruturas decisórias, o que ocorre em geral pela “intermediação da política pela técnica” (p.86). Relação ^{hierárquica} assimétrica de poder em que o contexto de deliberação política torna-se pouco acessível aos representantes dos segmentos dos usuários e trabalhadores, concorrendo com isso para a burocratização dos conselhos e para sua restrição a uma dinâmica informativa e consultiva.

Cohn (2003), avaliando a relação entre Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde, aponta que a “democratização da democracia” não tem sido fortalecida pela atuação dos conselhos, em razão de aspectos como a pouca rotatividade de seus membros e a tendência de distanciamento entre representantes e representados, responsável pelo avanço do caráter burocrático-administrativo destas instâncias, em detrimento de sua dimensão política. A autora problematiza no contexto dos conselhos a prevalência da “política dos técnicos”, que concorre para o fortalecimento de “particularismos generalizados”.

Como pode observar na pesquisa de mestrado, conclusões referendadas por outros diversos trabalhos (SERAPIONE e ROMANI, 2006; BELLO, 2006; TATAGIBA, 2002; SOARES e RIBEIRO, 2003; BORGES, 2003), a própria premissa da representação tem-se revelado problemática, uma vez que os conselheiros frequentemente não se colocam como porta-vozes de demandas e questões coletivas, assumindo sua participação um caráter circunstancial. Muitos deles relatam o sentimento de isolamento, a dificuldade em representar a sua entidade ou comunidade, levar suas informações ao conselho e participá-la, ou torná-la ciente de seus processos. De um modo geral, os conselheiros (falamos especificamente dos não-governamentais) “[...] têm encontrado pouco respaldo e acompanhamento de suas ações por parte das entidades que representam” (TATAGIBA, 2002, p.65). Assim, a própria premissa da representatividade dos que ocupam assento nos conselhos releva-se frágil, dadas as dificuldades em estabelecer mecanismos adequados para o acompanhamento e controle da

atuação dos representantes (BELLO, 2006). Aparte a própria impossibilidade, caso fosse efetiva a relação entre conselheiros e suas respectivas entidades, de assegurar que estes são capazes de ser porta-vozes de todos os cidadãos (SERAPIONI e ROMANI, 2006).

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. Fator que nos permite perceber a existência de diferentes inserções nos Conselhos de Saúde. De fato, pretender uma igualdade a partir da presença física dos representantes seria supor que ela pudesse superar em si mesma um longo processo sócio-histórico engendrado através de inúmeras desigualdades. Como indica Pinheiro (1995) em seu estudo sobre a institucionalização destes espaços, os Conselhos por ela pesquisados acabaram por reproduzir o jogo político local em suas relações de força e exercício de poder, de forma que as decisões tomadas tenderam a expressá-lo.

Aspecto observado inclusive no tocante à seleção dos representantes que o constituem. Aliás, este permanece sendo um tema pouco debatido. Os critérios e mecanismos de seleção das instituições que designam representantes para os conselhos de saúde são pouco publicizados e problematizados, o que em várias localidades possibilitou que a composição dos Conselhos de Saúde fosse estabelecida por grupos e setores hegemônicos, reproduzindo frequentemente a cultura política patrimonialista e clientelista que marca a constituição do Estado brasileiro.

Mesmo quando a Sociedade Civil organizada consegue impor sua presença nos conselhos, não é possível assegurar que a desigualdade inicial em termos de participação e distribuição de recursos e serviços esteja sendo revertida, já que os segmentos mais mobilizados tendem a ter acesso diferenciado, concentrar poder e meios de intervenção (BELLO, 2006). Ribeiro e Andrade (1997) salientam que a desigualdade política que demarca a atuação dos atores que representam interesses específicos nos espaços dos conselhos de saúde indica que o “entendimento da desigualdade na distribuição de recursos relativos à cultura política é fundamental para a compreensão de fenômenos políticos contemporâneos” (p. 353). Nesta direção, Coelho (2004) sinaliza que grupos excluídos, não organizados e organizados, que não possuem vínculos políticos, encontram grande dificuldade em participar dos Conselhos de Saúde. Como afirma Pinheiro (1995);

Ainda que se defenda a paridade, como padrão jurídico de igualdade de condições, tem-se claro que se deseja uma paridade entre desiguais, pois a composição desses órgãos não representa apenas reivindicações, mas também profundas diferenças sociais. Diferenças

que refletem os efeitos do modo de produção de uma sociedade, e a relação desta com a política que tendem a obstaculizar formas de representação e mesmo de participação (p.91).

O reconhecimento desse cenário tem levado à proposição de um conjunto de intervenções, voltadas principalmente para o melhor funcionamento dos conselhos. Dentre elas, os processos de capacitação surgem como a principal estratégia. Não pretendemos questionar a importância de uma preparação adequada dos conselheiros de saúde, mas consideramos que focar o debate da participação nessa temática apresenta limites que precisam ser questionados.

Um deles é não intervir nos mecanismos de representação, cujos critérios de seleção (em função mesmo da complexidade da dinâmica desses espaços) levam a uma certa especialização e elitização desses conselheiros, tendendo a concentrar cada vez mais o contingente de usuários que efetivamente participam dessas instâncias. Corroborando essa avaliação, Gerschman (2004), em estudo sobre municípios do Rio de Janeiro, conclui que os indicadores de escolaridade, renda e sexo revelam que “[...] a composição social dos conselheiros representantes dos usuários configura uma elite na comunidade a que pertencem” (p. 1673). Em pesquisa realizada sobre o perfil dos conselheiros de saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro, Labra e Figueiredo (2002) indicam que

A experiência prévia [como representante em conselhos de políticas públicas], mais o nível educacional acima da média e o pertencimento à direção da organização [que representam] revelariam duas tendências convergentes: a “profissionalização” da atividade de conselheiro e certa “elitização” dos ocupantes desse cargo, tendências essas reforçadas pela predominância de representantes de usuários do sexo masculino (p. 511).

Focar as respostas para o problema da participação política na capacitação dos conselheiros tende também a tornar complicada sua substituição pelas entidades representadas, sem mencionar que o domínio técnico das questões pode ter como efeito reverso o distanciamento da comunidade dos debates. Essas indicações nos levam a pensar que talvez seja necessário um exercício de estranhamento frente aos recursos de participação que conhecemos. Em vez de procurar adaptar os representantes (especialmente os dos usuários) à complexa dinâmica desses espaços, porque não questionar sua organização, as relações de poder que os produzem? Como por exemplo, a necessidade e os usos que tornam o discurso que neles se emprega um manejo de *hipercodificações ideológicas* (WENDHAUSEN e CAPONI, 2002), que obscurecem as opções políticas e as interpretações

divergentes das questões tratadas? Porque não estranhar o desconhecimento dos usuários das possibilidades de intervenção?

Como salienta Chauí (in WENDHAUSEN e CAPONI, 2002), “a condição para o prestígio e para a eficácia da competência como discurso do conhecimento, depende da afirmação tácita e da aceitação tácita da incompetência dos homens enquanto sujeitos sociais e políticos” (p.11). Em outros termos, em nossa compreensão, a questão da participação não passa pela qualificação dos discursos, uma vez dado o referencial da competência e de sua legitimidade. Antes, ela não pode desvencilhar-se do questionamento desses signos e sentidos do discurso autorizado, que pretende negligenciar as ações dos homens em sua condição (propriamente humana) de sujeitos políticos.

Embora sejam frequentemente reportadas aos espaços dos conselhos, as questões e obstáculos mapeados não nos remetem apenas a eles. Ao contrário, remontam a um leque amplo de problemas que sinalizam que pensar a participação política no SUS significa hoje enfrentar alguns desafios como a reconstrução da arquitetura dessa participação; o resgate do papel político dos conselhos e da atribuição 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). Tais desafios incidem sobre uma interrogação central à efetivação do princípio de participação da comunidade: o que se entende por participação? Que formas de participação política se espera construir no SUS?

Usualmente antes de serem colocadas, essas perguntas são precedidas por freqüentes queixas sobre a baixa participação da comunidade no SUS (GERSCHMAN, 2004, p. 1673) ou, ainda, queixas sobre as concepções de participação que nela prevalecem. Vazquez et al (2003) constataram em pesquisa realizada em dois municípios de Pernambuco, que quase 60% dos 1592 entrevistados não sabem indicar formas de participação no SUS, sendo que em torno de 20% dos demais reconhecem prioritariamente como participação o uso dos serviços. Menos de 1% citou os mecanismos institucionais existentes. Esses dados nos sinalizam a necessidade de discutir as possibilidades de participação política existentes no SUS, especialmente quando atentamos para o processo de constituição de novos espaços, como os Pólos de Educação Permanente, o Sistema de Ouvidoria, as mesas de negociação, as plenárias regionais e consultas públicas, entre outros, que nos recolocam uma série de questões, em especial as que nos indagam sobre os caminhos possíveis e os obstáculos a serem enfrentados na construção dessa participação.

Nesse sentido, as questões trazidas sobre a concretização do controle social nos conselhos de saúde apontam-nos um debate necessário sobre a eficácia (deliberativa) dos dispositivos institucionais de participação política hoje existentes no SUS. Remetem-nos, sobretudo, à discussão sobre a construção e articulação de novos recursos e artifícios de participação que expressem a diversidade das experiências e posicionamentos implicados na produção das políticas de saúde. Isto porque, o princípio de participação da comunidade supõe que a constituição da política seja porosa às demandas, realidades e “fazeres” dos diferentes agentes e grupos sociais, possibilitando não somente a atualização das formas já instituídas do direito à saúde, mas também a expressão de seus movimentos instituintes, em outros termos, sua expressão como constituição de políticas públicas e, portanto, constituição do próprio direito.

Em nossa compreensão esse desafio não trata, exatamente, de fazer o político corresponder ao social, mas de “inserir a produção do político na criação do social” (NEGRI, 2002, p.425), de afirmar a dimensão política da ação como as possibilidades e usos feitos na produção de realidades sociais. Como coloca Arendt (1998) o sentido da política é a liberdade, a liberdade de produção do novo, razão pela qual qualificamos como sendo política a participação que esperamos ver no SUS.

[...] sempre que algo novo acontece, de maneira inesperada, incalculável e por fim inexplicável em sua causa, acontece justamente como um milagre dentro do contexto de cursos calculáveis. Em outras palavras, cada novo começo é, em sua natureza, um milagre – ou seja, sempre visto e experimentado do ponto de vista dos processos que ele interrompe necessariamente. [...] Se o sentido da política é a liberdade, isso significa que nesse espaço – e em nenhum outro – temos o direito de esperar milagres. Não porque fôssemos crentes em milagres, mas sim porque os homens, enquanto puderem agir, estão em condições de fazer o improvável e o incalculável e, saibam eles ou não, estão sempre fazendo (p.42).

Pensar a constituição do novo, do que se situa como externalidade às possibilidades que o presente reconhece, significa em nossa compreensão interrogar radicalmente os dispositivos, espaços e, sobretudo, os sentidos que a participação política no SUS adquiriu. A radicalidade a que referimos não condiz com a negação ou desconstrução das alternativas já criadas, e sim com o estranhamento da suposição de que sejam as únicas existentes ou viáveis. Trata-se de um exercício que em nossa perspectiva antecede a avaliação dos resultados das instâncias formalizadas, e que se direciona ao questionamento de suas intencionalidades e sentidos. Em suma, falamos do exercício de propor perguntas que nos

ajudem a estranhar as realidades que se apresentam como fechadas, já determinadas em seus horizontes de possibilidade. Perguntas como, por exemplo,

“o que é – ou o que está sendo entendido como participação?”, questão se desdobra em outras perguntas também anteriores à análise da efetividade de um determinado arranjo participativo. Que processos devem ser considerados como participatório: a escolha de representantes (e por que vias) ou a expressão direta de demandas (individuais ou coletivas)? Que dimensões da vida social devem ser destacadas para que se identifique a ação participativa? Enfim, em termos teóricos, como definir participação? (MS, 2006).

Sem tais estranhamentos, deduzimos que dificilmente os obstáculos mapeados poderão ser desfeitos e superados, o que significa não somente intervir nos efeitos que geram, mas também em seus regimes de produção, nos entrelaçamentos e determinações que os atualizam em tão diversas circunstâncias. Questões que remetem à constituição dos territórios existenciais a partir dos quais as instituições se forjam como lógicas materializadas em relações e equipamentos sociais, em tecnologias específicas de governo. Colocar neste plano o problema da participação política no SUS consiste em aceitar o repto de criar novas alternativas e também de reinventar as já existentes, de aproximá-las das expectativas éticas de democratização social que o direito à saúde expressa e mobiliza.

Partimos de uma hipótese teórica que orienta o percurso desta pesquisa. Trata-se da posição assumida de que discutir a participação política no SUS e suas possibilidades exige a problematização das opções e concepções que orientam sua definição e operacionalização estritamente por meio de mecanismos de representação. Como apresentaremos adiante, tal hipótese nos levou a propor o deslocamento de nosso objeto de análise. Assim, a intenção de promover uma reflexão sobre as possibilidades de participação política no SUS é neste trabalho remetida ao cotidiano institucional da gestão.

Tal posição não pretende negligenciar os avanços obtidos com a conquista dos fóruns institucionalizados de participação. Ao contrário, ~~supõe-se~~ que sua necessária e desejada eficácia depende da capacidade de radicalizar o projeto democrático, estendendo a participação à construção e gestão cotidiana da política de saúde, posto que é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente a população vive como realidade material o direito à saúde. Afinal, “a participação não pode ficar restrita a uma interpretação meramente formal dada pela democracia representativa. Faz-se necessário, portanto, ampliar a noção de participação de modo a resgatar um conteúdo mais ativo, de modo que a democracia possa realmente se aprofundar” (SANTOS, 2008, p.8).

Os limites encontrados em pensar a participação política no SUS para além dos mecanismos de representação não são, contudo, uma peculiaridade do Sistema de Saúde e da organização sócio-política brasileira. Eles remetem, antes, à constituição do Estado como forma hegemônica de institucionalização da ação política. Sem a compreensão dessas vinculações torna-se complicado debater o que entendemos e desejamos construir como materialização do princípio de participação da comunidade no SUS e propor alternativas à sua concretização.

1.1.2 Trajectoria histórica de constituição das formas hegemônicas de inserção e participação política

Neste tópico procuraremos explicitar o conceito de participação política a partir do qual surge nosso problema de pesquisa. Usualmente, apesar de ser em uma primeira aproximação uma noção bastante recorrente, a idéia de 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 pretendemos nesse trabalho abordar, cuja pertinência depende exatamente 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 polis, 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 com que, nos limites deste pensamento de inspiração liberal, a inserção política seja compreendida justamente como o direito à representação.

[a respeito da definição liberal de democracia] A cidadania é definida pelos direitos civis e a democracia se reduz a um regime político eficaz, baseado na idéia 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 idéia de representação, ora entendida como delegação de poderes, ora como ‘governo de poucos sobre muitos’, no dizer de Stuart Mill (CHAUI, 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 deste pensamento, que tem em Locke uma 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 (subjeto), 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, 2001, p.143).

Retomar os traços gerais que orientam essa concepção liberal é oportuno na medida em que 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 objetamos aqui que a igualdade formal assim afirmada tenha sido passo imprescindível para a conquista de uma gama de direitos civis, políticos e sociais. Procuramos apontar, outrossim, 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. Isto é particularmente relevante quando observamos que a legitimidade deste 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* sua mais expressiva configuração institucional, em nossa avaliação o questionamento da premissa liberal da participação como representação política permaneceu demasiado tímido, como se este fosse em certa medida um *a priori* ao

debate. Nesse sentido consideramos 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 este ponto, colocar a discussão sob o prisma do que Boaventura de Souza Santos (2006) intitula Sociologia das Ausências, já 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” (p.23, *tradução nossa*).

A discussão que propomos acerca da participação política no SUS tem como horizonte justamente as alternativas e possibilidades não colocadas de intervenção no campo da saúde. O desafio é forjar questionamentos que forcem os limites do real na direção da constituição de novas experiências de inserção e participação política no sistema de saúde. Quanto a isto, é inevitável interrogar sobre a produção desta grande ausência em nossos modos de organização política: o silêncio existente em torno do que difere das estratégias hegemônicas (balizadas por mecanismos de representação) de participação.

Nosso objetivo neste momento torna-se a análise da produção dessa ausência, o que requer a compreensão de suas relações com a organização do Estado Moderno, posto ser este o principal dispositivo de normatização da ação e inserção política dos homens nas sociedades contemporâneas.

1.1.2.1 A emergência do estado moderno como estado de direito e os mecanismos de representação política

O Estado como ordem política surgiu na Europa entre os séculos XIII e fins de XVIII, ou início de XIX com a progressiva territorialização do comando e com a 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 distanciamento neutral, a partir da qual se faria possível o arbítrio dos conflitos em prol da instauração e manutenção da ordem social. Objetivo indissociável das exigências de acumulação do nascente Capital, vinculação que aponta a extensão das mútuas implicações e determinações na emergência de ambos os fenômenos históricos (SCHIERA, 1998).

Atributos de mundaneidade (em contraposição com a 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, 1998:427).

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. Ocorreu, outrossim, afirmá-los em função de valores que não a referida personificação histórica: valores apresentados como pertencentes ao indivíduo, em função do que este passa a ocupar o lugar de "protagonista direto da vida civil e política" (SCHIERA, 1998:430). Como expuseram Negri e Hardt (2001), "por meio dessas operações da máquina de soberania, a multidão se transforma, em todos os momentos, numa totalidade ordenada" (p.105). Uma totalidade de indivíduos, uma nação.

Assim, o Estado organiza-se como Estado de garantias, frente ao qual a participação política, o agir político em sua dimensão ontológica, é resolvido como sendo pertinente ao âmbito das liberdades individuais, já que o indivíduo se faz fonte da legitimidade estatal. Formalização que apenas foi possível ao recorrer a referências lógicas e abstratas, portanto externas e inobjetáveis: as normas jurídicas, por meio das quais é instituída a igualdade de todos os indivíduos perante o Estado. Como salienta Schiera (1998), 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 (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) frente à

instância estatal. A liberdade de participação política delimitada neste contexto equivale, portanto, à liberdade das garantias individuais. O Estado faz-se “externo” à sociedade, demarcando a moderna fronteira entre o que seria social e o que seria político.

Por outro lado, percebe-se facilmente que a igualdade que esta noção de cidadania pressupõe choca-se com a desigualdade real inerente ao processo de acumulação capitalista que se mostra a outra face da formação do Estado Moderno. A ambigüidade presente entre a formalização legal e a dinâmica societária real materializa-se no fato de que a “*res publica*” assim instituída revela-se referência maior aos “possuidores de bens: sejam eles terras, instrumentos de trabalho ou mercadorias” (GERSCHAMN, 1995:28). 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 dos homens de sua prerrogativa de constituição de mundo, 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 idéia de poder constituinte é juridicamente pré-formada quando se pretendia que ela formasse o direito, é absorvida pela idéia 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 pública* (agora sinônimo de esfera estatal) da construção política. Alijamento fundado nos mecanismos de regulação do poder constituinte imanente à vida, separada do político e feita espaço próprio do social. O campo da representação é então batizado como prática política por excelência, força maior de expressão dos poderes “do cidadão”, cujo exercício político fica desta forma confinado, num território próprio e distante de seu fazer cotidiano. A política é esvaziada de sua dimensão ontológica, salvaguardada da contaminação intempestiva do desejo, tornada prática exclusiva da chamada classe política.

As demais convertem-se, assim, em meras classes sociais.

Conforme leitura realizada por Negri (2002), se a representação pesa sobre o poder constituinte como uma sobre-determinação espacial de sua expressão - ao confiná-la às salas e corredores estatais, às assembleias legislativas formais, o constitucionalismo pesa-lhe como uma clausura temporal. Isso porque, embora expresso na vitalidade do processo constitucional, o poder constituinte torna-se um procedimento extraordinário. Poder restrito a períodos determinados, fora dos quais o constitucionalismo se exerce como prática de limitação, “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” (id. p.444).

Ambos, constitucionalismo e estruturas de representação, concretizam-se como aparatos transcendentais de controle que esvaziam do político a vida, que fazem do poder a “consumação da potência” (NEGRI, 2002, p. 448). Neles, o poder constituinte é enredado e perde sua radicalidade de fundamento, tornando-se procedimento contratual. Deixa de ser temporalidade e espaço abertos e extensivos da criação, para ser exercido nos limites normalizados de finalidades instituídas. Faz-se ordem formal e não procedimento absoluto. Porém, ainda assim, a dimensão política do agir humano não se conforma inteiramente ao poder, nele não se encerra. E com isso, o poder constituinte permanece escape, desmonte do instituído, movimento da história. “[...] Potência criadora de 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” (id. p.451).

É o que vemos, por exemplo, ao constatar como, contemporaneamente, 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 função deste 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 (CHAUI, 2005, p.25).

Percebemos, assim, que o campo da constituição dos direitos se abre como uma arena pública onde potencialmente podem vir a se colocar diversos conflitos, cuja intensidade tem sido esvaziada pelos mecanismos institucionais das soluções modernas.

A luta por esses direitos, e aqui falamos especificamente do direito à saúde, assume com clareza a dimensão política da vida, fazendo-a escapar dos caminhos institucionais onde se buscou repetidamente confiná-la, tecendo-a como luta cotidiana, como implicação ativa, relativa a todos. A democracia, com isso, pode desvincular-se de sua pertinência estrita às instituições estatais, e assumir-se “procedimento absoluto da liberdade”, como “governo absoluto” (NEGRI, 2002, p.26). Isto, entretanto, exige-nos o debate sobre os limites da atividade política, especialmente no que diz respeito ao seu enclausuramento na dinâmica da organização estatal.

1.1.2.2 Todo estado é de exceção? Sobre a constituição do plano política e seus conceitos limite

Agamben (2004a, 2004b) propõe pensar o conceito de Estado de exceção como fundamento da política moderna, presença recorrente na história de todos os Estados-Nação sendo, nesse sentido, um conceito que expressa o limite do político, revelando suas fronteiras e, portanto, os territórios internos e externos que o codificam. Em suas pesquisas ele mostra como esse recurso jurídico marcou os momentos mais decisivos da história ocidental, tendo uma recorrência que indica não se tratar de uma efetiva de exceção, mas de um mecanismo sempre presente nos regimes constitucionais. Suspensão do ordenamento legal, geralmente feita em detrimento das garantias e direitos constitucionais individuais, o Estado de exceção configura-se como dispositivo jurídico balizado pelo paradigma da segurança, que tenderia a tornar-se regra com a ampliação da biopolítica como tecnologia de poder. Seria ele o monumento (no sentido foucaultiano do termo) da democracia protegida, monumento que expõe seus entrelaçamentos com a organização e condução de regimes totalitários.

A tradição jurídica divide-se na compreensão do fenômeno: por um lado há a tendência a considera-lo como interno ao direito positivo, na medida em que é fundado pela necessidade, que age como “fonte autônoma do direito” (AGAMBEN, 2004. p.38), ou pelo direito subjetivo do Estado de garantir sua própria conservação; por outro lado, há autores que o entendem como fato extra-jurídico, externo ao direito. A grande contribuição de Agamben é romper com essa polarização, que em última instância tem como referência a ordem jurídica

como realidade primordial de análise, procurando compreender em que medida a exceção está implicada na constituição da própria norma.

Na verdade, o estado de exceção não é nem exterior nem interior ao ordenamento jurídico e o problema de sua definição diz respeito a um patamar, ou a uma zona de indiferença, em que dentro e fora não se excluem, mas se indeterminam. A suspensão da norma não significa sua abolição e a zona de anomia por ela instaurada não é (ou, pelo menos, não pretende ser) destituída de relação com a ordem jurídica (AGAMBEN, 2004. p.39).

A modernidade é, portanto, marcada pela tentativa de incluir a exceção na ordem jurídica, numa zona em que fato e direito não se diferenciam: fato se transforma em direito e, inversamente, o direito é suspenso como fato. No estado de exceção a relação com a ordem jurídica é forjada não pelo conteúdo normativo de seus processos, mas pela relação de forças que esse espaço institui (e assegura) entre norma e realidade. Nesse sentido, ainda que externa à norma, a exceção a ela pertence: “*estar-fora e ao mesmo tempo pertencer*: tal é a estrutura topológica do estado de exceção (AGAMBEN, 2004. p.57)”. O que as une – norma e exceção - é a garantia de sua aplicação, do exercício do poder que as funda. Em outros termos, entre ambas há uma vinculação comum com a realidade, na medida em que se constituem como “normatização efetiva do real (AGAMBEN, 2004. p.58)” garantida por certa força de aplicação: Força de Lei, como a escreve Agamben, posto que força de lei que se aplica sem lei, atos com valor de lei que se efetivam em sua suspensão.

O estado de exceção refere-se, antes, a uma *suspensão* do ordenamento vigente para garantir-lhe a existência. Longe de responder a uma lacuna normativa, o estado de exceção apresenta-se como a abertura de uma lacuna fictícia no ordenamento, com o objetivo de salvaguardar a existência da norma e sua aplicabilidade à situação. A lacuna não é interna à lei, mas diz respeito à sua relação com a realidade, à possibilidade mesma de sua aplicação. É como se o direito contivesse uma fratura essencial entre o estabelecimento da norma e sua aplicação e que, em caso extremo, só pudesse ser preenchida pelo estado de exceção, ou seja, criando-se uma área onde essa aplicação é suspensa, mas onde a lei, enquanto tal, permanece em vigor (AGAMBEN, 2004. p.49).

Essa vinculação com a exceção que se revela constitutiva do ordenamento estatal traz à tona a dissociação intransponível entre norma jurídica e realidade. Dissociação apenas silenciada e transposta dado o recurso à força, uma vez que não há nada interno à norma que garanta sua aplicação. Ao contrário, ela se funda na suspensão do poder normativo da práxis (ação histórica) como ação imanente ao real. *Desse modo, a união impossível entre norma e*

realidade, e a conseqüente constituição do âmbito da norma, é operada sob a forma da exceção, isto é, pelo pressuposto de sua relação (AGAMBEN, 2004., p.63).

A análise dessa relação faz surgir, principalmente, a inseparabilidade entre ordenamento jurídico e violência, mesmo quando formalizados em Estados democráticos de direito (percepção que nos reduz o estranhamento causado pela histórica proximidade entre democracia e totalitarismo). Ou, faz surgir a tentativa de aprisionamento da violência (em seu estatuto de código de ação humana) no âmbito jurídico, como uma violência sempre mediada por um fim (a norma, a lei), ainda que através de sua suspensão. Daí que seja inadmissível sua existência fora do direito, impossibilidade assegurada pelo recurso à exceção.

Essa relação, efetiva na medida em que encerra a violência no ordenamento jurídico (não é aleatório que Max Weber tenha definido o Estado pelo monopólio do uso da violência legítima), tem como condição uma determinada forma de inscrição da vida nesse ordenamento, um pertencimento marcado pela exposição sem mediações ao exercício do poder de estado. Quanto a isso, Agamben resgata a figura do *homo sacer*, presente no direito romano, como expoente de uma relação política original, por ele definida no conceito de vida nua.

O *homo sacer* é aquele que, excluído pelo poder soberano tanto da jurisdição humana, como da divina, se apresenta como uma *vida insacrificável e, todavia, matável* (AGAMBEN, 2004b, p.90), isto é, uma vida que não pode ser consagrada, cujo assassinato, porém, não caracteriza um homicídio. Numa exclusão inclusiva (excluído do necessário pertencimento humano aos códigos de um universo simbólico, e por outro lado, incluído por meio dessa exclusão na esfera de ação do poder de estado) essa vida feita nua é o fundamento do poder político justamente na medida em que é inscrita na ordem jurídica a partir de sua matabilidade, a partir dessa exposição direta ao poder soberano.

Se nossa hipótese está correta, a sacralidade é, sobretudo, a forma originária da implicação da vida nua na ordem jurídico-política, e o sintagma *homo sacer* nomeia algo como uma relação “política originária, ou seja, a vida enquanto, na exclusão inclusiva, serve de referente à decisão soberana” (AGAMBEN, 2004b, p.92).

Compreendendo a biopolítica como “[...] a crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder (AGAMBEN, 2004, p.125), o autor considera que a modernidade é caracterizada pela ampliação de seu exercício, em decorrência do qual a vida biológica se torna o fato politicamente decisivo. Nesse sentido, o Estado moderno se organiza com a extensão da sacralidade que demarca a vida nua à vida de todos os

cidadãos. *A soberania moderna é calcada no poder de valorar a vida*, poder expresso especialmente por meio da negação desse valor, na distinção entre vidas autênticas e vidas politicamente irrelevantes, sacras. Na estrutura do Estado-Nação, os direitos de cidadania que fundam as constituições democráticas são condicionados pela inscrição da vida – apreendida como corpo, pelo nascimento – em sua relação com o território (localização) e o ordenamento (Estado). Ou seja, os direitos humanos (e os refugiados são testemunho incontornável disso) apenas se efetivam se legitimados pela “inscrição primária da vida na ordem estatal (AGAMBEN, 2004, p.136)” .

Toda sociedade fixa este limite, toda sociedade – mesmo a mais moderna – decide quais sejam os seus “homens sacros”. É possível, aliás, que este limite, do qual depende a politização e a *exceptio* da vida natural na ordem jurídica estatal não tenha feito mais do que alargar-se na história do Ocidente e passe hoje – no novo horizonte biopolítico dos estados de soberania nacional – necessariamente ao interior de toda vida humana e de todo cidadão. A vida nua não está mais confinada a um lugar particular ou em uma categoria definida, mas habita o corpo biológico de cada ser vivente (AGAMBEN, 2004, p.146).

A leitura realizada por Agamben sobre a constituição do plano político nas sociedades modernas apresenta uma série de possibilidades de análise que consideramos importante explorar. Há, contudo, dois pontos sobre os quais ela é erigida que necessitam ser problematizados. O primeiro diz respeito à demarcação de uma fronteira entre vida e política, desenhada pelo autor em razão de serem esses dois planos apreendidos como inteiramente distintos em sua origem. Planos apenas articulados através do território de exceção, com a produção da vida nua (AGAMBEN, 2004b, p.155). Decorrente dessa assertiva, o segundo ponto concerne à caracterização da biopolítica moderna a partir de sua “[...] necessidade de redefinir continuamente, na vida, o limiar que articula e separa aquilo que está dentro daquilo que está fora (AGAMBEN, 2004b, p.138)”, sendo essa fronteira estabelecida em referência a uma vida impolítica, natural, convertida em fundamento da soberania ao ser politizada com o ingresso na polis, no ordenamento estatal.

Essas duas premissas implicam uma determinada concepção de política: a política como inerente ao âmbito estatal, aos recursos de poder do Estado. Soberania contraposta a uma imaginária ordem natural, situada temporalmente numa indeterminada anterioridade. A definição do plano político a partir dessas premissas apresenta limites que pretendemos debater. Um deles é a condição dos sujeitos humanos como sujeitos de linguagem. Nesse

sentido concordamos com a colocação de Hanna Arendt de que a política funda-se na pluralidade que para ela explicita a condição humana, ou seja, o fato

“[...] de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo. Todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política; mas essa pluralidade é especificamente a condição – não apenas a *conditio sine qua non*, mas a *conditio per quam* – de toda vida política (ARENDR, 1981, p.15)”.

A política, dessa forma, não se constituiria num momento extranatural. Na medida em que nos fazemos humanos na inserção em um mundo de relação constituído pela linguagem e, portanto, necessariamente compartilhado, ela é um plano fundamental da vida e da práxis dos homens. A questão que se nos apresenta, então, quando tomamos como objeto de análise a hegemonia das formas contemporâneas de participação é como podemos compreender o que seja a dimensão política da existência humana, quais as implicações entre Estado, poder, soberania, vida, linguagem e ação que dela advém.

1.1.2.3 A produção de valor e as configurações modernas de exercício de poder

A discussão colocada por Agambem parte de uma consideração que partilhamos: a modernidade pretende fundar a experiência política como inscrição da vida no ordenamento estatal. O que 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. Talvez essa seja a interface mais clara da relação entre política, vida e Estado. Contudo, a leitura realizada pelo autor assume essa pretensão inteiramente, sem a colocar entre parênteses. Ao contrário dessa perspectiva, entendemos que a experiência política embora se tenha constrangido 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.

A chave de compreensão mais adequada a essa afirmativa pode ser remetida à leitura foucaultiana em sua perspectiva de situar as relações de poder na moderna sociedade ocidental não como exercício repressivo, mas como relação afirmativa, campo de produção de mundos e humanidades. 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. Esse processo, sobretudo um espaço-tempo de lutas, forjou uma configuração hegemônica cuja prevalência histórica calcou-se no engendramento de

dispositivos e tecnologias específicas de poder, que se organizaram 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 ao 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” (ib. id.).

Desarmando a leitura tradicional em ciência política, que procurou confinar o político na ordem jurídica, 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 como o poder passa a dela nutrir-se, buscando conduzi-la, geri-la e maximizá-la, a partir de um exercício pautado em um mínimo de dispêndio e o máximo de eficácia. Reporta-se, desta 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 sua materialidade social, os mecanismos e dispositivos 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 em 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 através dos 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 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 70, 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” sua principal configuração. Racionalidade específica das estruturas políticas modernas, erigidas *principalmente* em torno do Estado. Não se trata, entretanto, de uma discussão sobre a estatização das sociedades modernas, 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).

Dispositivos em que um conjunto de operações e procedimentos delimitam as junções entre saber e poder forjando a individualização e objetivação do sujeito, principalmente através das instituições que então se configuram de modo difuso em toda a sociedade: fábricas, escolas, hospitais, hospícios. Corpos 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, submetidos e forjados por tecnologias disciplinares essenciais à construção de um homem “organismo”, “indivíduo” e “função”, medido e julgado em sua adequação à norma, à normalidade instaurada. Normalidade e verdades negadas enquanto produtos históricos 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, 1995).

Encontramo-nos aqui com uma interseção singular: as implicações 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 acética, 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 tanto 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); como pela tecnologia biopolítica em que os “corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto” (ib. id.). Mecanismos de poder em relação aos quais o saber biomédico alça lugar de indiscutível destaque, revelando-se elemento central dos processos em função 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 adoecimento, 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 relações 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 o poder soberano do Estado como ~~consumação de um 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 as 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.

É a partir dessa perspectiva que consideramos interessante retomar o conceito de vida nua como conceito-limite do político. Pensemos então a respeito do exemplo dado por Agambem (2004b) na figura do muçulmano, “um ser em que a humilhação, horror e medo haviam ceifado toda consciência e toda personalidade, até a absoluta apatia” (p.190), ou seja, um ser em quem a concretização desse exercício de poder sem mediações sobre a vida fez-se como plena objetivação. Como o autor mesmo sinaliza, essa consumação efetiva do homem como vida nua implica a condição absurda de ele não mais fazer “[...]parte de maneira alguma do mundo dos homens, nem mesmo daquele, ameaçado e precário, dos habitantes do campo (de concentração) (idem)”.

Em outros termos, a consumação da intencionalidade do poder soberano implica sua própria impossibilidade. Em nossa perspectiva, 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, da normatividade que caracteriza a vida e que se faz política em função do fato de que implica necessariamente a produção e afirmação de valores.

O que pretendemos indicar é que a relação entre vida e Estado (ou mais precisamente, entre vida e soberania, distinção que aprofundaremos) que viemos discutindo 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 sua indiscutível eficácia. Eficácia que exatamente por isto se apresenta entre parênteses, como produção e governo de subjetividades que, todavia, não pode eliminar sua dependência da existência da própria relação de poder.

Falamos, portanto, do desafio de restituir a vida, em sua prerrogativa normativa de produção de valor, como o espaço do político, inclusive porque é justamente sua potência ontológica que os dispositivos de poder estatais (nisto podemos incluir a leitura foucaultiana sobre a disciplina e a governamentalização da vida) que configuram a modernidade procuraram cercear. Se nos voltamos para o conceito do Estado de exceção sob essa

perspectiva entendemos porque a norma jurídica (externa à atividade humana), enquanto prática de objetivação do humano, não pode ser assegurada por nenhuma propriedade sua. Ela apenas pode impor-se com o recurso a uma Força de Lei, que se faz violência não por ser destituída de norma, mas justamente por procurar conter no ordenamento jurídico o arbítrio da vida, como arbítrio *sobre* a vida. Nesse sentido, **todo Estado é de exceção**, já que tanto o Estado de Direito, como sua suspensão, pretendem encerrar o político no jurídico ao regular a imanência da atividade constituinte do humano por meio de normas transcendentais, mesmo que imediatas. Schmitt (in AGAMBEN, 2004, p.90) indica esse aspecto ao apontar a ligação necessária entre ordem legal e ditadura, assinalando ser “[...] impossível definir um conceito exato de ditadura quando se olha toda ordem legal ‘apenas como uma latente e intermitente ditadura’”.

Essa análise, contudo, não pretende advogar a impossibilidade de constituir o direito a partir dessa prática normativa – a atividade humana – 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 (AGAMBEN, 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 atividade humana, em sua impossibilidade de plena objetivação. 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 vislumbramos nessa assertiva o cenário de um aprisionamento completo da vida pelo poder. A pergunta a ser feita, ao nosso ver, seria: 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 (2004b), 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 *Daisen*, “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 (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. O caráter político das ações humanas inscreve-se na necessidade de produzir e afirmar valores, o que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo propriamente humano e das relações que o configuram.

Quanto a isso, pensar a participação política como restrita a mecanismos de representação equivale a objetivar os homens em suas relações de co-existência e de produção de si e do mundo. Não que seja desejável ou necessário eliminar tais artefatos políticos, que hoje prevalecem em nossas sociedades. Indicamos apenas que os mesmos jamais expressarão o plano político da existência humana se não forem um momento assessorio nas formas de participação. Enquanto nossas instituições e as relações que as organizam e perpetuam permanecerem assentadas na objetivação dessa dimensão política inerente à vida humana, não podemos vislumbrar a concretização de um Sistema de Saúde fundado sobre valores democráticos.

Por este motivo propomos a discussão da participação política desde o contexto do cotidiano institucional da gestão em saúde. Perspectiva já sinalizada formalmente no SUS pela política Nacional de Gestão Participativa, o ParticipaSUS. Ela, contudo, permanece tendo como foco as instâncias formalizadas institucionalmente para essa participação, muito embora explicita que

a gestão participativa deve constituir-se estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Deliberar junto significa mais do que realizar o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa. Os fundamentos legais instituem os Conselhos e Conferências de Saúde, que vêm mobilizando trabalhadores de saúde, gestores e usuários no controle social do SUS. No entanto, a democracia participativa na gestão pública requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa (MS, 2005).

Mecanismos e práticas ainda não configurados e que nos solicitam, primordialmente, o enfrentamento daquelas questões prévias acerca do que seja e do que se deseja da ação de participar, em seus possíveis (o possível apreendido aqui como plano aberto, o fora de nossa experiência institucional) entrelaçamentos com o campo da gestão do SUS. Desafio teórico que mobiliza este trabalho, situando-no como um esforço de reflexão sobre este campo indeterminado (posto que não falamos da perpetuação dos dispositivos modernos de contenção da vida no existente) e imprevisível de produção de realidade social.

Talvez seja essa indeterminação política de nossa existência (que não pode mais ser conduzida pelos artificios da soberania moderna) que explique a dificuldade do ParticipaSUS de desenhar as respostas institucionais ao problema que enuncia ao formular a necessidade de transpor para o cotidiano da gestão a democracia participativa. Como expusemos, em nossa compreensão este repto remete antes a uma crise do sentido político de nossas práticas e configurações institucionais, do que a um movimento imediato de desenho normativo de novos mecanismos de participação. Inclusive porque a questão nos parece situar-se justamente na provocação de como engendrará-los para que sejam artificios produtivos e constituintes de realidade social, não determinados no plano jurídico pela força de aplicação assentada necessariamente no regime de exceção. Problema que exige o esforço de interrogação do possível, quanto às alternativas que se abrem a novas relações entre o exercício político (portanto normativo) de produção de valor e as práticas institucionais da gestão.

Frente aos desafios colocados à materialização do princípio constitucional de participação da comunidade, o presente estudo visa contribuir para a construção da gestão participativa no SUS procurando colocar-se como um convite à reflexão de seus possíveis sentidos e intencionalidades. Convite que reportamos à produção teórica do campo da Saúde Coletiva, estabelecendo como objetivo debater as concepções e os dispositivos de participação política presentes nos modelos de gestão formulados neste campo. Objetivo que norteia as definições metodológicas que apresentamos e justificamos na seção seguinte.

1.2 Reminiscências metodológicas

1.2.1 Emergência do objeto

A aproximação entre os temas da gestão em saúde e da participação política no SUS pode ser realizada de incontáveis maneiras. Na verdade, podemos afirmar que a eleição de um percurso metodológico revela-se, de fato, como sendo grande parte do próprio trabalho de pesquisa. Em outras palavras, a coerência e os propósitos de tais escolhas apenas podem ser apreendidos após uma longa caminhada por entre as trilhas e encruzilhadas que nos desafiam um problema de pesquisa. O intuito do presente capítulo é apresentar ao leitor essa trajetória e, porque não dizê-lo, persuadi-lo das opções feitas, que representam não apenas o tratamento dado ao objeto de investigação, mas propriamente sua construção.

O primeiro dilema que se nos apresentou foi a definição do campo da investigação. Essa dificuldade advém de uma característica do tema analisado. A gestão em saúde, assim como todos os temas pertinentes à Saúde Coletiva, revelam uma intrincada imbricação entre produção de conhecimento e prática social, entre os debates teóricos e a atuação dos atores nas instituições e nos espaços sociais que configuram os cenários de intervenção no setor saúde. Donnangelo (1983), Paim e Almeida Filho (1998) e Campos (2000), abordam essa relação apontando, por exemplo, o caráter político da área e seu compromisso com a prática, o que a constitui tanto como um campo científico, quanto como “movimento ideológico”. “A saúde coletiva é um campo comprometido com a prática. Os achados científicos têm repercussão quase imediata sobre os modos com que se lida com a saúde e com a doença. E vice-versa (CAMPOS, 2000b, p.248)”.

Não se trata, como salienta Paim e Almeida (1998), de uma determinação mecânica, principalmente suposta em relação à influência das políticas públicas sobre o campo, mas da

decisiva intersecção (DELEUZE, 1992) que estes pólos exercem entre si. Relação de co-produção que não nos permite desconsiderar seus efeitos, seja na forma como objeto saúde é constituído neste campo de conhecimento, seja no modo como seus produtos interferem na organização das práticas de saúde. Segundo Cohn (1992), essa característica representaria um limite para produção da Saúde Coletiva, que em sua análise encontra dificuldades de concretizar um salto de qualidade, na medida em que se revela condicionada e determinada pela implicação política do movimento de reforma sanitária brasileiro.

Entrelaça-se, aqui, a questão da política na e da Saúde Coletiva. Em outros termos, na medida em que existe uma articulação estreita entre produção do conhecimento, concebida enquanto uma prática política, e a estratégia política real do movimento sanitário brasileiro, esta acabou por imprimir a marca àquela, que se configura, então, como um saber militante (p.100).

Em nossa perspectiva, antes de representar uma desqualificação dos saberes articulados e produzidos no âmbito da Saúde Coletiva, este aspecto consiste justamente em sua maior potencialidade, especialmente no que diz respeito ao nosso objetivo de pesquisa: debater as concepções e dispositivos de participação política presentes nos modelos de gestão formulados neste campo de conhecimento. O que não significa desconsiderar a necessária percepção e análise dos atravessamentos e implicações que decorrem dessa particularidade (propriamente política) de tais saberes e construtos teóricos.

Retomemos então os propósitos deste capítulo. As requisições surgidas com a necessidade de definir a estratégia metodológica de abordagem do objeto de pesquisa fizeram-nos optar por não proceder uma análise das políticas públicas ou de contextos institucionais específicos em nosso intuito de discutir as aproximações e interfaces entre a gestão em saúde e a participação política no SUS. Essa decisão teve como base a dificuldade em definir critérios para a seleção dos objetos empíricos, uma vez colocado o dilema entre a realização de uma análise que se proponha mapear a configuração do problema no campo da saúde, ou uma abordagem que privilegiasse a discussão em profundidade de sua complexa rede de nexos e determinações.

A percepção das relações entre as práticas sociais no setor saúde e a produção científica do campo da Saúde Coletiva auxilia-nos a transpor este dilema. De fato, tal relação explícita e reconhecida entre conhecimento e política nos interessou particularmente, pois nos permitiu eleger como fonte de investigação a produção teórica do campo da Saúde Coletiva Brasileira.

Essa escolha deriva da hipótese, em grande medida corroborada pela discussão empreendida pelos autores anteriormente citados, de que as questões e tensões que surgem no cotidiano da construção do SUS são incorporadas como objeto da produção teórica do campo, quando já não se revelam de ante mão referidas ou condicionadas pela mesma. Aspecto que se faz presente na forma como são definidas as políticas públicas de saúde e as práticas institucionais de sua gestão. Em outras palavras, assumimos que a particular e direta relação entre as práticas sociais, suas implicações políticas e a produção de conhecimento na Saúde Coletiva expressa-se na incorporação pelo debate teórico dos conflitos e dificuldades que constituem seus cenários e contextos reais, assim como mostra-se presente no modo como esta produção interfere diretamente na compreensão, interpretação e significação atribuídas a essas práticas e experiências concretas.

Deste modo, o presente trabalho assume o caráter de uma investigação teórica que pretende analisar o modo como o tema da participação política apresenta-se nas principais formulações conceituais que norteiam e abordam a gestão em saúde no SUS. Definimos como campo desta pesquisa a produção acadêmica da Saúde Coletiva brasileira. Apresentaremos a seguir os artificios teóricos e metodológicos que fundamentam nosso trabalho, tanto em termos da seleção e organização da produção teórica analisada, como das categorias analíticas empregadas.

1.2.2 Percurso metodológico

O trabalho de pesquisa requer a difícil tarefa de selecionar em um universo abrangente e de difícil delimitação os objetos sobre os quais se debruçará. Quando se trata de uma pesquisa teórica esse aspecto é ainda complexificado, pois exige do pesquisador a articulação de critérios de escolha que constituem eles próprios artificios teóricos, que devem ser explicitados e justificados frente às inúmeras alternativas que se lhe contrapõem.

Em nosso caso sentimos a necessidade de iniciar esse percurso metodológico explicitando o olhar com o qual nos aproximamos das produções teóricas da Saúde Coletiva brasileira. É bem verdade que essa necessidade impôs-se no contato com a literatura da área, com suas numerosas produções, sendo sentida como a impossibilidade de dar o passo seguinte sem concretizar determinadas escolhas. O desenho metodológico que resulta desse caminhar não esteve, portanto, desde antes proposto e só é possível discorrer sobre ele tendo já transcorrido boa parte do percurso.

Retomemos as escolhas feitas. Uma primeira hipótese seria analisá-las tendo como referência o movimento social na saúde, ou ainda perscrutá-las em suas relações dialógicas quanto à constituição do campo. Percebemos, contudo, que estas opções não atendem nossos objetivos, pois apresentam como pano de fundo a perspectiva de vincular e mapear as continuidades dessa produção, o modo como permanecem e são atualizados os conceitos que a estruturam.

Nosso propósito, ao contrário, é identificar as rupturas instituídas pelo campo, o plano de possibilidades de constituição de mundo que se desenha com a criação de seus conceitos. Esse posicionamento explicita uma compreensão do conhecimento e do saber que procura afastar-se da representação e afirmá-lo como invenção, fabricação, no dizer de Foucault (2003).

Seguimos este autor em sua colocação de que não há semelhança prévia entre o conhecimento e os objetos a que se dirigem, o mundo e as coisas a conhecer. A partir da obra de Nietzsche, Foucault (2003) afirma que não há conhecimento em si, o saber como apreensão da realidade, representação de sua verdade a partir de condições universais. Isto porque, o conhecimento é sempre da ordem do resultado, efeito dos modos como os seres humanos mobilizam, atuam e reagem às situações, desde sua implicação parcial. Este é o caráter perspectivo do conhecimento, sua natureza oblíqua e polêmica, a condição de ser “[...] sempre uma relação estratégica em que o homem se encontra situado” (FOUCAULT, 2003, p.25). É, nessa medida, efeito ou acontecimento de experiências históricas pontuais, a partir das quais produz abstrações, comparações e assertivas. Não opera, portanto, desde o plano dessas generalizações, mas as fabrica como resultado da relação de forças que institui de modo estratégico.

É por isso que encontramos em Nietzsche a idéia, que volta constantemente, de que o conhecimento é ao mesmo tempo o que há de mais generalizante e de mais particular. O conhecimento esquematiza, ignora as diferenças, assimila as coisas entre si, e isto sem nenhum fundamento em verdade. Devido a isso, o conhecimento é sempre um desconhecimento (FOUCAULT, 2003, p.25).

A característica do conhecimento de fabricar seus próprios fundamentos e nessa medida instituir realidade, faz-nos adotar como referência de análise justamente o que no campo da Saúde Coletiva se diferencia pela singularidade que marca o contexto e os efeitos de sua emergência. ~~Interessa-nos o que de inédito podemos identificar, sua potência~~ instituinte, as lutas que instauram como disputa e apropriação autoral do real, pois, adotando

como perspectiva metodológica o que Deleuze e Guattari (1997) identificam como questão da filosofia, optamos por nos voltar para “[...] o ponto singular onde o conceito e a criação se remetem um ao outro” (p.20). Em outras palavras, tomamos como referência de análise a natureza do conceito como realidade filosófica, como produção de real que forja o mundo cognoscível que supõe desvendar.

Tais colocações expõem já a perspectiva metodológica que adotamos: ao aproximarmos-nos das produções teóricas do campo da Saúde Coletiva, procuramos não as linearidades que as conjugam, ou as referências e inferências que poderíamos fazer a respeito de seu contexto histórico, ou modos de concretização, como no caso de análises de implementação de políticas públicas (a princípio essa escolha foi um grande dilema, daí a necessidade de falar sobre ela). Buscamos, outrossim, os conceitos que se impõem e conformam essa produção, os planos e problemas que instituem.

São necessários alguns esclarecimentos acerca dessa opção. O primeiro deles é diferenciar o que estamos designando por conceito, do corrente emprego que esse termo ganha no campo científico. Baseamo-nos, aqui, na discussão que Deleuze e Guattari (1997) realizam sobre a filosofia. Segundo esses autores, o conceito é eminentemente filosófico e distingue-se dos nomeados conceitos científicos por não ser uma formação discursiva. “O conceito não é discursivo, e a filosofia não é uma formação discursiva, porque não encadeia proposições. É a confusão do conceito com a proposição que faz acreditar na existência de conceitos científicos [...]” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p. 34).

A proposição constitui uma referência, o ato de reportar-se às coisas, aos corpos e ao mundo, às relações ou condições que organizam e explicam o existente. Por este motivo os autores a consideram extensional, já que de seus resultados não derivam criações no plano ontológico, mas explicações e hipóteses sobre os objetos e seres já reconhecidos e identificados. Nesse sentido as proposições se inscrevem como representação discursiva: ordenam e coordenam temporal e espacialmente, por meio de operações de correspondência, os elementos e variáveis mapeados como pertinentes ao problema, em relação aquilo a que se referem.

O conceito, em contrapartida, não é discursivo, pois não adquire existência pelo encadeamento de proposições. Não opera pela referência, mas pela forma como constitui um Acontecimento. Seu caráter parcial e pontual, sua singularidade absoluta, seu acontecer como evento força uma abertura no existente, engendra um plano de possibilidades de constituição. Este efeito constituinte não deve ser entendido, contudo, como uma ligação de clausura ao estado de coisas no qual se efetua. O conceito pode não ser real e, entretanto, não deixar de

existir. O que importa são justamente as implicações ontológicas colocadas por sua criação, a conformação de mundos possíveis. Leitura que converge com a afirmação foucaultiana do conhecimento como invenção e fabricação.

Retomar algumas das características do conceito discutidas por Deleuze e Guattari (1997) pode ajudar-nos na aproximação deste artifício epistemológico, ele próprio um conceito, se empregamos coerentemente as formulações dos autores. A primeira característica talvez seja a afirmação de que o conceito remete necessariamente a um problema. Não um problema anteriormente posto, mas um problema que ele mesmo institui e sem o qual não teria sentido. Poderíamos dizer que o conceito o antecede, na medida em que o problema depende dos nexos e da inscrição simbólica que ele procede. Por este motivo, a identificação dos problemas que os conceitos instituem no campo da Saúde Coletiva é uma das questões de análise da pesquisa.

Por ser inédito na forma como constitui existências (do problema, de outros conceitos, do plano em que se inscreve, de novas figuras ontológicas) não se deve supor que o conceito seja um começo absoluto. “Num conceito, há, no mais das vezes, pedaços ou componentes vindos de outros conceitos, que respondiam a outros problemas e supunham outros planos.” (ib.id, p.30). Embora as continuidades e linearidades não sejam o foco de nossa abordagem, por vezes fez-se necessário retomar a configuração do campo da Saúde Coletiva, e os diálogos que os planos filosóficos analisados travaram com as produções teóricas que os antecederam ou acompanharam, sem o que dificilmente seria compreensível a composição inédita dos conceitos, e a ruptura que estabelecem em relação a tais construtos.

Esse aspecto nos remete ao seu devir, à relação do conceito com outros, ao modo como se articulam e se entrecortam no plano de que derivam. Isto porque, os conceitos se exigem, acomodam-se mutuamente, delimitam as injunções de seus diferentes contornos, entrelaçam e comunicam os problemas a que se remetem. Requerem não somente o problema, ao negar, recompor e substituir os conceitos anteriormente existentes, como precisam de uma “encruzilhada de problemas” e várias alianças e atravessamentos com outros conceitos, na configuração absoluta que define sua consistência interna.

cada conceito remete a outros conceitos, não somente em sua história, mas em seu devir ou suas conexões presentes. Cada conceito tem componentes que podem ser por sua vez tomados como conceitos. Os conceitos vão, pois, ao infinito e, sendo criados, não são jamais criados do nada (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p. 31).

O que os diferencia em sua potência ontológica não é, portanto, serem absolutamente inéditos, mas comporem uma existência inédita, um acontecimento, o que procuramos identificar e mapear na pesquisa. Seus componentes heterogêneos, de diversas procedências (com suas respectivas histórias), permanecem distintos em sua especificidade e, todavia, adquirem um caráter inseparável, uma conformação singular que é a própria consistência absoluta do conceito. Essa peculiaridade acontece na forma como seus componentes estabelecem zonas de vizinhança e indiscernibilidade entre si, tornando o conceito “o ponto de coincidência, de condensação ou de acumulação de seus próprios componentes” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p.32). Configuração que não é da ordem da compreensão ou da extensão recíproca de seus elementos, mas diz respeito ao fato de estabelecerem uma ordenação única, da qual nasce seu efeito singular. Sua ordenação concretiza-se como inseparabilidade de seus componentes, das relações de vizinhança que forjam entre si, de sua impossibilidade de posicionarem-se e relacionarem-se diferentemente sem que com isso o conceito não se torne um outro.

O conceito é, portanto, ao mesmo tempo absoluto e relativo: relativo a seus próprios componentes, aos outros conceitos, ao plano a partir do qual se delimita, aos problemas que se supõe deva resolver, mas absoluto pela condensação que opera, pelo lugar que ocupa sobre o plano, pelas condições que impõe ao problema. É absoluto como todo, mas relativo enquanto fragmentário (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p. 34).

É preciso marcar uma diferença para alguns sutil. O conceito não produz essência, não forja uma relação transcendente com o mundo, nem tampouco é o nascimento do objeto concreto. Sua dimensão incorporal não se confunde com o estado de coisas em que se efetua, com uma determinada realidade. Por isso pode-se dizer que é incorporal, “embora se encarne ou se efetue nos corpos” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p.33). Razão pela qual não nos voltamos também às transposições operadas no campo da formulação e implementação de políticas públicas, ou seja, não selecionamos para o estudo relatos de caso baseados nas produções teóricas analisadas.

O conceito é absoluto, sua verdade resulta das condições de sua criação, do modo como é criado e estabelece as relações com os demais. Não é da ordem da referência, como discutimos acerca das proposições, porque sua consistência implica uma auto-posição, uma auto-referência: sua enunciação ao mesmo tempo em que o afirma, coloca também seu objeto e o problema que o justifica. A enunciação de posição que procede, diferentemente das proposições científicas, não se refere a um estado de coisas, ou a valores de verdades externos

a ela própria. É imanente ao conceito, fundando-se na inseparabilidade dos componentes que o determina.

A objetividade do conceito redundava, com isso, de sua própria verdade. Ele gera, em razão dela, novas composições com outros conceitos, aos quais se liga por meio de pontes, da solidariedade que os aproxima por estarem remetidos a problemas que partilham de condições semelhantes, pertencentes ao mesmo plano filosófico. A objetividade, neste caso, resulta de sua consistência, e não de valores de verdades preexistentes.

O que torna um conceito mais apropriado que outro, o que proporciona sua substituição não é, portanto, uma aproximação com a verdade em si, ou com o real em si. Sua vitalidade deriva das conexões e problemas que instituem, de como se articulam em determinado plano, e do modo como ressoam em nossas histórias e devires.

O conceito filosófico não se refere ao vivido, por compensação, mas consiste, por sua própria criação, em erigir um acontecimento que sobrevoe todo o vivido, bem como qualquer estado de coisas. Cada conceito corta o acontecimento, o recorta a sua maneira. A grandeza de uma filosofia avalia-se pela natureza dos acontecimentos aos quais seus conceitos nos convocam, ou que ela nos torna capazes de depurar em conceitos (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p.47)

Outro aspecto que nos parece relevante é o fato de que os conceitos não podem ser avaliados pela capacidade de impedir ou estancar o surgimento de novos conceitos, ou pelo modo como sua enunciação faz com que diluam a verdade de outros. Eles apenas podem ser avaliados a partir de sua própria composição, dos nexos que estabelecem com o plano de que derivam e de como se propõem a resolução do problema que criam. “Nunca um conceito vale por aquilo que ele impede: ele só vale por sua posição incomparável e sua criação própria” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p.44). Se os conceitos são substituídos por outros, isto ocorre em função dos novos problemas e do novo plano filosófico que estes instituem, não de uma maior aproximação com a verdade.

Esta é a principal perspectiva que nos orientou na seleção e organização da produção teórica mapeada, configurando a pesquisa a partir de uma abordagem filosófica, que se diferencia da lógica científica na medida em que nosso objetivo é a compreensão do que os conceitos instituem como possível no campo da gestão em saúde. Assim, o critério que norteou a escolha da literatura analisada foi sua relevância na definição dos sentidos e dispositivos de gestão forjados no campo da Saúde Coletiva. Em decorrência, o debate que conduzimos tem como foco as propostas conceituais reconhecidas como marcos e referências fundamentais para a gestão em saúde no Brasil.

Utilizamos como principal marcador de análise dessa produção sobre a gestão o tema da política, o modo como se apresenta e é significado na articulação dos conceitos mobilizados. Ou seja, procuramos investigar a presença deste tema nas composições conceituais articuladas pelos planos filosóficos delimitados para o estudo, interrogando a partir do prisma da política as implicações e nexos de sentidos que a gestão apresenta nesta produção teórica.

O “conceito de conceito” que nos ofertam Deleuze e Guattari (1997) fundamenta a opção por não realizar o exame do campo da Saúde Coletiva a partir das linhas de continuidade que o atravessam. Nesse sentido, elegemos como perspectiva de análise as rupturas e os diferentes planos filosóficos que constituem o campo, procurando mapear as inflexões que a produção de conhecimento provoca, forçando a abertura da realidade a outros possíveis, a novas práticas e instituições sociais. Escolha metodológica que fundamenta uma abordagem filosófica do problema que esperamos engendrar, qual seja, o dos nexos existentes e desejados entre gestão e participação política na saúde.

Um esclarecimento torna-se necessário ao enfatizarmos a opção pelas descontinuidades e rupturas que conformam o campo teórico pesquisado. Ao fazermos essa escolha não pretendemos sustentar que a literatura analisada não possua linhas de continuidade importantes. Ao contrário, somente podemos identificar suas inovações porque os planos filosóficos constituem-se primordialmente de modo dialógico, na acepção que Bakhtin confere ao termo. Não há, portanto, inovação conceitual que se inicie em si mesma. Como salientam Deleuze e Guattari (1992), “evidentemente todo conceito tem uma história” (p. 29), não sendo de modo algum um começo absoluto.

Em outras palavras, as criações conceituais discutidas se revelam necessariamente situadas numa conversação que institui o campo da saúde coletiva, e cujo itinerário nos permitiu mapear os planos filosóficos que decidimos estudar. Nos percursos dialógicos dessa conversa conceitual as rupturas se colocam constituindo um outro horizonte de possibilidades para a gestão. Tais pontos de inflexão, observados na trajetória da Saúde Coletiva, foram as referências que nos permitiram organizar em *matrizes conceituais* a literatura analisada. Portanto, embora nosso critério metodológico fundamental sejam as inovações conceituais que se apresentam com estes planos, não podemos desconsiderar que o estudo se tenha desenhado a partir das relações dialógicas dessa conversa, o que pode ser claramente observado nas menções recíprocas que a produção apresenta, na impossibilidade de situar os arranjos conceituais analisados sem recorrer às contraposições que procuram fazer ao modo

como anteriormente o objeto que delimitam foi configurado e significado em outro plano filosófico.

As *matrizes conceituais* são, então, o artifício teórico com o qual agrupamos os trabalhos acadêmicos do campo, tendo em vista o plano filosófico de que são expressão. Porém resta a dúvida: como identificar e delimitar esse plano? Cada matriz expressa um plano filosófico que pode ser distinto dos demais pelos problemas que reconhece como pertinentes e pelos conceitos que mobiliza. A delimitação das matrizes decorre das rupturas instauradas pelos conceitos centrais que em torno dos quais elas se articulam. Assim, o critério de corte foi, por um lado, a diferença que as formulações instituem em relação ao campo da Saúde Coletiva; e, por outro, os nexos centrais que nos permitem referir mutuamente as produções em suas vizinhanças, pontes e familiaridades.. Nesse sentido, o termo *matriz* pretende expressar o caráter de centralidade, a função originária que certos conceitos adquirem em relação à produção de conhecimento do campo.

O mapeamento dos trabalhos acadêmicos foi feito por um levantamento abrangente na base de dados da Bireme (endereço eletrônico: www.bireme.br) utilizando os descritores relacionados à gestão em saúde (Descritores utilizados na base de dados LILACS: Administração de Serviços de Saúde, Administração em Saúde Pública, Gerência, Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde. Palavras chaves utilizadas na base de dados do SCIELO e THESIS: Gestão, saúde). Foram inicialmente selecionados 562 trabalhos acadêmicos. Constatamos que convergiam em torno de determinadas referências teóricas, que engendram um campo gravitacional agregador de grande parte desta produção. Ao mapear essas convergências notamos o compartilhamento de problemas e questões sobre a gestão em saúde fundamentados em determinados conceitos, o que em nossa compreensão permitiu identificar planos filosófico distintos, que expressam racionalidades diversas. Ou, em termos mais apropriados – para descentrar a filosofia da razão e a razão da filosofia – planos que constituem uma forma de “cosmogonia³” ao reconfigurar o horizonte de possibilidades e de entendimento da gestão em saúde. Esses movimentos de aproximação e pertencimento

³ Segundo o dicionário Houaiss (<http://dic.busca.uol.com.br/result.html?q=+cosmogonia+&group=0&t=10>) cosmogonia significa: “ 1) corpo de doutrinas, princípios (religiosos, míticos ou científicos) que se ocupa em explicar a origem, o princípio do universo; cosmogênese; 2) conjunto de teorias que propõe uma explicação para o aparecimento e formação do sistema solar; 3) derivação: por extensão de sentido: qualquer fundamento teórico que busque explicar a formação das galáxias a partir de um princípio primordial”. Utilizamos o termo como uma analogia entre a explicação da formação do universo baseada em fundamentos teóricos e o fato de que o plano filosófico implica determinada forma de compreensão do mundo humano e das relações sociais que o constituem. Nessa analogia o sentido originário é remetido aos conceitos em seu efeito de produção de realidade e não ao objeto que reconhecem.

comum dos trabalhos acadêmicos a certo plano filosófico possibilitou a definição de duas matrizes conceituais, assim nomeadas: *Planejamento em Saúde e Modelo Assistencial em Defesa da Vida*. Matrizes articuladas metodologicamente em função do mapeamento da configuração do campo da Saúde Coletiva (LEVCOVITZ et. al., 2002; SILVA JUNIOR, 2006) e da convergência que sua produção revela em torno de determinados conceitos.

A partir disto, o levantamento bibliográfico feito anteriormente foi novamente revisto recorrendo às matrizes construídas como estratégia de agrupamento. Foram selecionados os textos que apresentaram a proposição de conceitos inéditos relativos a cada matriz, sendo priorizados aqueles cuja potência ressoa no conjunto dos trabalhos reunidos. Nesse sentido, o material escolhido para o estudo é composto pelas produções teóricas que apresentam e desenvolvem os conceitos que fundamentam os planos filosóficos delimitados. Uma das principais formas de sua identificação foi a recorrência com que são citados pelo elenco de trabalhos inicialmente levantados. Por este motivo não discutimos aplicações específicas de conceitos em outro contexto formulados, trabalhos empíricos, estudos de caso ou revisão de literatura que não tivessem o caráter inédito e constituinte que definem o “conceito de conceito” (DELEUZE, GUATTARI, 1997) em que se baseia nossa metodologia.

Não pretendemos que as matrizes construídas sejam as únicas configurações possíveis para a análise da produção sobre gestão em saúde. São, isto sim, as que consideramos adequadas ao tratamento do problema que orienta a pesquisa, decisão que tem por critério a relevância de seus conceitos na definição dos problemas que o campo reconhece, dos modos como incidem na relação entre conhecimento e práticas sociais, tomando-se artifícios de intervenção deste saber militante que é a Saúde Coletiva. Nesse sentido, embora metodologicamente não tenhamos pensado o estudo a partir dessa relação, pelos motivos expostos, ela permanece sendo nosso horizonte, o que em nossa avaliação justifica a intenção da pesquisa. A opção pelo enfoque no caráter constituinte dos conceitos faz parte, ela própria, de uma implicação militante, já que reconhecemos como desafio a invenção de novas possibilidades, estratégias e sentidos para a participação política no SUS.

Ao voltar-nos para o tema da gestão em saúde, que fundamenta a escolha das matrizes selecionadas, há o risco de que se suponha tratar-se de um estudo sobre os modelos assistenciais em saúde. Embora essa temática esteja necessariamente incluída na discussão sobre gestão, ela não representa nosso foco de análise, a não ser como um conceito que articula e mobiliza vários outros nestes planos filosóficos, sendo inquestionável o destaque que adquire em função disto. Não se trata, entretanto, da perspectiva analítica com a qual interrogamos essas produções.

Outro aspecto que gostaríamos de destacar é a forma de apresentação das matrizes, e o diálogo que empreendemos com seus enunciados. A exposição destes planos filosóficos procurou enfatizar seus entrelaçamentos e sua consistência interna, seguindo como orientação o debate articulado por Deleuze e Guattari sobre a filosofia. Com isso, a interlocução que concretizamos com tais “auto-posições” e “auto-referências”, ou seja, com a criação própria de cada um desses arranjos conceituais, procurou não desfazer os nexos que os fazem possíveis, tentando, ao contrário, explicitá-los em seus próprios argumentos, sem o que a inovação que portam não se tornaria apreensível. Assim, em certa medida o mapeamento empreendido com o recurso metodológico das matrizes conceituais tem uma dimensão descritiva, que pretende expor a inovação e a consistência interna das produções teóricas analisadas.

É claro que não efetivamos simplesmente uma descrição, mas uma recomposição destas produções, determinada pelas injunções que revelam com o tema da política, ao utilizarmos como marcador da análise as concepções, sentidos e implicações que a política adquire em cada um destes agrupamentos. No caso específico da matriz do Planejamento em Saúde foi possível transitar este marcador circunstancialmente às teorias que a compõem, apreendendo assim estes sentidos e suas peculiaridades, em função das características da produção teórica selecionada, que revela mais claramente suas delimitações. Não há, inclusive, como fazer coincidir completamente os sentidos e concepções de política encontrados, já que as teorias que se baseiam no planejamento instituem de modo particular sua composição de conceitos, o que não observamos ocorrer acentuadamente quando nos debruçamos sobre a Matriz do Modelo Assistencial em Defesa da Vida. Nesse caso, as contribuições distintas convergem em torno de conceitos nucleares, que se referem aos elementos de definição e justificativa deste modelo. O que não significa que possam ser tornadas equivalentes, já que se colocam a partir de sua singularidade em articulação com os demais arranjos conceituais dessa matriz. Suas diferenças são, contudo, secundárias ao pertencimento dessas elaborações singulares a um enredo consoante de problemas e desafios conceituais.

Nos capítulos que se seguem apresentaremos cada uma das matrizes propostas, fundamentando sua construção e discutindo os conceitos que as compõem em suas injunções e implicações com o tema da participação política. Antes, porém, faremos uma exposição da literatura que discute a conformação do campo da Saúde Coletiva, estudo preliminar que orientou as definições metodológicas da pesquisa, e que permite maior apropriação das matrizes conceituais. Isto porque, elas se reportam e expressam direta ou indiretamente tal

procedência, vinculação dialógica que nos permite situá-las no campo da Saúde Coletiva, cuja especificidade decorre também de incorporações, resignificações e rupturas importantes em relação à ampla produção internacional sobre Saúde Pública. Não se trata de pretender estabelecer um regime de determinações teóricas, mas de explicitar o contexto em que as produções analisadas se situam.

1.2.2.1 O campo da Saúde Coletiva, sua constituição e história no contexto brasileiro

Não é nosso intuito fazer uma revisão sistemática do que Paim e Almeida Filho (1998) designam como movimentos no campo social da saúde, ou seja, a configuração e as principais referências paradigmáticas que constituem o social como dimensão fundamental do processo saúde-doença. No entanto, revela-se improvável abordar a constituição e a história da Saúde Coletiva no contexto brasileiro sem retomar alguns desses aspectos em seus entrelaçamentos e pertencimentos comuns.

A princípio podemos situar nos discursos e intervenções higienistas surgidos na Europa Ocidental no século XVIII um dos principais marcos dos movimentos que referem a área da saúde ao âmbito coletivo-público-social (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998). O caráter normatizador e disciplinador das ações então realizadas deixa entrever sua estreita ligação com as transformações políticas, econômicas e sociais que constituem na modernidade o pano de fundo da configuração dos saberes sobre os indivíduos e do nascimento das ciências humanas (FOUCAULT, 1988).

O avanço da Revolução Industrial e suas conseqüências nas condições sanitárias das sociedades européias faz com que no decorrer do século XIX a Medicina passe a ser exercida em âmbito social. Transforma-se com isso sua finalidade e método de intervenção, que deixa de ter um escopo estritamente individual, adquirindo uma dimensão coletiva que toma para si como seu objeto o conjunto das populações. São exemplos emblemáticos a polícia médica ou estatal alemã, a medicina urbana francesa e a medicina da força de trabalho inglesa (FOUCAULT, 1988). Nunes (1996) salienta que “os projetos de medicina social estariam vinculados ao controle social, na perspectiva da higiene e controle sanitário da população, como também, ao controle jurídico-administrativo (p.111).

Importante não desconsiderar que este processo não apresenta apenas a face de um determinado exercício de poder, denominado por Foucault (1988, 2002) como biopoder, representando também formas de lutas. Aspecto que pode ser aferido no modo como a saúde passa a ser incorporada na pauta dos movimentos sociais, e a participação política torna-se a

"principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que das revoluções populares deveria resultar democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social " (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p.302).

Podemos situar no movimento chamado sanitarismo, surgido paralelamente na Inglaterra e nos Estados Unidos no mesmo período de emergência da medicina social, outros pontos fundamentais de referência da Saúde Pública tradicional. Tratava-se de um movimento que reunia setores da burocracia estatal, cujo principal impacto foi a produção de um leque de discursos e práticas sobre as questões de saúde, conformando determinadas respostas ao problema da ação de Estado neste campo.

Em sua maioria funcionários das recém-implantadas agências oficiais de saúde e bem-estar, os sanitaristas produzem um discurso e uma prática sobre as questões de saúde fundamentalmente baseados em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinados principalmente aos pobres e setores excluídos da população (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p.302).

Na América Latina, em particular, podemos retomar alguns marcos de definição da apropriação social do tema da saúde. Um dos primeiros talvez seja a investigação bacteriológica e parasitológica desenvolvida entre 1880 e 1930 em função das necessidades da economia agro-exportadora. Não podemos deixar de mencionar o impacto representado pelo modelo conceitual Flexneriano, que no início do século XX institui o conhecimento experimental e a separação entre as dimensões coletivas e individuais, biológicas e sociais, públicas e privadas como fundamentos do campo da saúde. Destarte a aparente contradição, a Saúde Pública que se institucionaliza no século XX incorpora tais referências paradigmáticas do positivismo, como indica Paim e Almeida Filho (1998), a respeito da formação dos epidemiologistas e sanitaristas. Quanto a este aspecto, é sobremaneira importante a revolução biomédica desencadeada pelas descobertas de Pasteur e Koch na segunda metade deste século, e seu grande impacto no conhecimento dos fatores de determinação do processo de adoecimento. A inflexão paradigmática representada pela consolidação de um modelo bacteriológico-campanhista é o alicerce de um processo crescente de medicalização da sociedade, cuja principal evidência pode ser constatada neste contexto histórico pela preeminência que adquirem as intervenções em saúde pública (enquanto medicina estatal) sobre a atenção e prática médica de caráter individual.

Sem dúvida, as descobertas dos microorganismos serão da maior importância para a saúde pública, especialmente quando, além da relação indivíduo-agente, se estabelece um modelo epidemiológico como uma interação entre esses dois elementos e o ambiente. Esse foi o modelo básico da saúde pública do século XX (NUNES, 1998, p.109).

A partir da década de 50 (séc. XX) a noção de prevenção ganha destaque, com a conjuntura norte-americana de reforma do ensino médico e esvaziamento dos processos sociais de constituição de políticas de seguridade social, em uma direção oposta à trajetória de articulação dos sistemas públicos de saúde europeus no cenário do pós-guerra. Este movimento internacionaliza-se, particularmente na América Latina, por meio da Fundação Rockefeller e de organismos internacionais do campo da saúde, sendo reconhecido pela alcunha de Medicina Preventiva. São financiados e criados nesse período os departamentos de medicina preventiva e social, que têm por referência disciplinar os conteúdos da epidemiologia, da administração de saúde e das chamadas ciências da conduta. Tais modificações não acarretam, contudo, maior impacto no campo da saúde, seja na formação profissional, seja na organização da assistência (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998).

Nos anos 60 configura-se o movimento da saúde comunitária, que incorpora o conhecimento sócio-cultural e psicossocial como recurso de integração das equipes de saúde em comunidades e setores sociais minoritários, considerados “problemáticos”. A transformação potencialmente decorrente dessa inserção (resignificação dos processos sociais de adoecimento e saúde) não chega a efetivar-se, já que a medicina comunitária apresenta-se como uma estratégia de cooptação destes segmentos por meio de programas de educação em saúde. Seus princípios podem ser observados nas propostas de extensão de cobertura de serviços que em 1953 a Organização Mundial de Saúde passa a advogar, as quais se restringem à definição de serviços básicos de saúde.

Com o endosso da OMS, os princípios desses programas comunitários de saúde passam a enfatizar mais a dimensão da assistência simplificada visando à extensão de cobertura de serviços para populações até então excluídas do cuidado à saúde, principalmente em áreas rurais, sendo dessa maneira incorporados ao discurso das agências oficiais (secretarias, ministérios) de saúde (Paim e Almeida Filho, 1998, p.304).

Assim como a Medicina Preventiva, este movimento também ganha expressão no contexto brasileiro por meio de reformas nas instituições de ensino, particularmente nos cursos médicos, com a adoção do currículo mínimo em 1969. As críticas a esses modelos

colocam-se nos anos 70, enfatizando a necessidade de integração curricular, de recomposição das relações entre teoria e prática, e de novas formas de articulação com a rede de serviços (NUNES, 1998). A referência à Saúde Coletiva surge nesse cenário como uma tentativa de superar a medicalização característica das práticas sanitárias tradicionais, assim como a ruptura com os referenciais positivistas que a constituem.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva nasce representando uma negação do saber hegemônico na saúde, tomando como ênfase teórico-metodológica as determinações sociais do processo saúde/doença. Tais posicionamentos adquirem o significado político mais amplo de luta pela democratização da sociedade brasileira, em função do contexto histórico de um regime autoritário, marcado pelo aprofundamento das desigualdades sociais. O setor saúde encontrava-se então marcado por forte segmentação de clientela, pela dificuldade de acesso aos serviços, pela fragmentação institucional e pelo privilegiamento do recurso ao setor privado para oferecimento dos serviços de saúde, o que acabou por criar e firmar um forte mercado médico-empresarial (CORDEIRO, 1991). De modo geral, pode-se afirmar que essa organização do campo da saúde foi marcada essencialmente pela precariedade e inefetividade dos resultados sanitários conseguidos, especialmente agravados com a intensa crise econômica do fim da década da 70 e que se prolonga no transcorrer da década de 80 (FIORI, KORNIS, 1994).

Podemos situar a consolidação deste novo campo em 1978, quando da realização do I Encontro Nacional de pós-graduação em Saúde Coletiva e em 1979 com a fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (BELISARIO, 2000; NUNES, 1996). Alguns autores destacam o fato de que a Saúde Coletiva se constitui como um campo que influencia e fundamenta a prática de diferentes grupos e sujeitos sociais, com grande interface com os “[...] movimentos institucionais localizados também a nível do Estado e que visam recompor parcial ou integralmente a prática sanitária (DONANAGELO, 1983, p.28).

A grande marca distintiva em relação às produções e movimentos descritos anteriormente é justamente a implicação política que articula produção científica, prática e intervenção social, já que a saúde coletiva brasileira nasce do projeto e do compromisso de concretização do direito à saúde como condição de cidadania. O posicionamento e a perspectiva política dessa dimensão histórica e social da construção do campo faz com que possamos identificar nesse processo o confronto entre valores e as lutas que configuram a Saúde Coletiva no contexto brasileiro. Nesse sentido, como indica Donnangelo (1983) “[...] o estudo da produção de conhecimento na área da saúde coletiva implica a tentativa de

identificar não apenas avanços de processos cumulativos de um tipo de saber, mas a ativação em específicas conjunturas sociais, de certas estruturas de saber e de prática (p.22).

Nessa mesma direção, Paim e Almeida Filho (1998) definem a Saúde Coletiva a partir de sua dupla implicação como campo científico e âmbito de práticas, “ [...] onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor 'saúde' (p.308).” As relações entre movimento ideológico e produção de conhecimento não descaracterizam, portanto, a Saúde Coletiva enquanto campo científico, conformado por distintas disciplinas dentre as quais aquelas relacionadas às ciências sociais e humanas têm relevância destacada no modo como o objeto saúde é trabalhado.

Este aspecto se explicita nos marcos conceituais (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998) que balizam o campo, no entendimento da Saúde como estado vital, setor de produção e campo de saber cuja historicidade decorre das dimensões econômicas, políticas e ideológicas que a articulam em determinada estrutura social. O adjetivo “coletivo” que a designa é reportado, desta maneira, ao fato de que a doença é significada e enfrentada nas relações estruturadas socialmente, o que remete a saúde, apreendida como prática social, diretamente às distinções e relações entre os grupos sociais.

Estes pressupostos se expressam e orientam a produção do campo, refletindo a construção de seu objeto, que se apresenta como interdisciplinar por estar situado nas fronteiras entre o biológico e o social. Segundo os autores, o objeto da Saúde Coletiva compreende “a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308)”.

Este deslocamento qualitativo em relação à tradição médica hegemônica, representado por determinada forma de operar o social como categoria analítica, é tributário da Medicina Social e teve papel fundamental na constituição do campo, ao referir como sujeitos do adoecimento não os indivíduos, mas os grupos e classes sociais. A Saúde Coletiva instituiu-se, assim, como uma disciplina de fronteira (PEREIRA *in* NUNES, 1996), em que as dimensões biológicas do processo de saúde-doença são abordadas em suas injunções com os aspectos e determinações sociais.

Perspectiva teórico-metodológica que pode ser observada no núcleo comum aos cursos de pós-graduação do campo, representado pela Epidemiologia (disciplina clássica da Saúde Pública, e suas derivações críticas contemporâneas), pela Administração e Planejamento de Serviços de Saúde, pelos conhecimentos oriundos das Ciências Humanas e Sociais

(Psicanálise, Psicologia, História, Política, Economia, Demografia, Sociologia, Antropologia e Filosofia) (LUZ, 1997).

Donnangelo (1983), por exemplo, ao discutir a produção de conhecimento em Saúde Coletiva durante a década de 70 identifica duas grandes áreas em que se pode situar os trabalhos: a área epidemiológica, entendida como estudos sobre saúde-doença em populações; e as pesquisas que versam sobre as práticas de saúde. A especificidade teórico-metodológica do campo decorre da importância dada à categoria trabalho como momento de condensação histórico-social dos âmbitos individual (corporal) e social. Segundo NUNES (1996),

A Saúde Coletiva toma como seu objeto a própria análise das formações discursivas, como se constroem conceitos e objetos, mas ao mesmo tempo se depara com a problemática de repensar a determinação da doença, não mais no modelo da epidemiologia clássica, mas dentro de um paradigma que privilegie o social. Some-se a isso a necessidade de desvendar a própria organização social da prática médica, na medida em que esta se estrutura através de relações políticas, econômicas e ideológicas, quer na expressão dos serviços de saúde, quer na expressão das políticas de saúde (p.64).

Campos (2000) trabalha com as noções de núcleo e campo como estratégias de delimitação do objeto e das relações entre as disciplinas que compõem a referência epistemológica da Saúde Coletiva, assim como recurso de compreensão de sua inserção específica no campo mais geral da saúde. O conceito de núcleo define-se pela identidade de uma área de saber e prática profissional, a qual se estabelece em razão do modo como um conjunto de conhecimentos é reunido e referido ao que o autor identifica como “determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso” (p.220). O campo seria, em contrapartida, o espaço impreciso que reúne diferentes disciplinas e profissões em um pertencimento comum, concretizado no modo como estas se apóiam mutuamente em seus objetivos e compromissos teóricos e práticos.

Segundo este autor, a missão da Saúde Coletiva estaria diretamente relacionada ao modo como ela pode influenciar as demais disciplinas e núcleos do campo da saúde, seus saberes e práticas, em direção à transformação do modelo assistencial e à reorganização dos serviços de saúde. Este objetivo maior delimita, em consequência, seu núcleo específico, composto pelas seguintes funções: “o apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, a produção de práticas de promoção e prevenção de doenças” (Campos, 2000a, p.225).

O autor salienta a especificidade deste núcleo, que expressa um valor de uso próprio de suas atividades, distinguindo-as das demais áreas de intervenção na saúde. Essa especificidade pode ser constatada na formação básica requerida aos atores que a compõem, nos postos de trabalho existentes (em instituições públicas e privadas), na organização corporativa por meio de representações próprias, enfim, signos e meios concretos de institucionalização que a diferenciam de um movimento estritamente ideológico, constituindo-a também como um núcleo específico da saúde. Tal especificidade revela-se nos temas sobre os quais a produção científica da Saúde Coletiva tem historicamente se debruçado e na característica premente de sua interdisciplinaridade, afastando-a cada vez mais da condição de uma disciplina científica, ou ainda, do atributo de ser uma especialidade médica, como tendencialmente os movimentos anteriores haviam sido situados.

Enquanto campo de conhecimento, a Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309)".

Botazzo (2000), ao discutir o objeto da Saúde Coletiva, resgata como exemplo para a compreensão de sua delimitação as relações que as ciências humanas estabelecem entre si. Faz referência especificamente a sua característica de interpretarem-se umas às outras, a ponto de suas fronteiras serem secundarizadas, surgindo um número expressivo de disciplinas intermediárias e mistas, cuja comunicação deve-se à dissolução de seus objetos próprios. Segundo o autor, as teorias sobre a saúde e a doença poderiam seguir este caminho, possibilidade que se justificaria em razão de três particularidades referentes ao objeto da Saúde Coletiva. A primeira seria sua forma de apropriação não das ciências empíricas, mas de suas representações. A segunda diria respeito ao fato de que os objetos sociais aos quais se reporta não deveria ser substantivados, no sentido de não serem apreendidos como coisas, mas analisados como relações entre homens. E, por fim, decorrente desta última assertiva, o autor destaca que o objeto da Saúde Coletiva somente existe em sua relação com o sujeito, o que insere a própria relação na análise a ser realizada.

Tais questões poderiam ser trabalhadas a partir de três pares conceituais antitéticos propostos pelo autor: função e norma, conflito e regra, significado e sistema. Eles acentuam

metodologicamente a dimensão relacional do objeto, principalmente quando reportados aos modos como os homens vivem, trabalham e falam. Trata-se de uma proposta de inspiração foucaultiana, aproximação que o autor justifica por trabalhar como linguagem as condutas humanas, posto que adquirem a forma de um sistema de sinais, em que as ações e seus produtos simbólicos (objetos, hábitos, discursos, etc.) ganham sentido.

Os debates colocados pelos autores convergem quanto à centralidade das dimensões sociais na instituição do campo, ainda que proponham leituras diferenciadas a respeito dos encaminhamentos e das discussões feitas. Quanto a isso, Donnagelo (1983) aponta que uma “imprecisa designação de **Coletivo** tem recoberto efetivamente distintos objetos de saber e de intervenção”, sendo utilizada com frequência de maneira acrítica, como recurso de contraposição às práticas individualizantes do saber hegemônico, e como sinalizador dos aspectos sociais presentes nos fenômenos. De todo modo, essa recorrência tem dado ao campo uma uniformidade artificial, tornando tal designação imprecisa e genérica, quando, ao contrário, a noção de coletivo deveria expressar manifestações histórico-concretas, portanto singulares, dos processos e grupos sociais.

A variedade e o caráter frequentemente restrito e restritivo das conceptualizações do coletivo/social não invalidam o fato de que as práticas sanitárias se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção. Nem devem induzir a suposição de que a vida social concreta acabe por tornar-se mero produto dessas opções conceituais. Ela irromperá, certamente, sob outras formas, também no campo do saber, quando as malhas conceituais e sociais se revelarem estreitas face à concretude dos processos sociais (DONNANGELO, 1983, p.21).

Os comentários críticos feitos pela autora são endossados por Cohn (1982), para quem a opção pela ênfase nos processos sociais tem resultado na perda da individualidade do campo da Saúde Coletiva, em termos das práticas de conhecimento e das práticas políticas que constituem sua especificidade. Apesar de refletir um posicionamento político bem definido, inclusive em relação ao campo científico da saúde, e de poder ter sua configuração remetida a um contexto histórico facilmente identificado, a Saúde Coletiva se estabelece sem demarcar uma diferenciação clara com as referências existentes do movimento social da saúde. Um indicador importante dessa questão é a recorrência com que diversos autores (DONNANGELO, 1983, NUNES, 1998) referem-se de modo impreciso aos termos Saúde Pública, Medicina Social e Saúde Coletiva no contexto brasileiro. Uma possível explicação pode ser atribuída ao fato de que a referência central às ciências sociais e humanas não garantiu a “esperada

síntese paradigmática, promovendo uma articulação interdisciplinar entre os campos social e biológico” (CARVALHO, 2000, p.233).

Algumas outras críticas demonstram a percepção de que o campo não tem conseguido produzir inovações, novas formas de abordagem e leitura dos problemas concernentes (COHN, 1982, CAMPOS 2000). Para Campos (2000) a institucionalização da Saúde Coletiva tem restringido e deixado pouco espaço para a reconstrução crítica de seus saberes e práticas, o que estaria resultando em sua fragmentação, diluição e conseqüente perda de identidade enquanto campo científico.

Por sua vez, ao falar do vazio que percebe no campo, Cohn (1982) destaca que se tem delegado ao “horizonte dos processos sociais em curso a resolução de seus problemas específicos” (p.106). Além destas críticas, a autora sinaliza também aspectos teórico-metodológicos, como o modo como conceitos oriundos de outras áreas são transpostos diretamente. Outra limitação em sua avaliação é a dificuldade identificada de articulação entre análises de cunho macro-estrutural e análises de realidades específicas, o que tem resultado no desconhecimento dos atores sociais, e na tendência de impor referenciais teóricos à prática concreta que constitui a teia social em sua complexidade.

Para Campos (2000), [...] a saúde coletiva brasileira, ao propor modos de intervenção, continua tributária, não da teoria crítica que construiu, mas de um pensamento sistêmico bastante pragmático e instrumental [...]” (p.221). Segundo ele, a área apresenta a tendência de confundir-se com todo o campo da saúde, devido ao recurso à categorias absolutas e universais, motivo pelo qual o autor trabalha as noções de núcleo e campo como estratégias de análise do campo da saúde em geral e de como a Saúde Coletiva nele se insere. Um dos pontos polêmico em sua perspectiva é o entendimento da Saúde Coletiva como o saber legítimo sobre a produção de saúde, em detrimento dos demais saberes do campo da saúde, o que a aproximaria da condição de um novo paradigma. Corroborando a colocação de Carvalho (CAMPOS, 2000a), o autor sinaliza também a tendência do saber dominante no campo de negligenciar a relevância dos sujeitos na construção do cotidiano e da vida institucional.

Não obstante essas críticas e considerações, a Saúde Coletiva Brasileira introduziu inovações inquestionáveis no campo mais amplo da Saúde, e da Saúde Pública tradicional, o que se expressa na particularidade que sua produção teórica possui, no fato de que mobiliza referências e artifícios conceituais próprios, apesar da concreta incorporação que procede dos movimentos anteriormente descritos, particularmente o Sanitarismo, a Medicina Social e a Medicina Comunitária. Um dos aspectos em que se baseia essa avaliação consiste na

transdisciplinariedade que constitui seu objeto, forjado no encontro de diversas campos disciplinares, sem poder, entretanto, ser remetido especificamente a nenhum deles, ou à sua interseção. Imprecisão para nós é antes uma abertura à constituição de novos sentidos e estratégias de atuação política que um limite científico ou acadêmico. Nessa direção, embora possamos observar a imprecisão da categoria Coletivo em sua produção, esta nos parece ser uma de suas características produtivas, pois tem demonstrado permitir diferentes apropriações e uma liberdade peculiar de composição de novos arranjos conceituais, dispositivo e artifícios teóricos.

As matrizes delineadas neste estudo nos possibilitaram averiguar que tais inovações constituem um campo singular de diálogo teórico. Nele, o pertencimento comum é significado não em função do uso e da referência a um leque definido e homogêneo de conceitos. Ao contrário, o que nos parece permitir reconhecer a Saúde Coletiva Brasileira como um campo peculiar de produção do conhecimento é o compromisso político que expressa em relação à materialização do direito à saúde na sociedade brasileira, como forma de luta contra seu característico autoritarismo, sua dinâmica excludente, as duras e perpetuamente atualizadas marcas da desigualdade e da injustiça social que a definem, há mais de 500 anos.

Não pretendemos com essas considerações negar ou diminuir a validade e a premência das críticas apontadas, mas enfatizar que é preciso não perder de vista essa implicação política, o compromisso militante de seus saberes. Pois apesar de incontáveis dificuldades e retrocessos, não se pode desconsiderar os avanços que essa produção teórica ajudou a conquistar no SUS, conduzindo-o em direção contrária às reformas neoliberais implementadas no Estado Brasileiro durante a década de 90. Lutas em grande parte decorrentes da capacidade que este campo tem revelado de vincular e mobilizar profissionais, usuários e gestores em torno do projeto ético de sociedade que expressa.

2 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE COMO MODELO DE GESTÃO

2.1 Fundamentos conceituais do planejamento em saúde

O plano filosófico do Planejamento em saúde representa a primeira *matriz* que selecionamos para análise na produção teórica da Saúde Coletiva brasileira. Utilizamos como critério desta definição a relevância que este plano apresenta na formação do campo, especificamente no que concerne ao delineamento e desenvolvimento do tema da gestão em saúde. De fato, é por meio da temática do planejamento, cuja emergência no Brasil podemos reportar ao final da década de 60, que o debate sobre a administração em saúde se articula, assumindo em geral a conformação de exercício teórico-prático de intervenção em políticas e instituições do setor (DONNANGELO 1983, LUZ, 1997). O planejamento e a Administração em saúde configuram, desta forma, uma das sub-áreas que fundam a Saúde Coletiva, o que pode ser constatado pela marcante presença nos cursos de pós-graduação que são organizados a partir da década de 70 no país, nos quais representam importante e consolidada área de concentração de estudos e pesquisas (NUNES, 1996).

Os argumentos históricos, embora endossem a escolha realizada, não são na verdade aqueles que interessam especificamente em nossa metodologia de trabalho. As perguntas a serem respondidas antecedem tais considerações: o que significa a inovação instituída por este tema? Sobre quais questões e conceitos se ergue? O que nos permite reunir nesta matriz formulações teóricas distintas?

Podemos começar a responder as questões colocadas com a afirmação de que o planejamento em saúde ocupa um lugar bastante claro nas lutas políticas que permeiam a constituição da saúde coletiva, lugar este que não pode ser compreendido e identificado exclusivamente em relação ao contexto nacional. A temática em questão propõe como objeto de estudo, trabalho e intervenção (a presença indissociável destas dimensões é uma de suas características estruturantes) a racionalização das práticas sanitárias, entendida como recurso necessário para a reorganização de serviços e sistemas de saúde na direção almejada pelos processos de reforma setorial que se encontravam então em discussão na América Latina. Não podemos deixar de salientar neste ponto a influência que as agências e organismos multilaterais desempenharam na formulação das principais propostas que inauguram essa leitura e aproximação da questão, o que será mais adiante retomado.

Os principais aspectos a serem inicialmente destacados remetem ao ideário que permeia a temática. Calcado numa apreensão instrumental da razão, revela como consenso de fundo a identificação do planejamento social à condição de alternativa exclusiva, em contraposição à lógica de mercado, para a reorganização das políticas e instituições de saúde, perspectiva que possui clara inspiração na experiência soviética de planificação do desenvolvimento econômico-social. Este é, conseqüentemente, o núcleo central destas propostas teóricas, que investem na possibilidade de aceleração do desenvolvimento social em países periféricos, mediante intervenções racionalmente estruturadas e planejadas, inscrevendo-se com isso numa perspectiva desenvolvimentista, filiada às análises das teorias da dependência.

Apresentaremos a seguir as formulações teóricas que constituem essa *matriz de pensamento* no campo da Saúde Coletiva brasileira. Importante esclarecer que não nos restringimos à produção nacional, pois esta possui como referência explícita, assumida inclusive no sentido de relação de pertencimento no campo teórico, as proposições de dois autores latino americanos, Carlos Matus e Mario Testa, os quais elaboram os marcos conceituais do enfoque estratégico que delinea a matriz. Vários autores (RIVERA, 1989; SÁ, 1993; TAVEIRA, 1991) incluem como terceira vertente deste enfoque os trabalhos realizados pela Escola de Medellin. Não incorporamos essa abordagem como eixo de constituição da matriz em razão do fato de que sua influência mostra-se mais claramente nas políticas públicas do SUS, particularmente a ênfase na atenção primária como estratégia de organização do sistema, e menos nas propostas conceituais que delinham o tema em análise.

Ainda que o planejamento normativo não possa ser considerado referência direta das produções que discutimos, incorporamos a exposição de suas principais características, bem como o contexto histórico e conceitual que situa sua emergência, pois entendemos estes elementos como relevantes, já que o enfoque estratégico é colocado como resposta aos problemas identificados como pertinentes a corrente normativa do planejamento. Não se trata, contudo, de focar o diálogo entre as distintas posições, mas de compreender a dinâmica produtiva de seus entrelaçamentos e interseções, os quais se mostram como eixos constitutivos da matriz de pensamento em questão. Nesse sentido, como discutiremos oportunamente, o que nos chama a atenção é tanto a ruptura ensejada, como a permanência silenciosa de certos núcleos conceituais que nos possibilitam desenhar os contornos da matriz do planejamento em saúde.

2.1.1 Contexto histórico-conceitual do surgimento do planejamento em saúde

A discussão em torno do planejamento em saúde nasce na América Latina no contexto histórico das políticas desenvolvimentistas dos anos 50 (século XX), marcadas pela diretriz de substituição de importações, tendo por perspectiva central o projeto de mudanças estruturais, em direção à industrialização e o fortalecimento das economias nacionais. As questões sócio-políticas que marcam o período, bem como as políticas públicas que se configuram a partir de então, apresentam-se como uma transformação da concepção de ação estatal, que se define em contraposição a uma perspectiva identificada como liberal, na medida em que assentada no *laissez-faire*.

Rivera (1989) pondera que o fortalecimento do planejamento como forma de intervenção racional em direção à mudança social, conduzida no contexto de políticas desenvolvimentistas, choca-se com as estruturas institucionais tradicionais dos Estados Latino-Americanos, marcadas pela tendência inerte de práticas clientelistas e privatistas. Essa ressalva pode ser evocada na explicação da frágil aderência da planificação às estruturas institucionais, a despeito da intencionalidade discursiva explicitada nessa direção, o que faz o autor considerar que a própria estrutura do poder estatal que investe no planejamento como tecnologia de desenvolvimento social é seu maior fator limitante, dada a inexistência de compromisso real com a mudança. O planejamento surge, portanto, como projeto de ruptura, estratégia de luta e intervenção nas características centrais dos Estados Latino-Americanos.

Neste cenário, a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL)⁴ revela-se principal ator institucional de referência. Seus estudos apontavam a tendência de deterioração das relações de troca entre os países centrais e periféricos, indicando a necessidade de que o Estado assumisse como sua responsabilidade a intervenção racional nos processos sociais. Trata-se de uma referência que passa a nortear o debate e a situar o planejamento econômico-social como recurso estratégico de mudança societária, especialmente no que tange as relações de produção. As idéias que surgem a partir de então sobre as possibilidades e desafios no campo do planejamento social representam um marco para o desenvolvimento

⁴ Não pretendemos aqui negligenciar o impacto gerado pela “Aliança para o progresso” na década de 60 do séc. XX, conduzida pelo governo Norte-Americano, e que tem na criação do Banco Interamericano de Desenvolvimento um momento chave de consubstancialização da doutrina reformista de desenvolvimento regional, que recomendava aos governos latino-americanos a integração de setores sociais e econômicos por meio do planejamento (RIVERA, 1989). Optamos pela ênfase no pensamento cepalino por compreender que este representou uma referência norteadora das intervenções e debates sobre o planejamento surgidos a partir de então no setor saúde.

subseqüente de políticas públicas no setor saúde. Nosso objetivo, ao abordar tais contribuições, é compreender de que modo suas noções centrais e suas metodologias de intervenção atualizam-se como referências (explícitas ou não) para a gestão em saúde, particularmente quanto ao tema da participação política.

Podemos identificar na produção relacionada ao pensamento cepalino dois momentos que apresentam teses diversas: um primeiro, durante a década de 50, marcado pela centralidade atribuída ao desenvolvimento econômico e pela crença de que o mesmo seria suficiente como fator de reorganização das relações sociais nos países periféricos, atuando na diminuição das desigualdades sociais. E um segundo momento, organizado a partir da década de 60 em meio à crise da política de substituição de importações, em que se sinaliza a necessidade de integração sócio-política por meio de mudanças setoriais nas políticas sociais (RIVERA, 1989). Como veremos adiante, esta distinção não representa uma ruptura, na medida em que

O que esse contexto geral parece nos indicar é que, embora as questões sociais tenham passado a ser consideradas nos discursos planejadores na América Latina dos anos 60, não chegou a ocorrer uma inversão de sua posição de subordinação às questões econômicas. A intervenção planejada sobre as questões sociais mantinha-se como condicionante do desenvolvimento econômico nos moldes preconizados e o planejamento social na América Latina surgiu, assim, a despeito dos discursos integradores, subordinado a essa lógica (SÁ, 1993, p.24).

Este aspecto pode ser observado no método CENDES-OPAS de programação em saúde, principal referência do enfoque normativo de planejamento, apresentado no documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud” (OPS-OMS, 1965). O método apresenta claramente um referencial economicista, calcado numa concepção otimizadora da oferta em saúde, que se define pela utilização eficiente dos recursos disponíveis. Em outras palavras, o principal objetivo proposto é a melhoria da relação custo-benefício nas ações de saúde, por meio de uma abordagem administrativa tradicional, na qual se destaca a preocupação com a normatização dos processos, tendo em vista o aumento da produtividade. Um claro exemplo é o fato de as prioridades do plano serem definidas por critérios considerados exclusivamente técnicos, nos quais prevalece a análise de rendimento dos recursos empregados. A questão política das escolhas e prioridades realizadas no plano, bem como dos atores por este legitimados, não se coloca no contexto do método frente ao pressuposto imperativo da escassez de recursos.

**Gestão na Saúde Coletiva:
Matrizes Conceituais**

Os principais méritos atribuídos ao Método CENDES-OPAS são ter estimulado e sistematizado práticas de planejamento (destaquem-se ferramentas como o quadro diagnóstico e a técnicas de análise de custo), enfatizado a formação de quadros técnicos, e ter inserido uma perspectiva sistêmica associada aos planos globais de desenvolvimento (PAIM, 1983; RIVERA, 1989). Quanto às críticas, podemos dizer que em resumo referem-se a sua impossibilidade de resolver

[...] o dilema geral (eficiência-eqüidade) em favor da equidade, pela desincorporação das variáveis sociais na equação por ele proposta [...], pelo abandono da morbidade enquanto indicador de necessidades [...] e pela própria hipostasia da utopia do crescimento enquanto geradora de equidade. (RIVERA, 1989, p.27)

Além das questões já apontadas, consideramos relevante abordar um aspecto específico do método CENDES-OPAS, que concerne ao pressuposto de externalidade da política. Esta presunção pode ser apontada, por exemplo, na compreensão da relação entre técnica e política que o mesmo subentende. De fato, sua organização metodológica explicita uma postura de neutralidade técnica que advoga um distanciamento objetivo na condução dos problemas abordados pelo plano. Matus (1981) analisa que a dissociação entre as dimensões econômicas e políticas da realidade expressa-se no enfoque normativo na dissociação entre sujeito e objeto do conhecimento, de tal modo que se torna possível ao planejador situar-se unicamente no plano técnico-normativo do “deve ser”.

Nessa elaboração metodológica é de responsabilidade de um sujeito externo, a autoridade política, as escolhas que fundamentam o campo de possibilidades e as implicações políticas do plano, cabendo ao planejador, essencialmente, a tentativa de reverter as tendências de má alocação dos recursos disponíveis. Nesse sentido, a definição da norma não supõe para o método CENDES-OPAS o debate e a confrontação de valores e o posicionamento político frente aos dilemas que se colocam em referência a ela. Trata-se antes de uma escolha baseada em supostos critérios técnicos, que não se “contaminam” com essas dimensões. Como discute Sá (1993), a própria questão da definição dos recursos (e, portanto, de sua recorrente insuficiência) é considerada como exógena ao planejamento.

À programação propriamente dita corresponde preparar os planos de ação que devem ser propostos à autoridade política para que decida o que se vai fazer. Em geral, há que se apresentar várias alternativas, pois cada uma tem implicações de caráter político sobre as quais o programador não pode decidir (OPS/OMS, in SÁ, 1991, p.28)

Como desdobramento da dissociação entre técnica e política, a relação que o plano estabelece com a realidade revela a imposição de uma racionalidade formal que desconsidera os elementos conflitivos próprios da dinâmica social, os posicionamentos e interesses divergentes dos sujeitos implicados. Essa leitura converge com a análise realizada por Matus (1978), que aponta para a contradição que se coloca na relação do plano, regido pelas características de equilíbrio e a rigidez que fundamentam o enfoque normativo, e o desequilíbrio, a multiplicidade, as tensões e dinâmicas produtivas entre grupos sociais inerentes ao movimento real das sociedades.

Podemos ainda discutir um outro aspecto elucidativo da compreensão e da prática política subentendida no método, qual seja, a referência à programação local. Se por um lado ela é enfatizada como caminho necessário para a construção do plano nacional, por outro, a justificativa deste posicionamento expressa uma perspectiva restritiva e instrumental dos atores sociais engajados localmente. O referido documento (OPS-OMS, 1965) sugere a participação ativa das “autoridades locais” nas tarefas relativas ao planejamento, de modo que seja intensificado o interesse e a compreensão das mesmas, aspectos necessários para a adequada execução que o plano requer. A participação local seria, desta forma, uma estratégia para atenuar a “excessiva centralização e o divórcio entre planejadores e executores”, que freqüentemente inviabilizam a concretização do plano.

O nível local é incorporado ao método de modo coerente com a racionalidade que o fundamenta, ou seja, segundo uma apreensão administrativa tradicional para a qual importam os recursos que este nível dispõe na condição de executor de ações de saúde. Percebe-se nesse movimento a restrição dos sujeitos considerados, somente autoridades locais, e ainda assim a partir do lugar de executores do plano. Os demais sujeitos, usuários, profissionais de saúde, movimentos sociais etc, não se apresentam como interlocutores aos planejadores, assim como não é considerada a possibilidade de autonomia administrativa e política em nível local. Todo o exercício decisório requerido pelo plano é reportado à autoridade central de planejamento em saúde, cabendo destacar que as questões consideradas propriamente políticas, “as escolhas finais necessárias” são de responsabilidade das “autoridades políticas máximas do país”. Como salienta Sá (1993),

[...] O Método CENDES-OPAS já pressupunha a necessidade de um processo de planejamento participativo como um dos pré-requisitos à execução dos planos. Tal participação, no entanto, além de ser pensada de forma restrita ao que se denominou “autoridades locais” – não envolvendo o conjunto de profissionais de saúde e muito menos prevendo a participação da população – não se

fundamentava numa razão política, mas apenas “administrativa e psicológica”. A possibilidade de existirem conflitos em relação aos objetivos programados, ou oposições ao plano que transcendessem a mera rivalidade entre planejadores e “executores”, não era considerada [...] (p.32).

Em suma, o enfoque normativo pretende resolver o problema do decisionismo tradicional das práticas políticas com o recurso à técnica programática, assumindo a política como externa ao processo de planificação e a racionalidade tecnocrática como alheia às questões inerentes à política institucional. Tais pressupostos, que como discute Rivera (1989), se assentam em uma concepção a-histórica dos recursos do setor, acabam por tornar o objeto do planejamento um objeto formal, desvinculado do contexto institucional e societário em que necessariamente o plano deverá ser efetivado.

Com a criação, em 1965, do Centro Pan-americano de Planejamento de Saúde (CPPS), a análise crítica do método, particularmente de seu caráter administrativo formal, converge com o contexto identificado como de “crise da planificação”. A crise identificada decorria do esgotamento do modelo de substituição das importações, expresso na situação desfavorável da balança de pagamentos, na grave crise fiscal e na intensificação do processo inflacionário. Seguindo a leitura realizada por Testa (1985),

[...] a chamada crise setorial não é mais do que a expressão setorial da crise do Estado. Em consequência, não há tal coisa como uma “crise do planejamento”, mas o desencanto ou desalento sobre a eficácia do planejamento é a expressão - neste âmbito - da crise de uma articulação de classes cuja viabilidade chega a seu limite ou, simplesmente, nunca existiu. (p.344).

Podemos situar alguns marcos que representam tentativas de resgate do componente político da planificação, os quais vão constituindo o contexto histórico-social de emergência do enfoque estratégico do planejamento. O primeiro deles seria o Plano Decenal das Américas, resultado da III Reunião de Ministros de Saúde realizada em 1973 no Chile. Nesse documento a saúde é afirmada como um direito dos povos e a atenção primária é assumida como estratégia de ampliação da cobertura sanitária, reconhecendo-se a necessidade de integração das diversas instituições de saúde. O planejamento deixa de ser reportado estritamente ao âmbito da administração dos serviços de saúde, assumindo como necessidade a definição de políticas públicas e a consideração de aspectos sistêmicos como infra-estrutura, organização e administração do setor saúde. ~~Interessa-nos particularmente a proposta de~~ incorporação da população na organização e execução das atividades sanitárias, identificada

como planificação participativa. Movimento reforçado pela XXIII Assembléia Mundial de Saúde, de 1974, quando o princípio de participação da comunidade é reconhecido internacionalmente (RIVERA, 1989).

Em 1975 é lançado o documento “Formulação de Políticas de Saúde” do CPPS, o qual representa um marco para a abordagem teórico-metodológica da planificação, situando o “planejamento no terreno definitivo das decisões políticas e afirmando ser a imagem-objetivo de natureza primariamente valorativa e secundariamente técnica” (RIVERA, 1989, p.35). O tratamento dado ao problema das prioridades é um exemplo desse deslocamento em direção ao reconhecimento da dimensão política da planificação. Nesse sentido, as prioridades são entendidas nessa mesma linha de abordagem, enfatizando a presença tanto de variáveis técnicas, como políticas, e dando às últimas maior peso. É interessante notar que o conflito social passa a ser a condição para a organização e implementação das políticas de saúde, sendo compreendido como resultante das necessidades de saúde que mobilizam individual ou coletivamente demandas políticas, as quais disputam junto à esfera estatal sua institucionalização e a produção de respostas públicas. A análise de viabilidade surge como outra diferenciação do modelo tecnocrático de decisão característico do enfoque normativo, representando o principal movimento de delineamento da fase estratégica da proposta metodológica do documento.

Gostaríamos de chamar a atenção para alguns dos aspectos sinalizados como expressão do deslocamento discutido. O primeiro deles é a centralidade conferida à autoridade política formal, responsável exclusiva pela decisão quanto à institucionalização das demandas, bem como pela articulação da imagem-objetivo. Perspectiva que revela uma diferenciação superficial do enfoque normativo, quando tomamos como referência o conceito de política que subjaz a essa proposta de planificação.

A compreensão da relação entre técnica e política não é desconstruída no pressuposto de sua neutralidade: permanecem como dimensões diferenciadas da realidade, mudando apenas a ênfase dada a cada uma delas. Não se trata, portanto, de um esforço de politização da técnica, de discussão das relações de poder e dominação que a instituem e dos efeitos que dela decorrem, quando exercida desde o lugar do discurso competente (CHAUÍ, 1990). Outro aspecto importante é a noção de conflito trabalhada, o fato dela ser referida à dinâmica social, mas não aos processos institucionais das organizações de saúde. Quanto a isto, supõe-se que o comando político seja suficiente como recurso de homogeneização vertical no interior das instituições.

O aspecto mais ilustrativo das concepções implícitas de política que fundamentam a proposta surge justamente na percepção de que a análise de viabilidade pretendida tem por objetivo não uma trajetória democrática de construção das intervenções, com conseqüente espaço para redefinição das prioridades, mas sim o desenho de uma estratégia mais eficiente na afirmação e concretização da meta decidida pela autoridade política. “Dentro desse entendimento, o corpo social é uma instância que ‘participa’ passivamente do processo de formulação política, na forma de um objeto manipulável que entra como um insumo necessário à regulação oportuna de políticas intocáveis” (RIVERA, 1989, p. 37).

O enfoque estratégico em planejamento, que tem em Carlos Matus e Mario Testa seus principais formuladores, situa-se como contra-ponto e crítica das perspectivas de planificação até agora expostas, nomeadas normativas. Discutiremos a seguir as principais questões trazidas por estes autores, esclarecendo que não temos a pretensão de realizar uma leitura detalhada de suas produções. Interessa-nos, antes, compreender de que modo o tema da participação política e suas interseções com o campo da gestão em saúde se apresentam em suas colocações, uma vez que a obra de ambos constitui referência dialógica fundamental ao movimento sanitário, às produções conceituais que compõem a Saúde Coletiva.

2.1.1.2 Planejamento estratégico situacional

Abordaremos o Planejamento Estratégico Situacional elaborado por Matus (1989) por meio de alguns de seus conceitos centrais. O primeiro deles seria justamente a própria definição de planejamento. Para o autor, trata-se da “arte de ‘governar’ em situação de poder compartilhado” (SÁ, 1993, p.107). Nesse sentido é uma tecnologia e um método de governo, ao qual Matus (1996) atribui possibilidades democráticas e libertárias, pois a ação de planejar representa “ganhar espaço para escolher, mandar sobre fatos e as coisas para impor a vontade humana, [...] rejeitar o imediatismo, somar a inteligência individual para multiplicá-la como inteligência coletiva e criadora” (p.183). Para o autor, conhecer é ganhar liberdade, e o planejamento ocupa a função de mediação entre o conhecimento e a ação (MATUS, 1996).

A principal categoria adotada nessa mediação é o poder, que corresponde a uma variável capacidade e vontade de ação. Os pressupostos e características a ele identificados são: “não se reduz à coerção (violência); é uma relação; é uma acumulação; é capacidade de produção; produz efeitos” (SÁ, 1993, p.53). Como explicita a autora, Matus define o poder como “[...] a capacidade de um grupo social para realizar seus propósitos estratégicos e circunstanciais” [...](p.52). A forma como o conceito de poder é utilizado expressa também a

preocupação de negar o planejamento como instrumento técnico - tecnocrático - de suporte à decisão. Como discute Matus (1987), “a reflexão que é imediatista, tecnocrática e parcial **não** é planificação, e tampouco é planificação a reflexão que se isola da ação e devém em mera investigação sobre o futuro” (1987, p.15).

Sua célebre frase postula que o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação, não sendo, nessa dimensão, uma prerrogativa exclusiva dos atores sociais que respondem pelo governo. O planejamento é uma forma de organização para a ação (MATUS, 1989), a prática de uma temporalidade estratégica que articula o futuro à condição presente.

Tudo o que faz a planificação para simular o futuro é muito útil, porém é apenas um produto intermediário cujo produto final é a decisão que devo tomar hoje. Contudo, a decisão de hoje não pode ser racional se não transcende o presente, porque o que ocorre depois ou amanhã é o que dá eficácia à minha decisão (MATUS, 1989, p.111).

O planejamento estratégico situacional não subentende, portanto, a exploração do futuro como exercício de investigação e levantamento de suposições descoladas do momento presente, mas uma prática decisória na qual se revela o compromisso entre a direção (a direcionalidade/intencionalidade com que se aborda o futuro) e a ação (como inscrição dos sujeitos no tempo presente). Assim, o futuro adquire sentido em função da *situação* que determina as questões que se apresentam como objeto para a planificação, sua importância reside no caráter racional e eficaz que confere ao seu produto, qual seja, as intervenções que conformam o plano. Nessa medida o planejamento para o autor é necessariamente uma sistematização das ações, ainda que possa adquirir diferentes graus de formalidade, conforme o contexto de sua aplicação.

O objeto da intervenção serão os problemas identificados, entendidos como uma realidade fenomênica insatisfatória (portanto não se trata de sua síntese em relações abstratas) na perspectiva de determinado ator. O enfrentamento dos mesmos é determinado pelo espaço e pelos vetores que o definem, aspectos que somente podem ser compreendidos quando referenciados a um ator e a uma situação (MATUS, 1987). “O espaço eleito para se delimitar, explicar e intervir nos problemas, assim como a demarcação de suas fronteiras (do que faz e não faz parte do problema), é determinado, basicamente, pelas intenções e capacidades de intervenção do ator que explica” (SÁ, 1993, p.104).

A noção de problema representa um afastamento da categoria diagnóstico, tradicional no enfoque normativo. Uma tentativa de superar o referencial implícito de uma verdade “científica” que fundamenta a definição do objeto da intervenção, assumindo a existência de

diferentes implicações e, em decorrência, diferentes formas de valoração, por parte dos atores sociais que conformam a situação. Ao optar pela noção de problema, Matus faz uma crítica às ciências sociais, à forma como têm parcelado artificialmente a realidade nas fronteiras dos saberes disciplinares.

Nessa arquitetura metodológica, o conceito de situação assume lugar central, representando uma categoria compreensiva que procura apreender a realidade em sua complexidade, em suas múltiplas dimensões. Ao abordar o problema em sua relação com a situação, importam especificamente as posições que assumem os diferentes sujeitos no processo social. Nesse sentido, tanto o entendimento do problema, como da situação que o determina pressupõem a referência a um ator social, já que “[...] a realidade está integrada por distintos espaços hierárquicos em que se desenvolvem os problemas e adquirem distinta especificidade as regras básicas, as acumulações e os fluxos de produção” (MATUS, 1987, p.148).

Essas referências centrais definem a organização concreta do plano, no sentido de que, se ele é baseado em noções, análises e recomendações, é de fato constituído por operações, o que lhe confere uma organização modular com acentuada flexibilidade, determinada diretamente pelo desenvolvimento das ações planejadas.

O plano situacional é um conjunto de operações que correspondem a uma forma concreta de produção. Cada operação supõe um responsável por seu desenho, execução, controle e revisão segundo as circunstâncias. [...] Todas as operações que conformam o plano constituem uma opção de organização global, uma distribuição de funções e responsabilidades de coordenação e uma ordem de alocação de recursos. Neste sentido o plano situacional parece-se mais à formalidade estrita de um orçamento por objetivos do que à literatura imprecisa do plano normativo que se auto-recomenda ações e políticas que não assume como desenho operacional (MATUS, 1989, p.116).

As considerações feitas acima ajudam-nos a entender o modo como a dimensão estratégica dessa abordagem coloca-se na possibilidade de produção de uma cadeia de eventos que, sendo condicionada à capacidade de intervenção dos atores que planejam, consiga ter por resultado a ampliação destas mesmas capacidades. Nesse sentido, a planificação não se volta simplesmente para a disponibilidade de recursos econômicos e técnicos, mas principalmente à análise da aceitação e legitimidade da intervenção e à utilização dos recursos de poder disponíveis para sua implementação.

Não podemos esquecer que uma decisão se toma aplicando recursos de poder e a consequência da aplicação destes recursos de poder reverte sobre quem decide, desacumulando ou acumulando poder. Aqui aparece nítido o problema da eficácia política, como há também um problema de eficácia econômica (MATUS, 1989, p.108).

Como suporte teórico à explicação dos problemas, Matus (1989) elabora um fluxograma situacional, que consiste numa tentativa de entender as causalidades sistêmicas que condicionam o objeto da intervenção a partir de três níveis de produção social, nos quais são relacionados sistematicamente os fatos sobre os quais se debruça a planificação.

O primeiro nível concerne ao que o autor denomina *fenoprodução*, e abrange todas as dimensões da realidade identificadas à produção de fatos sociais, como por exemplo, fatos políticos, comunicacionais, bens e serviços econômicos, conhecimentos e normas (ib.id.). Nesse sentido este nível apresenta fluxos da realidade social produzidos nos outros planos propostos, e que geram a possibilidade de promover acumulação e desacumulação de poder, bem como novas capacidades de produção.

O segundo nível, reconhecido como das acumulações sociais, diz respeito às *fenoestruturas* que condicionam a produção em todos os âmbitos sociais. O autor cita como exemplos desde valores, ideologias e teorias, a aspectos materiais como estradas ou empresas, o sistema jurídico, tributário, as instituições e organizações políticas, dívidas e ativos monetários (MATUS, 1989).

Todas essas feno estruturas são produzidas, criadas ou modificadas através dos fluxos dos fatos; em outras palavras, são fatos acumulados. Mas, por sua vez, os fatos que ocorrem em situação são um produto de tais fenoestruturas.

Ora, o centro desta enorme diversidade de fenoestruturas é o homem e as organizações sociais constituídas por homens. O homem as produz, as sofre, as disputa e as utiliza no processo de produção social (MATUS, 1989, p.127).

O terceiro nível, nomeado *genoestruturas*, corresponde às regras básicas que limitam a interação entre os homens, definindo espaços de possibilidade para a conformação e produção das fenoestruturas. Podemos mencionar como exemplos as estruturas econômico-social, jurídico-política e ideológica que caracterizam determinada formação social (SÁ. 1993).

É importante salientar que se trata de uma relação de retrocondicionamento, pois, se por um lado, “[...] as regras básicas definem o espaço de variedade das relações de força – determinação”, por outro, “[...] essas condicionam o espaço de variedade das regras básicas” (SÁ. 1993, p.45). Não podemos perder de vista a afirmação realizada por MATUS (1989) de

que “a origem das genoestruturas reside nos atores sociais que produzem os fatos que se genoestruturam” (p.129). Com esta colocação o autor enfatiza que “as regras básicas são socialmente produzidas e podem ser mudadas pelos homens” (p.130), perspectiva fundamental na análise das relações de produção da realidade social sobre a qual o plano deve intervir.

A proposta metodológica do planejamento estratégico situacional assenta-se em quatro momentos, compreendidos como um processo permanente, e em grande medida simultâneo, que se repete necessariamente, mudando, contudo, o conteúdo, o contexto e a referência temporal que o situa. Esses momentos são pensados em contraposição à rigidez característica da lógica do planejamento por etapas, devendo constituir-se em “um permanente fazer, uma permanente aprendizagem, um permanente cálculo, uma permanente explicação, um permanente desenho e uma ação persistente no dia-a-dia” (MATUS, 1989, p.125).

O primeiro deles, o momento explicativo, tem por objetivo a explicação sistêmico-causal dos problemas e da situação inicial que o plano pretende transformar, compreendendo, inclusive, a própria seleção dos mesmos. A principal referência para este exercício analítico é o fluxograma situacional abordado anteriormente. Embora reconheça que este momento resgata técnicas de diagnóstico do planejamento normativo, Matus (1989) contrapõe-se ao que compreende como vícios dessa prática, que frequentemente reduz a explicação dos problemas a uma listagem descritiva. Outra diferenciação que o autor realiza diz respeito à necessidade de compreender e incorporar a explicação que os demais atores fazem dos problemas em questão, informação estratégica para a construção da viabilidade política das operações do plano.

Devemos reconhecer que a partir das categorias assinaladas podemos expressar nossa explicação da realidade, mas essa explicação não é necessariamente compartilhada pelos outros que também existem na realidade. Nossa obrigação, antes de qualificar a explicação dos “outros”, é precisá-la, definir qual é, porque a explicação dos “outros”, assim precisada, é parte da realidade (MATUS, 1989, p.130)

O segundo momento se define como normativo. A separação entre os momentos não deve ser pensada seqüencial ou rigidamente, tanto, que o autor (ib.id.) destaca que não “se parte do ‘nada normativo’ para fazer uma explicação” (p.132), já que a própria necessidade do planejamento nasce da tentativa de agir sobre a realidade em determinados aspectos que se considera que precisam ser modificados. De fato, a própria escolha dos problemas pertinente

ao momento explicativo pressupõe a realização de uma comparação com uma situação considerada adequada.

Desta forma, o momento normativo corresponde à definição da direção em que se espera transformar a realidade, ao estabelecimento de uma referência de como deve ser a situação que se pretende alterar. É o momento do desenho da norma que orientará a intervenção. O principal recurso metodológico do planejamento situacional para este momento é o programa direcional, que consiste na avaliação da capacidade das operações definidas e organizadas no plano produzirem o efeito desejado como vetor de mudança, na direção da situação-objetivo. Na medida em que se entende que o processo social não pode ser completamente modelizável, a verificação do programa direcional resulta na exploração dos diferentes cenários que se podem desdobrar como decorrência das operações. Nesse sentido, o “conceito de programa direcional assume uma relação probabilística, apenas válida para uma estratégia em um cenário de cálculo determinado” (ib.id., p.136).

O terceiro momento é estratégico, ou seja, o momento de consideração das restrições que podem interferir na concretização do plano. Matus (1989) seleciona três principais tipos de restrição: de recursos de poder político, econômico e capacidade de organização e atuação institucional. Se o primeiro passo deste momento se dá com o reconhecimento das restrições enfrentadas, o segundo é dado quando se considera como superar as limitações no período de tempo do plano. Este exercício equivale ao que autor define como análise e construção da viabilidade política na relação que o governante estabelece com a situação e com os atores sociais que dela fazem parte.

A situação muda, em grande parte, porque se alteram os pesos dos atores sociais, seus interesses sobre as operações, suas explicações da situação, suas formas reais de inserção no processo econômico produtivo e no processo político, as disponibilidades de recursos econômicos, o nível de eficiência institucional e organizativo, o contexto externo que envolve a situação nacional etc. Ou seja, todos os elementos críticos na análise de viabilidade estão em movimento de mudança que talvez invalide a nossa estratégia de ontem. Devemos, conseqüentemente, repetir constantemente o momento estratégico (MATUS, 1989, p.138).

O último momento, tático-operacional, é aquele em que se transformam em ação as análises, desenhos e simulações feitas nos momentos anteriores. Em outras palavras, a análise acumulada nos momentos prévios converte-se em ação concreta. Matus (1989) divide o momento tático-operacional em quatro sub-momentos: 1) apreciação da situação conjuntural, com o objetivo de apreender a realidade e perceber o surgimento e desenvolvimento de novos

problemas; 2) pré-avaliação das decisões possíveis, em que se seleciona as operações mais eficazes, tendo em vista os objetivos definidos e a conjuntura específica; 3) tomada de decisão e execução, quando as operações são realizadas e; 4) pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação, que representa uma nova análise de situação, na qual se busca comparar os efeitos obtidos com a intervenção com aqueles inicialmente esperados.

Interessante observar que este momento tem como uma problemática central a produção de informações, sua seleção, organização e utilização como fundamentação das escolhas e decisões tomadas. Trata-se que uma questão de difícil enfrentamento, porque pressupõe que o acesso e o manejo dessas informações dê-se numa velocidade capaz que permitir ao planejador acompanhar e antecipar-se às modificações conjunturais da realidade.

Abordando diretamente o problema que nos propomos analisar, devemos retomar a afirmação de Matus de que a planificação situacional é por definição política. Nossa questão é propriamente compreender o que autor entende por política, e de que modo esse conceito é operado na metodologia de planejamento que ele propõe.

O ponto de partida talvez seja perceber como a política torna-se endógena ao planejamento, em contraposição ao enfoque normativo que se preocupa em delimitar as fronteiras entre os dois registros que identifica como relativos ao plano da técnica (o planejamento “propriamente dito”) e da política (percebida como o ato de decidir, cuja responsabilidade é das “autoridades políticas”).

Como expõe o autor, “na planificação situacional, o político não é um dado externo, nem um marco restritivo que vem de fora. A planificação situacional internaliza as questões políticas como variáveis e trata de operar com elas” (MATUS, 1989). Nesse sentido, o âmbito da política é significado como o contexto de restrições de poder que incide sobre a capacidade do planejador de produzir socialmente as ações do plano. Essa perspectiva pode ser endossada pela ênfase conferida à análise e construção da viabilidade, a qual remete ao fato de que “[...] o cumprimento do plano não se resolve simplesmente na política econômica, mas na luta política” (ib.id., p.119). Em outras palavras, a luta política é referida como a luta pela concretização do plano, como o conflito que a intervenção mobiliza. Concepção que se revela, por exemplo, na compreensão que o autor desenvolve sobre o processo de governo, a qual opera ao mesmo tempo uma separação e uma união da condução política, tipificada na figura do triângulo de governo, composta por três variáveis: projeto de governo, governabilidade do sistema e capacidade de governo. A reflexão e a ação propiciadas por este artifício metodológico propõe-se dialógica com as contingências e possibilidades que as outras variáveis impõem, de maneira que

“...separam-se, de um lado, variáveis *diferentes* e, de outro, variáveis que se entrelaçam e se condicionam mutuamente, para compreender a complexidade do processo de governo como *unidade comum* às três variáveis. [...] A *interação* e o mútuo condicionamento indicam, em troca, algo que é comum aos três sistemas: a ação humana” (grifos do autor - MATUS, 1996, p. 52).

Projeto de governo, governabilidade do sistema e capacidade de governo formam os vértices da figura que, para Matus, deve compor a caixa de ferramentas do líder. Nesta composição, o conjunto de proposições que compõe o *projeto de governo* deve ser adequado ao contexto social, político e econômico que se relaciona com o caso em questão; ao mesmo passo que também da capacidade de governo e da governabilidade do sistema depende o alcance dos objetivos de quem governa. O projeto de governo e a governabilidade do sistema, analogamente, determinam as necessidades de disposição de “técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um ator e de sua equipe de governo para conduzir o processo social a objetivos declarados” (ib id., p. 52). A capacidade de governo é passível de ser alterada ou melhorada conforme o arsenal de ferramentas o é.

Para Matus, a relação entre as variáveis controladas e as não controladas por um ator determina sua governabilidade do sistema, de modo que cada ator tem um grau diferente de governabilidade, sendo o peso das variáveis determinado pelas “demandas ou exigências que o projeto de governo impõe a ele, e à sua capacidade de governo” (ib id., p. 51).

Assim, a planificação situacional assume como questão central o estabelecimento de determinada direcionalidade. E esta tarefa, ainda que pressuponha o conhecimento técnico, para o autor necessariamente o extrapola, tornando-se política ao requisitar o cálculo situacional frente às possibilidades de atuação, às perspectivas e interesses divergentes dos demais atores e grupos sociais.

Consideramos que algumas questões merecem ser pontuadas quanto a essa perspectiva do conceito de política, que o identifica à capacidade de fazer valer uma determinada intencionalidade. O primeiro destes aspectos remete à forma como se estabelece a direção do plano: ela expressa a posição e as decisões do ator que planeja, não sendo conformada pela disputa referida. Antes, a luta política à qual faz menção o autor é a luta pela defesa e viabilização da direção pretendida, posto que, “se nosso plano se cumpre, isto quer dizer que o plano dos outros não tem êxito” (id.id., p.119). Um claro exemplo dito é o fato de o planejamento situacional incorporar a explicação dos outros atores sociais em seu momento explicativo, como parte da realidade que deve ser conhecida, e não como interlocutor político

na definição das decisões que conformarão o plano. Estas, por sua vez, cabem a quem governa, pois “[...] planifica quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir” (ib.id., p.110).

Matus (1996) compreende o planejamento situacional como democrático e participativo, chegando a explicitar o projeto de construir uma sociedade que não seja dividida entre governados e governantes. No entanto, apesar de adotar formalmente essa perspectiva, grande parte de seu esforço teórico de elaboração do método e das noções que o fundamentam não converge com ela.

Em seus textos podemos perceber a centralidade atribuída ao processamento técnico-político dos problemas, forma advogada de integração entre as suas dimensões técnicas e políticas. Matus (1996) define um sujeito apto para essa prática em contraposição àqueles que historicamente exerceram esse papel sem lograr uma abordagem conseqüente dos problemas enfrentados pela população: trata-se do profissional tecno-político, que se diferencia dos demais cargos e atividades gerenciais em função da responsabilidade decisória que assume. Por exemplo, ele não segue objetivos ou estratégias estabelecidos por outros, cabe a ele formulá-los. Sua tarefa é analisar a capacidade de aplicar meios para gerar novos meios. Na perspectiva de Matus esses aspectos fazem com que a prática desses profissionais obrigue o diálogo entre técnica e política, superando a dicotomia característica da abordagem que o planejamento normativo realiza.

Neste contexto, a aproximação entre eficácia e política muitas vezes ensaiada pelo autor revela sua coerência, na medida em que a planificação assume a dimensão de governo dos processos sociais, desde o lugar do Estado, por meio de um conjunto de ações sistematizadas. Governo que inclui os diversos atores implicados, porém na condição de informantes estratégicos sobre a realidade que se deseja modificar. Como enfatiza Matus, “este é um dever da planificação legítima, pois todos devem poder opinar sobre os problemas reais que os afetam e as soluções mais eficazes” (*grifo nosso*, ib.id., p.113), sendo sua “obrigação” como planejador “entender sua explicação e incluí-la em minha explicação da realidade” (ib.id., p.114).

A compreensão de que os demais atores e grupos sociais também planificam significa, portanto, que eles planificam com objetivos distintos daquele que possui a prerrogativa de governo, dos que se posicionam desde o lugar do Estado. Os possíveis aliados, por sua vez, devem ser incorporados por meio da negociação de objetivos imediatos e de médio prazo, ou seja, incorporados no sentido tradicional dos acordos políticos, em que a troca se define pelas

chances de ganhos e perdas quanto aos interesses específicos, “[...] como um balanço de compensações” (ib.id., p.142).

[...] a base de toda estratégia para cumprir um plano consiste em dar coesão à própria força, somar mais força e aplicar a maior força alcançada no avanço para uma situação mais favorável e próxima da situação-objetivo. O problema da viabilidade política consiste não só em dispor de poder suficiente, mas, além disto e principalmente, em ter vontade de usá-lo, pesando as conseqüências de sua aplicação sobre o próprio poder de quem o utiliza (ib.id., p.142).

Não se trata, nesses termos, da definição da direção dada ao plano, estando implícita a suposição de um consenso prévio no grupo responsável pela planificação. O dissenso e a diferença não são entendidos como uma possibilidades orgânicas, mas como o dissenso “dos outros” atores e grupos sociais, o que situa o conflito como contradição, dinâmica a ser mantida fora do âmbito da definição da intencionalidade do plano. É neste sentido que o autor aborda a dimensão estratégica da planificação situacional, diferenciando-a do enfoque normativo a partir da afirmação de que,

[...] jamais podemos identificar planificação com desenho. Isto não quer dizer que desfrutemos ou privilegiemos o conflito sem buscar a máxima negociação e soma de forças para o nosso plano. Porém, é óbvio que nem tudo é redutível à negociação, salvo se desfigurarmos o plano de todos. Às vezes é necessário impor operações conflitivas usando o poder. Suposto isto, é necessário construir viabilidade a estas operações conflitivas, com uma adequada relação de forças (ib.id., p. 120).

Há dois pontos que gostaríamos de destacar na análise do planejamento situacional como construção teórico-metodológica de uma prática de gestão. O primeiro deles diz respeito à compreensão da realidade como complexa relação de processos produtivos atinentes à planos diferenciados e co-determinados, os quais têm na ação dos homens seu elemento central de determinação. A explicação da realidade feita por meio das categorias teóricas anteriormente descritas (fluxos de produção social; acumulações sociais ou fenoe estruturas e as regras básicas ou genoestruturas) permite uma perspectiva de intervenção à gestão que introduz a possibilidade de produção do novo, de exercício do que Arendt (1998) identifica como o sentido da política, ou seja, a liberdade. Falamos aqui particularmente da questão que se coloca quando consideramos o que denominamos como produção do novo: a interrupção de processos sociais, os quais a princípio entendemos como determinantes de

nosso campo de possibilidade de ação, e responsáveis, conseqüentemente, pela definição de nossas impossibilidades.

O outro aspecto a ser ressaltado é perspectiva de que a planificação permite e exige um aprendizado permanente, fruto do exercício de sistematização e avaliação da própria experiência. Essa noção surge do entendimento de que a dimensão estratégica dessa prática, as incertezas com as quais necessariamente precisa lidar, os cálculos em decorrência requeridos, faz com que a aprendizagem seja um elemento fundamental do planejamento situacional. De tal modo, que Matus chega a enunciar que “o aspecto central da planificação será o acompanhamento permanente da realidade [...]” e, ainda, que [...] a única forma de entender a planificação é como um processo de ‘aprendizagem – correção – aprendizagem’ (ib.id., p.124).

2.1.1.3 O pensamento estratégico em saúde

A necessária continuidade entre o passado e o futuro somente pode ser mediada através das decisões do presente.

Mario Testa

A outra referência que discutiremos quanto ao desenvolvimento do enfoque estratégico de planejamento em saúde é a produção de Mario Testa, sanitarista argentino. Assim como o planejamento situacional proposto por Carlos Matus, este autor também incorpora a dimensão política do planejamento como objeto de trabalho, utilizando, porém, outros instrumentos metodológicos e categorias de análise, os quais constituem um referencial teórico próprio.

Testa identifica como objetivo do planejamento estratégico, entendido como prática histórica, a modificação da distribuição do poder nas relações sociais. Esta perspectiva ganha um sentido bastante específico quando esclarecemos que para o autor o social é abordado como totalidade, de tal modo que sua proposta assume a necessidade de evitar um duplo reducionismo: por um lado, a suposição de que seja possível uma perspectiva setorial de análise dos problemas setoriais, insuficiente na medida em que os mesmos não podem ser compreendidos fora do contexto de sua determinação social. Por outro lado, Testa adverte sobre a impossibilidade de ocorrer uma transformação social como decorrência de uma intervenção setorial. Esta pode, contudo, gerar condições que permitam a modificação social, desde o próprio espaço social. É sem dúvida este o objetivo que o autor reporta à planificação em saúde (TESTA, 1989).

O espaço social define-se como um campo de forças que expressa um momento determinado do processo social. Nesse sentido é um conceito estático, apesar de ser configurado a partir do movimento gerado pelas relações de poder, pois constitui o cenário em que se concretizam as ações sociais, numa determinada correlação de forças gerada por um problema ou tema. Como destaca Sá (1993), ao discutir este conceito, “há uma mútua implicação entre as categorias ator social, espaço social e ação social. ‘O espaço social é uma relação entre os atores, que se gesta ao se desenvolver uma ação’ (TESTA *in* Sá, p.108).

O espaço social global é uma referência analítica, o espaço decisório da política, portanto do conflito e de sua resolução, os quais se convertem essencialmente em acordos não formalizados de modo explícito, por escrito. É uma categoria conformada pelo conjunto das ações e intervenções sociais mobilizados pelos diferentes atores, que se superpõem na dinâmica social. Importante frisar que o autor trabalha com uma referência gramsciana de Estado (ampliado), identificando-o a esta noção de espaço social global.

As questões mobilizadas setorialmente produzem um espaço específico, uma variada correlação de forças, denominada espaço setorial. O termo não faz referência a um espaço físico, que pode ou não ser identificado como um fator dessa correlação de poder, não sendo, entretanto, seu elemento determinante. Em outras palavras, o setor não coincide com um conjunto de instituições e, embora seja o contexto em que se implementam políticas, por meio da articulação e gestão dos processos, ações, decisões e conflitos, para o pensamento estratégico não é ele o cenário onde as políticas são definidas, o que ocorre no espaço social global. Nesse sentido, o espaço setorial não pode ser compreendido como espaço social, na medida em que não podemos pressupor a existência de atores setoriais, mas somente de atores sociais que possuem interesses setoriais. Em conseqüência, como afirmado anteriormente, não é lícito realizar a análise das determinações que incidem sobre as questões relativas a campos de atividades específicos como sendo decorrentes exclusivamente dos setores a que são reportadas as suas temáticas.

A produção de Testa assume com maior radicalidade a dimensão política do planejamento, tomando como desafio central a análise das relações de poder que conformam o setor saúde. O conceito de política é explicitado claramente como relativo ao deslocamento ou conservação do poder, como uma proposta de sua distribuição, o que confere ao Estado a condição de maior organização política de nossas sociedades (TESTA, 1995).

A estratégica seria “uma forma de implementação de uma política” (TESTA, 1985, p.352). Testa aborda a relação entre tais conceitos a partir de uma não diferenciação entre os

conteúdos que os definem e os fins propostos (SÁ, 1993, p.107), não recorrendo a uma perspectiva hierárquica e restritamente instrumental de sua relação. Para ele,

O espaço da política, da decisão, [...] diz respeito à disputa pelo poder societário. A política, enquanto resultado do conflito, acordo não escrito, é uma proposta de distribuição de poder societário. Por sua vez, a estratégia, enquanto forma de implementação de uma política no espaço setorial, não é apenas o instrumento da política, mas também tem, a nosso ver, o poder (objetivo da política) como seu objeto. O objeto da estratégia, como propõe Testa, é a mobilização do poder, junto com sua construção e garantia. A estratégia, entendemos, diz respeito então à mediação entre o que Testa chama **poder cotidiano e poder societário** (SÁ, 1993, p.110).

O poder possui em sua teoria a prerrogativa de categoria explicativa da realidade social, devendo ser analisado em suas relações, determinações e recursos. Em termos conceituais Testa define o poder como a capacidade que determinada pessoa ou grupo possui de alterar ou induzir outros a fazerem algo que não fariam se não fosse a relação de poder. Atravessado por múltiplas determinações, o poder representa ademais a capacidade de uma classe social realizar seus objetivos históricos (GIOVANELLA, 1990, p.142). As definições apresentadas mostram que, apesar de incorporar a dimensão relacional do poder, o autor o identifica a certas capacidades possuídas ou não por sujeitos ou grupos sociais.

Segundo ele, a categoria poder deve ser considerada a partir de uma dupla perspectiva: o resultado de seu exercício e a diferença entre tipos específicos (TESTA, 1989). Quanto ao primeiro fator o autor identifica um poder cotidiano relativo ao que se faz e como se faz no dia-a-dia, e as disputas que decorrem disto; e um poder societário vinculado diretamente ao projeto de sociedade que se almeja construir, como salienta o próprio autor: produzir ou reproduzir. O poder societário vincula, portanto, o fazer cotidiano, as instituições e a construção da história.

O poder cotidiano implica o Poder societário, porque o tipo de sociedade a construir implica o que fazer e como fazer cotidianos, âmbito onde se localizam mecanismos de dominação pessoais que reproduzem, na escala dos indivíduos, a dominação de uma classe por outra (TESTA, 1989, p.94).

O poder cotidiano é exercício principalmente de forma individual, e voltado para o contexto interno da vida institucional, enquanto o poder societário tem uma amplitude maior, abrangendo grupos sociais e direcionando-se para as relações estabelecidas entre as instituições e seu contexto externo.

Tais esclarecimentos sobre o poder deixam entrever um importante elemento da proposta teórica de Testa: as instituições. Em decorrência de sua materialidade e normatividade o conceito é trabalhado pelo autor como o nível funcional da organização social, que realiza diversas ordens de mediação entre as ações individuais e a distribuição e conformação do poder societário. Quanto a essa prerrogativa, as instituições representam tanto formas de estabilização, como potencialidade de transformação, uma vez que permitem intervir nos eventos e fenômenos do nível considerado básico da sociedade, na direção de sua alteração. Desta forma, as instituições possibilitam que o pensamento estratégico não se afaste dos fatos concretos, logo cotidianos, nem tampouco da totalidade social em sua dimensão integradora e irredutível às dimensões parciais e setoriais.

Nos fenômenos que adquirem em algum momento (porque são uma construção histórica) o caráter social, os níveis correspondentes da realidade estão organizados sob uma forma especial que é sua institucionalidade. Família, grupo religioso, sindicato, partido político são instituições, [...] espaços sociais formais, materialmente definidos, e submetidos a uma norma que regula o comportamento de seus atores (SÁ, 1993, p.50).

Retomando a tipologia de poder proposta, Testa (1989) apresenta uma de suas classificações como poder técnico, realização de um conhecimento que se refere às instâncias, à geração, ao processamento e utilização da informação (médica, sanitária, administrativa ou o marco teórico em questão). Destacamos que a discussão sobre produção de informação remete ao tema da participação, análise feita pelo próprio autor. Segundo ele é preciso discutir particularmente o acesso que dispõem os usuários à forma como é decidido o processamento dos dados levantados e, em consequência, a forma como são convertidos em informações técnicas, e os usos possíveis desse instrumento de poder. As variáveis de análise empregadas nessa análise são o tipo de informação, seu âmbito, homogeneidade do sistema e estilo (TESTA, 1989).

O segundo tipo de poder é o administrativo, entendido como a capacidade de apropriar-se e alocar os recursos disponíveis (TESTA, 1989). Tomando o dinheiro como equivalente universal de todos os recursos, o autor elege como aspecto central para compreensão deste tipo de poder o financiamento, sua relação com a organização dos subsetores que compõem o campo da saúde e os grupos sociais implicados (GIOVANELLA, 1990).

Por sua vez, o poder político refere-se à prática ideológica, “à capacidade de mobilizar grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades ou interesses” (TESTA, 1989,

p.94). A capacidade de promover mobilização resulta de certa forma de conhecimento – como visão de mundo – articulada a partir de experiências concretas, da reflexão a respeito delas, dos sentimentos gerados e também do conhecimento científico, apontado ele próprio como uma ideologia. As classificações de poder político (machismo, prepotência, ditadura, burocracia, liderança entre outros) feitas pelo autor, fruto da interseção entre prática e saber, ancoram-se em um substrato formal que lhes confere legalidade. Falamos aqui de “[...] tradições, valores compartilhados, leis, funcionamento dos aparelhos de Estado, organizações da população, repressão, isto é, toda a gama de instituições que estruturam a sociedade política e a sociedade civil no Estado moderno” (ib.id. 1989, p.103).

A dimensão ideológica que o autor identifica nas relações de poder tem, ao nosso ver, uma interessante aproximação com o tema da participação política. Assumindo uma perspectiva gramsciana, segundo a qual concepções de mundo e práticas políticas são inseparáveis, Testa utiliza o conceito de Ideologia não apenas como sistema de idéias, incluindo nele a dimensão normativa em sua implicação direta com a ação. As práticas sociais são desta forma incorporadas ao conceito, pois a produção de formas de fazer constrói como consequência os sujeitos que delas participam (GIOVANELLA, 1990). Quanto a isto, a dimensão normativa de que falamos mostra-se como produção e afirmação de valores e referenciais éticos, efeitos dessas relações de poder.

A discussão sobre a construção de sujeitos sociais realizada adquire uma conotação que pretendemos sublinhar, qual seja, o fato de que Testa situa as relações entre saber e prática na esfera política, colocando como aspecto central dessa questão as formas organizativas adotadas na dinâmica social. É no modo como se atua no dia a dia, na reflexão sobre as práticas, disputas e decisões, que ele considera possível a transformação das concepções de mundo dos sujeitos. Esta condição da ação de instituir a mediação constante entre o cotidiano e o poder societário é o que possibilita a concretização de uma sociedade realmente democrática. Por este motivo, ele insiste claramente na garantia de formas organizativas democráticas, que se revelem capazes de promover no setor saúde a participação direta da população, forjando uma nova redistribuição do poder e, por conseguinte, novas políticas e atores sociais.

A abertura das instituições de saúde à participação popular, a organização democrática da equipe, expressa no modo como são discutidas as práticas, são exemplos citados como formas de organização capazes de assumir a direcionalidade desejada. O pensamento estratégico é, nesse contexto, um pensamento sobre a ação política de intervir nas relações de

poder societárias, tendo por perspectiva a constituição de atores sociais e a formação de uma nova ética de solidariedade e transparência.

[...] Nesse complexo processo, difícil de apreender, de formação e transformação das concepções de mundo, as formas organizativas democráticas e participativas são práticas que afetam a concepção de mundo de seus sujeitos e *podem contribuir* para a transformação dessas concepções de mundo, e impulsionar novas práticas, pela elaboração crítica dos conteúdos das práticas realizadas que possibilitam . [...] Mario Testa [...] está propondo a formação de sujeitos sociais imbuídos de uma nova ética integrante de sua própria personalidade, transformada, portanto, em força material. Testa sugere, assim, que a construção de uma sociedade realmente não-autoritária (um socialismo democrático) está na possibilidade da formação de sujeitos sociais conscientes não-autoritários e autônomos que direcionem suas práticas a essa construção (GIOVANELLA, 1990, p.151)

Os artefatos metodológicos elaborados pelo autor expressam a ênfase conferida à mediação entre ação cotidiana e poder societário global. Por exemplo, o diagnóstico em saúde proposto com o objetivo de caracterizar a situação é dividido em três formas cujas conexões estabelecem como foco da abordagem as questões pertinentes a esta mediação.

A primeira forma é o diagnóstico administrativo, que procede a avaliação do setor por meio principalmente do dimensionamento de recursos e da quantificação de seus objetivos; a segunda forma é o diagnóstico estratégico, voltado para as forças sociais que atuam no setor, tendo em vista a mudança possível e necessária da distribuição de poder; e por fim, o diagnóstico ideológico, que objetiva a legitimação da proposta de política de saúde e do próprio sistema social, a partir do entendimento dos interesses e concepções de saúde dos diferentes grupos. O diagnóstico ideológico tem por preocupação, portanto, o valor simbólico que adquirem as intervenções. Em seu conjunto, esses conceitos representam um esforço analítico de compreensão dos aspectos detalhados, os quais precisam ser posteriormente integrados em uma síntese de suas observações, tendo em vista o objetivo maior de intervir na correlação de forças do espaço social.

Além do diagnóstico, o postulado da coerência segue na mesma direção, ao afirmar o entendimento de que deve haver uma correspondência necessária entre os propósitos, os métodos seguidos para alcançá-los e a organização das instituições que os concretizam. A dimensão institucional é aquela em que se configura uma rede difusa de poder, conformada por núcleos de micropoderes que constituem os serviços como espaços de atualização das relações de dominação e de luta. A preocupação com essas relações de coerência volta-se,

assim, claramente para os modos de organização das práticas no contexto das instituições, pensadas como principal referência da mediação discutida e, nessa medida, condição para a construção de uma sociedade realmente democrática.

Testa resgata a ação programática a partir de sua dimensão estratégica de intervenção na estrutura de poder societário, por meio das ações de saúde. O autor conserva a noção de programa como “ordenamento de recursos que tem um destino pré-fixado e sob uma condução normativa –em algumas ocasiões também administrativa – única” (TESTA, 1989, p.65), procurando, porém, ressignificá-lo em sua dimensão estratégica, como potencializador do deslocamento de poder pretendido, seja em âmbito interno às instituições, seja nas relações estabelecidas entre atores no espaço social global (SÁ, 1993).

Para tanto define três tipos de programa: 1) os de avanço, que abordam as modificações consideradas necessárias; 2) os programas de abertura, que partem da finalidade de articular a viabilidade das mudanças identificadas, por meio do fortalecimento de sua base social, promovendo negociações entre as forças sociais; e 3) programas de consolidação, os quais têm por objetivo consolidar e institucionalizar as mudanças. Como coloca Giovanella (1990), “as propostas programático-estratégicas objetivam acumular poder para os dominados e mudar as relações de poder, através da formação de uma consciência sanitária social e de classe” (p.134).

A forma como o autor trabalha os programas é particularmente útil por nos permitir visualizar as concepções de gestão que embasam sua proposta teórica. De fato, apesar de definir que a capacidade de utilização de recursos administrativos constitui uma forma de poder, assim como a capacidade de gerar, aprovar ou manejar informações, em suas colocações Testa não consegue superar a distinção entre racionalidade política e racionalidade administrativa. Estes âmbitos permanecem separados, não sendo questionados a partir de seu próprio campo epistemológico os conceitos tradicionais da administração e da gestão em saúde.

Assim como a categoria central que orienta o diagnóstico administrativo de serviços é a produtividade (e suas partes componentes: eficácia e eficiência), no diagnóstico estratégico a categoria-chave é o poder (TESTA, 1989, p.70).

Desde esse ponto de vista, o planejamento pode operar as ferramentas conceituais e técnicas da administração sem questionar-se sobre os efeitos de produção de realidade que delas advém, tornando-as um instrumento ou recurso no manejo das relações de poder do setor. Essa abordagem mantém as lógicas distintas que definem os fatores administrativos,

identificados como pertinentes ao funcionamento eficaz e eficiente da organização, e a dimensão política, relativa à estratégia e à distribuição do poder social. A posição assumida pelo pensamento estratégico situa-se no plano da integração desses aspectos, e nesse sentido não reconhece como problema as disputas e implicações de poder que representam a própria teoria e práticas administrativas hegemônicas.

Quanto a esta questão consideramos que o autor contradiz sua própria leitura da importância fundamental do poder cotidiano, das disputas sobre o que e como fazer que ocorrem no dia-a-dia, e da necessidade de adotarmos formas organizativas e participativas nas instituições de saúde. Tampouco podemos reconhecer essa separação como coerente com a noção de ideologia que propõe, para a qual as concepções de mundo são inseparáveis das práticas sociais. Concordamos com a avaliação de Sá (1993) para quem

Não basta integrar o tratamento dos problemas colocados pela **racionalidade do comportamento administrativo** (ou, o que seria o mesmo para Testa, colocados pela lógica de programação) ao tratamento dos problemas colocados pela **racionalidade do comportamento político**. É preciso a rediscussão do conceito de programação de forma a permitir o tratamento dos problemas (de um modo geral) sob uma **nova e única** lógica que articule os elementos administrativos e políticos ou normativos e estratégicos (p.115).

Podemos levantar uma hipótese a respeito dos limites e contradições que representa tal perspectiva de integração. Parece-nos que em grande medida ela tem como determinante a relação que o autor estabelece entre conhecimento científico e verdade. Ainda que em certos trechos ele afirme que a ciência é também ideologia, em vários outros podemos perceber o reconhecimento da legitimidade da ciência como verdade, o que a torna externa às disputas de poder, conhecimento (e prática de mundo) não questionável. Tanto, que os termos poder técnico, poder administrativo e poder político são definidos em referência aos recursos e ao modo de empregá-los, não abrangendo o conhecimento que os fundamenta e legitima como artificios de poder. Mesmo a análise das relações entre poder técnico e informação segue esse caminho, no qual essas são tomadas como um recurso específico. O trecho destacado abaixo enuncia claramente essa compreensão de ciência como verdade.

Utilizaremos aqui as categorias consciência de classe dominante, consciência “para si” da classe dominada, e um terceiro grupo que **aglutina diversas formas de consciência que pode assumir a classe dominada “em si”**. Cada um desses casos tem um sistema de idéias que constitui uma teoria da sociedade, e desses sistemas **aceitaremos**

como verdadeiro ou científico aquele que corresponde à consciência da classe dominada “para si” (TESTA, 1989, *grifo nosso*, p.76).

As considerações feitas não pretendem questionar o valor do debate colocado pelo referencial teórico desenvolvido por Testa para o pensamento estratégico. Os conceitos e categorias elaborados, principalmente o modo como trabalha o poder, em suas relações com os setores específicos e o espaço social global, com a ação dos sujeitos e as instituições, revelam uma importante inovação quanto ao desafio de pensar a participação política nos modos de gestão em saúde. Chama-nos a atenção principalmente do fato de ter enunciado o problema/necessidade de concretização de formas organizativas democráticas, com participação direta da população.

2.2 O planejamento em saúde como recurso de transformação do modelo assistencial: os conceitos de Distrito Sanitário e Programação em Saúde .

A produção acadêmica sobre os Distritos Sanitários e Programação em Saúde realizada no Brasil a partir da década de 80 apresenta em comum a compreensão de que a transformação das práticas de saúde hegemônicas no setor, ponto fundamental do movimento de reforma sanitária, deveria ser concretizada por meio dos recursos, tanto teórico-metodológicos, como operacionais, disponibilizados pelo enfoque estratégico do planejamento. A perspectiva colocada por esta convergência teórica no contexto da reforma sanitária brasileira resulta da importância conferida ao desafio de enfrentar a prevalência e consolidação histórica de modelos assistenciais caracterizados por ações e concepções marcadas, por um lado, pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo característicos do modelo sanitário campanhista, e; por outro, pautados pelas dimensões individualizantes, liberais e medicalizantes que derivam do modelo médico-assistencial privatista de base flexneriana consolidado no setor (MENDES, 1993). A implicação com o projeto político-social de transformação do setor saúde revela-se ademais no fato de que essas formulações derivam de experiências concretas de reorganização do sistema e de serviços públicos de saúde, articulados diretamente com a universidade.

Embora as duas correntes tenham desenvolvido referências conceituais que adquirem existência autônoma entre si, a convergência assinalada nos permite reuni-las na matriz conceitual em discussão. Apresentaremos a seguir suas principais características e proposições, destacando sobretudo o modo como se revelam condicionadas pelo enfoque

aludido, incorporando seus principais conceitos e métodos. Quanto a isso chama a atenção que o caráter inédito que esses conceitos apresentam não pode ser dissociado dessas referências e fundamentos, que produzem, como o denominariam Deleuze e Guattari (1997) de solidariedade e pontes criadas entre os conceitos, que geram novas composições, ao mesmo passo que demonstram desenhar os limites e fronteiras que essas produções chegam a alcançar.

2.2.1 A proposta dos Distritos Sanitários no cenário da produção acadêmica brasileira

Como o próprio subtítulo permite antecipar, as propostas de regionalização e organização de sistemas locais de saúde não nascem do contexto do movimento sanitário brasileiro, sendo antes uma apropriação inventiva de debates colocados internacionalmente. Referimo-nos aqui particularmente à defesa dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) promovida pela Organização Pan Americana de Saúde.

A proposta de Distrito Sanitário que discutiremos a seguir não se trata, contudo, de uma aplicação estrito senso dessa posição, pois pretende distanciar-se de uma concepção topográfica (e diriam alguns, burocrática) de regionalização, tendo como ponto de partida o desafio da eficácia política do projeto democrático do SUS. A perspectiva que essa postura assume reflete o entendimento de que a implantação e concretização desse projeto depende de mudanças qualitativas do sistema público de saúde, que o façam adquirir legitimidade junto à população, uma vez que a adesão desta ao SUS não seria determinada pelo discurso político-ideológico, ou pelas garantias jurídicas que o fundamentam. Segundo a leitura de processo social realizada na produção teórica sobre os Distritos Sanitários, o comprometimento da população seria alcançado com a melhoria dos serviços e com a possibilidade de inserção cidadã no controle dos mesmos (MENDES, 1993), aspecto sobre o qual, entretanto, não encontramos formulação conceitual e metodológica correspondente à relevância identificada nesta colocação.

O Distrito Sanitário implica, nessa perspectiva, numa dimensão política identificada à transformação do SUS, à reforma de suas instituições e de sua rede num contexto de “poder compartilhado”. Retomando as definições de poder elaboradas por Mario Testa, são expostas dimensões ideológicas (a centralidade conferida aos problemas de saúde da população), técnicas (relacionada a necessidade de uso de conhecimentos e tecnologias) e políticas (pertinentes à “manifestação” de diferentes atores sociais) que entremeiam o projeto do SUS (UNGLERT, 1993).

Nesse sentido o Distrito Sanitário é formulado como “microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos, no qual se deve procurar a acumulação de capital político, poder, para construir viabilidade à situação objetivo que se deseja alcançar” (MENDES, 1993, p.94). Destaquemos aqui a presença das categorias analíticas do planejamento estratégico situacional (PES), dentre as quais a noção de poder compartilhado ganha destaque ao ser utilizada como contraposição à suposição da eficácia de intervenções de cunho tecnocrático. Fica-nos como inquietação a ser trabalhada quanto ao conceito de Distrito Sanitário (e já discutida a respeito do PES) a hipótese de que o “outro”, como figura de alteridade, é reconhecido num papel instrumental no contexto dessa relação nomeada como de poder compartilhado, posto que sua incorporação deve ser estratégica no sentido de viabilizar um projeto político já desenhado.

Ao tomar como ponto de partida o problema da viabilidade política da mudança, em consonância com as questões centrais pertinentes ao PES, a noção de Distrito Sanitário situa-se também como exercício crítico em relação à tradição normativa de planificação, tendo como referência a necessidade de superação “do fetiche do planejamento central”. Outra contraposição claramente exposta é a negação do projeto neoliberal e sua conseqüente limitação do sistema público de saúde ao atendimento focalizado de parcelas pobres da população, incapazes de consumir tal “mercadoria” em relações de mercado. Segundo Mendes (1993), o processo de distritalização aproxima-se da opção por uma terceira via, entendida como superação destes dois pólos e como uma resposta do setor saúde à necessidade de descentralização e democratização do Estado brasileiro (PAIM, 1993).

A terceira via busca equilíbrios dinâmicos entre interesses coletivos e individuais, entre o local e o central, entre os diferentes atores sociais de um sistema de atenção, entre a equidade e a eficiência, entre controles e as liberdades dos profissionais, entre o hospital e o ambulatório, entre o sanitário e o social etc. (p.197).

Esta proposta, quando situada no contexto do movimento de reforma sanitária, adquire o sentido de tentativa de superação de concepções restritas de modificação do sistema de saúde, que não ultrapassem o rearranjo político-institucional e administrativo, sem intervir na relações de poder que conformam historicamente a sociedade brasileira. Por este motivo frisa-se que a transformação almejada no sistema de saúde depende da condução da regionalização, que deve concretizar-se para além dos modelos teóricos, traduzindo de fato a complexidade de diferentes realidades por meio do planejamento local e da participação social. A regionalização não é pensada, portanto, como racionalização administrativa de recursos de

saúde dos territórios delimitados, cujo objetivo seria a produtividade dos serviços, crítica feita à concepção topográfica-burocrática das primeiras experiências de implantação dos distritos.

O posicionamento expresso pelas questões discutidas no tocante à materialização do SUS expõe a compreensão do Distrito Sanitário como processo social de transformação das práticas sanitárias, contrapondo-o ao restrito estabelecimento de critérios geográficos, populacionais e administrativos de reordenamento dos serviços de saúde, que corresponderiam à redução da regionalização à reprodução em menor escala de estruturas administrativas existentes, sem o questionamento e intervenção sobre o paradigma assistencial. Mais do que voltar-se para a reorientação da rede de serviços a partir de uma intenção racionalizadora, o Distrito Sanitário assume como objeto de transformação as ações de saúde realizadas nesta rede. Constitui-se, assim, num conceito estratégico da Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 1993), cujas dimensões político-institucionais, organizativas e operacionais buscam a reorientação das respostas dadas pelo Estado aos problemas, necessidades e demandas por saúde apresentadas pela população.

Nessa perspectiva, a busca de uma teoria de organização da assistência em Distritos Sanitários (DS) supõe a diferenciação preliminar, no plano de análise, do DS enquanto modelo organizacional-gerencial de recursos/serviços de saúde, num dado território, e do DS como modelo assistencial para a atenção/prestação de saúde a uma dada população. No primeiro caso, a preocupação básica é com a organização e gerência da rede de serviços, com a articulação e hierarquização de estabelecimentos de saúde, segundo os níveis de atenção. Suas referências teóricas passam pelas ciências políticas, administrativas e econômicas. No segundo caso, trata-se de pensar certas combinações de tecnologias a serem acionadas em função de problemas de saúde identificados dentro de dado perfil epidemiológico de uma população. O referencial básico para a sua fundamentação remete-se às *práticas de saúde* através de saberes produzidos primordialmente pela epidemiologia, pelas ciências sociais e pela clínica (PAIM, 1993, p. 189).

O conteúdo das ações realizadas, as tecnologias empregadas, as especificidades e formas de organização dos serviços de saúde, a cultura institucional, as estruturas e relações de poder são elementos de análise incorporados ao conceito de Distrito Sanitário, em seu objetivo de gerar ações integrais como resposta às demandas e necessidades de saúde da população. O Distrito Sanitário pode ser então entendido como modelo assistencial, ou seja, uma forma de estruturar intervenções em saúde, utilizando determinadas combinações tecnológicas com a finalidade de atender necessidades de saúde (PAIM, 2003). Esta definição explicita o condicionamento entre a transformação do modelo assistencial e, por conseguinte,

das práticas de saúde, e a lógica e dinâmicas internas às instituições do setor, o que significa por em questão a organização do trabalho, as formas como historicamente são configurados os processos de produção de serviços de saúde.

A divisão social e técnica característica do processo de trabalho em saúde torna-se elemento central da proposta de Distrito Sanitário em debate, seu grande diferencial em relação à tradição das reformas de cunho gerencial-administrativo. Desta forma, seu objeto, ou seja, o processo saúde/doença, apreendido em âmbito individual e coletivo, os sujeitos implicados, os meios de trabalho e o modo como são organizados os conteúdos técnicos e sociais da atividade, as mediações de saber e tecnologia que a conformam, todos esses aspectos tornam-se elementos fundamentais para o processo de distritalização. As práticas de saúde, em suas dimensões políticas, econômicas e ideológicas constituem conceito-chave na reorganização pretendida, pois são apreendidas

[...] como o conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e os condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado (MENDES et al.1993, p.176)

Os autores referidos identificam duas concepções de práticas sanitárias: a atenção à demanda (espontânea ou grande trauma), voltada à intervenção pontual, de enfrentamento individual e ocasional, cuja definição parte de problemas autopercebidos e demandados pela população; e a vigilância à saúde, que se constituiria como resposta a problemas considerados de enfrentamento contínuo, relativos a grupos populacionais e remetidos prioritariamente às micro-áreas do território. A vigilância à saúde fundamenta-se no modelo epidemiológico e procura superar a fragmentação das áreas de conhecimento e de suas respectivas atividades de intervenção sanitária setorializadas, representadas pela vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional e alimentar com a articulação sob a forma de operações de um conjunto de processos de trabalho que tem por objeto “[...] situações de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos [...], grupos sociais e meio ambiente” (MENDES et. al., 1993, p.179).

Embora a organização do Distrito Sanitário reconheça a necessidade de priorizar a atenção à demanda, procura em contrapartida tornar hegemônica a vigilância a saúde, em função da defesa de que esta prática direciona-se aos determinantes e condicionantes dos problemas que caracterizam a situação de saúde sobre a qual intervém, viabilizando ademais a aferição do impacto das ações realizadas. A presença e coexistência de ambas as lógicas é reconhecida como contradição estruturante dos Distritos Sanitários, sendo advogada inclusive

a necessidade destas práticas serem organizadas segundo sua lógica própria, na medida em que a atenção a demanda não pode ser submetida à programação. Esta consideração é uma crítica explicitamente direcionada à teoria da Ação Programática paulista que discutiremos adiante.

A incorporação da atenção à demanda ao processo de distritalização é justificada por dois fatores, a legitimidade social que produz por responder às expectativas e representações de saúde de populações “com baixo grau de consciência sanitária” (MENDES, et. al. 1993, p.178) – chega a ser desnecessário destacar o modo como é desvalorizada a experiência destes grupos - e também por permitir a identificação de situações de risco que devem ser então trabalhadas pela vigilância à saúde.

Interessa-nos particularmente a questão da legitimidade social desejada, pois esta é tida como relevante por gerar eficácia política para o projeto de reforma sanitária, percepção e argumentação que convergem com a concepção de política presente no PES, em que a alteridade é incorporada ao cálculo do planejamento como fator instrumental a ser manejado na viabilização do plano. Nesse sentido, a inclusão da teoria dos Distritos Sanitários na matriz do planejamento em saúde justifica-se pelo modo como a presença dos referenciais teórico-metodológicos do enfoque situacional expressa a forma como a compreensão de política que o caracteriza atravessa este conceito.

A certeza sobre “a verdade” e adequação irrestrita das opções defendidas, que se mostra implícita na afirmação problematizada, demonstra, sobretudo, uma hierarquia entre os saberes circulantes no plano filosófico deste conceito. Não resta dúvidas que o saber epidemiológico é alçado à condição de saber legítimo e oportuno, condição esta que tem por premissa sua capacidade de remontar ao caráter social das necessidades de saúde, à dimensão coletiva do processo saúde/doença, o que o habilitaria a explicitar e intervir sobre os determinantes e condicionantes das situações de saúde de cada área geográfica e dos diferentes grupos populacionais que inclui.

O saber que poderia fundamentar, assim, intervenção eficaz e efetiva sobre problemas de saúde em populações seria proveniente da epidemiologia [...]. Assim, as práticas de saúde num modelo assistencial coerente com a proposta de Distrito Sanitário seriam realizadas por trabalho epidemiologicamente orientado (assumindo o cuidado à saúde na sua dimensão coletiva), no qual a clínica teria função complementar (dirigida ao cuidado individual de saúde) (PAIM, 1993, p.210).

A concepção de coletivo que orienta a delimitação das necessidades sociais de saúde é formulada, neste contexto, como “conjunto estruturado de práticas sociais” (PAIM, 1993, p. 197), e o Distrito Sanitário representa uma iniciativa de modificação da “organização social das práticas de saúde” (PAIM, 1993, p.198). Afastando-se da matriz biológica, de seus termos fisiológicos e patológicos, que embasam o saber clínico e sua apreensão dos problemas de saúde, a epidemiologia procura resgatar a construção histórica e social desse objeto.

Nesse deslocamento, o social é qualificado como “esfera da produção e do consumo”, “representações sobre a vida na sociedade”, “relações de dominação/subordinação entre indivíduos e classes sociais”, situando-se em uma relação polarizada com o âmbito individual. Leitura que pode ser corroborada pela maneira como os níveis de atenção individual, familiar, de grupos sociais e meio ambiente são considerados como “progressivamente 'coletivos’” (PAIM, 1993, p.203). Ainda que seja feito o recurso às aspas no termo coletivo, não podemos deixar de destacar que estes pólos não são desconstruídos em seus atravessamentos recíprocos e co-produzidos, sendo feitos equivalentes a uma perspectiva quase numérica de abordagem, na qual o indivíduo representa a última instância de desagregação analítica. O que torna compreensível a presunção de que ao ultrapassar a dimensão biológica, alcança-se a estrutura social. Ainda quando é reportada a “aparente contradição individual/coletivo presente no objeto das práticas de saúde”, a solução encontrada parece dirigir-se à complexificação desta polarização, com a proposta de sua reconstrução conceitual no binômio: “necessidades – corpo anatomofisiológico – corpo humano/ agente de trabalho – força de trabalho – classe social – práticas político-ideológicas” (PAIM, 1993, p.203).

Com base em seus elementos definidores, especialmente o modo como são articulados os conceitos de práticas de saúde, processo de trabalho e saber epidemiológico, o Distrito Sanitário é pensado como um modelo assistencial. Isto porque estes três componentes têm como horizonte a produção de práticas de assistência integral, resultantes do ordenamento da rede de determinado território, da utilização apropriada da tecnologia disponível, definida com base nos problemas de saúde prevalentes. Enfim, nos termos de sua formulação, o Distrito Sanitário supõe e exige novos modelos assistenciais, os quais requerem por sua vez modelos de gestão dos serviços compatíveis com os objetivos e prioridades almejados.

A modificação necessária no plano da gestão encontra desafios condizentes com os problemas derivados do contexto de implantação do SUS: “baixa cobertura x universalidade, discriminação x equidade; dicotomia da assistência x integralidade do cuidado, mau trato x respeito ao paciente e ao cidadão” (PAIM, 1993, p.216). Assim, a organização da assistência em Distrito Sanitário é pensada tendo como referência alguns movimentos necessários à

materialização do SUS, como a descentralização, o fortalecimento de decisões democráticas, pela via da administração de conflitos e construção de consenso, em lugar de decisões estritamente institucionais. A consolidação da condução política e do planejamento estratégico são também considerados, em vez dos tradicionais formatos normativos de planejamento e da opção pela gerência operacional. Outros aspectos citados como importantes são a flexibilidade da gestão frente às incertezas permanentes dos processos sociais, em contraponto à rigidez burocrática; a transição de normas duras para normas brandas e a ênfase na avaliação de resultados, e não do controle e avaliação de meios. Sem contar a reconhecida necessidade de superação do modelo dicotômico (saúde pública x atenção médica) que historicamente caracterizou o setor saúde no Brasil (MENDES et. al., 1993).

O Distrito Sanitário não se restringiria, assim, à delimitação geográfica dos sistemas locais e à transferência de recursos, entendendo central a promoção de processos de gestão criativos, contínuos e conflitivos, capazes de acompanhar os problemas surgidos no transcorrer de sua implantação, particularmente aqueles relativos à insuficiência e inadequação de infra-estrutura, à centralização de sua condução e à desarticulação programática e funcional de suas instituições. A modificação esperada no processo gerencial configura-se como construção de capacidade de condução política do sistema de saúde, posto que os Distritos Sanitários são espaços de luta nos quais está em jogo a direcionalidade do ideário afirmado com o SUS (MENDES et. al., 1993).

O tema da política surge explicitamente no debate sobre a descentralização do sistema, pois coloca em jogo a redistribuição de poder no campo da saúde, o que não se espera ocorrer como simples concessão e transferência, mas como uma conflituosa configuração de espaços de luta política. Segundo a leitura de Mendes (1993), em meio às questões mapeadas acerca das resistências previstas e experienciadas, a descentralização desenha o horizonte da efetiva apropriação dos processos de gestão pelos cidadãos. Como estratégia democratizadora representa, nesse sentido, uma mudança administrativa com a introdução de novos atores na gestão, assim como significa a redistribuição dos recursos espacial e socialmente, o que faz com que seja o mais importante instrumento de participação social referido pelo autor.

[...] a descentralização [...] não pode limitar-se à sua dimensão racionalizadora, devendo, para inscrever-se, conseqüentemente, no ideário da Reforma Sanitária, colocar-se como meio de eficientização, de equalização e democratização do sistema de saúde. O que implica que se deve constituir em instrumento de participação social.

A participação social significa, fundamentalmente, uma forma de redistribuição dos poderes técnico, administrativo e político,

aproximando-os da periferia dos fatos e das pessoas que passam, em consequência, de objetos a sujeitos desse processo (MENDES et. al., 1993, p.113).

Outro sentido conferido à participação social é a capacidade organizativa da sociedade civil para promover intervenções nas deliberações pertinentes ao enfrentamento de suas necessidades no campo da saúde. Essa atuação inclui também o controle dos processos e as responsabilidades assumidas como contrapartida da inserção decisória. Na avaliação do autor (MENDES et. al.,1993), tais atribuições dependem do contexto de separação dos papéis do Estado e da Sociedade Civil, e do surgimento de novos sujeitos sociais, que disponham de capacidade deliberativa nos espaços institucionais pertinentes, como no caso dos Conselhos de Saúde. A descentralização, sob a forma de municipalização característica do caso brasileiro, coloca duas perspectivas fundamentais para o processo de distritalização: a transferência efetiva de poder decisório na gestão e a mudança do modelo assistencial.

Nos termos do Distrito Sanitário a descentralização é levada às últimas consequências quanto à reorganização do Sistema, uma vez que sua articulação é delineada com o planejamento ascendente de territórios locais pensados como espaços operativos em permanente construção. A importância de sua apropriação segundo uma lógica direcionada à saúde assenta-se na impossibilidade de um modelo teórico corresponder satisfatoriamente à diversas realidades locais, o que demanda ao mesmo tempo critérios para a territorialização e autonomia para a organização em suas especificidades. O territórios não equivalem, portanto, apenas à uma delimitação geofísica, sendo historicamente configurados por dimensões sociais, epidemiológicas, tecnológicas, culturais, econômicas, sociais, políticas e também demográficas.

O espaço operacional é aquele em que as ações se materializam em serviços e relações diretas com a população, “espaço fenomênico” desta interação, o que não redundando em supor uma autonomia irrestrita, já que constituem parte de uma totalidade maior. Para Mendes et.al. (1993), o território é espaço de assimetrias e de construção da hegemonia do modelo sanitário, de mudança das práticas e situação de saúde, que deve ser mapeada para permitir a compreensão de seus aspectos, de seu movimento e de suas determinações pelas dinâmicas sociais, econômicas e políticas. Territórios-processo onde se encontram, relacionam, disputam e negociam atores sociais, anulando qualquer apreensão estritamente topográfica desses espaços. Sua condição eminentemente política deriva destas implicações, do fato de ser o espaço concreto das transformações e, conseqüentemente, onde a acumulação de poder pelos atores se efetiva e as referências de legitimidades são erigidas.

O espaço operativo é, portanto, aquele em que um sistema de saúde adquire concretude mediante o estabelecimento, num território determinado, de uma relação direta e recíproca entre suas unidades produtoras de serviços, geridas por uma autoridade sanitária e uma população com suas necessidades e representações. [...] O espaço local é, então, a combinação, num território-processo, de uma estrutura socio-econômica específica, de uma estrutura de poder específica, de uma estrutura epidemiológica específica e de uma organização técnica específica (MENDES, 1993, p.139).

Com base em critérios como lógica, objeto e disciplina/campo do saber, o território do Distrito Sanitário subdivide-se em: distrito, área (abrangência), micro-área (risco), e domicílio. Algumas estratégias operacionais são utilizadas no processo de apropriação do território, como por exemplo, mapa-base, setor censitário, bairro, barreira geográfica, adscrição de clientela e movimentos sociais urbanos (UNGLERT, 1993).

A operacionalização do processo de distritalização possui como clara referência o Planejamento Estratégico Situacional e, em menor medida, o Pensamento Estratégico. Suas produções teórico-metodológica são incorporadas à reordenação do território, e o planejamento e a programação local revelam-se as principais práticas de gestão adotadas, de tal modo, que podemos afirmá-los como eixos fundamentais do modelo de gestão proposto.

A inclusão desses referenciais visa responder ao contexto de reorientação política do sistema de saúde brasileiro, permitindo a construção de desenhos estratégicos a curto, médio e longo prazo. Ao mesmo passo em que se volta para a eficiência e eficácia das ações técnico-gerenciais, preocupação que poderia situá-lo nos marcos da administração tradicional, este modelo de gestão busca gerar legitimidade junto à população e aos trabalhadores da saúde, com conseqüente apoio para as mudanças pretendidas. É referido como *gerência estratégica* por este motivo, por ter como meta principal fortalecer os processos coerentes e indutores da “[...] construção de um modelo assistencial territorializado, integrado, equânime, descentralizado e participativo” (TELXEIRA, 1993, p.242).

Teixeira (1993) discute a relação entre a conformação dos Distritos Sanitários e o processo mais amplo de Reforma Sanitária, sinalizando que o planejamento “necessário” à territorialização pode divergir de novas concepções do movimento, ou mesmo haver discordância dos atores sobre o recurso ao planejamento como instrumento de direção e luta política. Dois elementos são destacados nessa avaliação, em primeiro lugar as diversas configurações que surgiram com o SUS nos três níveis de governo, com seus reflexos nas articulações e na conformação do sistema de produção de serviços, e em segundo, as

dificuldades advindas na permanência de certas práticas e culturas administrativas herdadas do período antecedente.

Essas ressalvas fazem a autora propor o que considera o “*planejamento possível*”, cujo objetivo maior é o fortalecimento da Gestão dos distritos e a reorientação do sistema de saúde em direção ao modelo assistencial descrito. São formulados quatro momentos na prática do Planejamento e Programação Local (PPL), os quais explicitam a incorporação do PES no desenho de seus métodos, técnicas e instrumentos:

[...] Análise da Situação de Saúde, que inclui a identificação, priorização e análise de problemas; o *Desenho da situação-Objetivo*, que implica a definição do(s) cenários e da formulação dos objetivos a longo, médio e curto prazo, incluindo a análise de coerência; o *Desenho de estratégias de ação*, que se assimila à programação geral dos D.S. de módulos problemas-operações, incluindo as análises de direcionalidade e viabilidade política, técnico-organizativa e econômica e, finalmente, a *Organização do sistema de gerência estratégica do D.S.*, que corresponde ao acompanhamento da execução e ao controle gerencial dos resultados alcançados (TEIXEIRA, 1993, p. 242).

A metodologia proposta para o PPL considera que a caracterização dos grupos populacionais é o ponto de partida da análise de situação porque permite não apenas identificá-los, mas articular a gerência com representações das organizações sociais e políticas, visando incorporá-las ao processo de análise da situação de saúde.

O desenho de estratégias é percebido como o momento em que o tema da política surge com particular ênfase, já que está em jogo a definição concreta do que será realizado, por quem será, onde, quando e como. Questões que colocam em primeiro plano os conflitos e interesses cotidianos, as questões da organização do trabalho e os “micropoderes” políticos, técnicos e administrativos (TEIXEIRA, 1993.), categorização herdada do Pensamento Estratégico de Mario Testa. Nessa ponderação, como é afirmado pela autora, a política sai do campo geral das grandes análises e panoramas, sendo remetida ao cotidiano institucional, aos desafios de gerir as equipes de trabalho frente interesses contrários ao projeto, às rotinas estabelecidas e cristalizadas, à falta de engajamento dos profissionais na mudança dos serviços, aos fatores identificados como relativos à cultura organizacional das instituições de saúde. O que gostaríamos de refletir é até onde chega a resignificação do desafio político percebido, suas possibilidades e limites na tentativa de incorporar a participação social na gestão dos Distritos Sanitários.

Não podemos deixar de considerar que a discussão do módulo operacional (sobre o que fazer) é defendida como processo de ampla participação de todos os sujeitos envolvidos, o que seria o ponto focal do PPL. Além disto, o Sistema de direção previsto em seu desenho metodológico procura seguir os princípios da gestão participativa e democrática, o que é traduzido no estabelecimento da estrutura gerencial, política e operativa com clara definição de funções e responsabilidades de seus níveis de ação; e com relações flexíveis que garantam a organização horizontal dos níveis de operacionalização das decisões. Aspectos que procuram tornar o PPL uma estratégia de construção de “um novo modo de pensar que supere a rotina, a inércia burocrática e a falta de motivação para o trabalho” (TEIXEIRA, 1993, p.258), em suma, de um novo modelo de gestão participativa em que

os instrumentos de planejamento e programação devem, sobretudo, contribuir para o desenvolvimento de seres criativos que, naquele espaço, sejam capazes de uma leitura político-técnica da situação de saúde – descrever, compreender, explicar e propor intervenções e de avaliar resultados numa relação negociada entre os diferentes atores sociais em situação (MENDES, 1993, p.147).

Nesse processo ganha relevância o fato de que a distritalização pressupõe o estabelecimento de uma autoridade sanitária local que seja uma referência acessível, um “rosto visível” da gestão. Seu trabalho consiste em relacionar os problemas e representações de saúde dos grupos sociais do território com os recursos e conhecimentos institucionais disponíveis, tendo em vista valores como equidade e democratização, além daqueles propriamente administrativos, como a eficácia e eficiência das ações, que ganham aqui o adjetivo de sociais, numa tentativa de descaracterizar essa pertinência estrita.

A gerência estratégica é uma tentativa justamente de ampliar as modificações pretendidas para além de um ponto de vista técnico-instrumental, visando novos valores, como o compromisso social com a mudança e a efetivação de novos pactos nas organizações sociais. Permanece, entretanto, sendo referida unicamente ao corpo de funcionários destas organizações e aos seus possíveis interesses divergentes. A co-responsabilidade entre a população adscrita e os serviços/gestão do distrito pela situação de saúde é outro elemento importante, baseado na identificação mútua e na criação de condições de possibilidade para “relações recíprocas de caráter democrático”, expressão com que Mendes (1993) define a participação social.

Os temas relativos à democratização da gestão são situados no contexto específico da sociedade brasileira, de seus distintos projetos de reordenamento social em disputa, dentre os

quais a concretização do SUS se inscreve de modo conflituoso (lembramos que essa produção é sistematizada principalmente na década de 90, quando do fortalecimento de projetos e políticas neoliberais). Em meio a esse cenário, emerge o conflito de fundo entre “a democratização ou não da gestão e reorientação da organização da produção de serviços” (MENDES et. al., 1993, p.163).

A ênfase no enfoque por problemas como principal recurso de intervenção nos Distritos Sanitários coloca em cena novas possibilidades de participação na gestão. Trata-se da identificação, descrição e análise dos problemas de saúde a partir dos quais o PPL se estruturará.

O enfoque por problema é uma contraposição à tradição autoritária dos programas verticais da Saúde Pública, que pretendiam definir e impor certa organização administrativa a todo o sistema de saúde, estabelecendo um conjunto de normas e procedimentos que desconsideravam a situação de saúde e os recursos locais. Uma normatização calcada no saber técnico, como por exemplo a eleição apriorística dos problemas que os serviços enfrentariam, que dificultaria o compartilhamento e a co-responsabilização entre a equipe de saúde e a população.

Deste modo, o potencial democrático do conceito de problema, definido como a discrepância entre a realidade observada e a norma que orienta sua avaliação, resulta principalmente de sua característica auto-referida, ou seja, do fato de que não pode ser separado da posição/implicação de quem o formula, descreve e explica.

As distintas forças sociais, os atores sociais que compartilham determinados valores, ideologias, visões de mundo colocam-se problemas distintos desde sua perspectiva social, política e/ou técnico científica. Assim ocorre, também, com os problemas de saúde. [...] Nessa perspectiva, a opção teórico-metodológica de se trabalhar no âmbito do processo de distritalização com o denominado 'enfoque por problemas' significa situar-se no marco dessa confrontação e estabelecer as condições operacionais para que esta venha a se resolver na prática histórica dos distintos atores em situação (MENDES et. al., 1993, p.170).

Como o enfoque por problemas permite visualizar, um dos aspectos mais interessantes acerca da discussão sobre a territorialização do sistema diz respeito à democratização do saber sobre saúde. Dadas as condições de acessibilidade, o exercício de relações democráticas na produção de conhecimento torna-se facilitado no território operativo, com a difusão e apropriação por outros atores sociais de conhecimentos e métodos científicos e técnicos. Movimento pouco ensaiado no debate sobre participação política no SUS, e que apresenta

como desdobramento viável a articulação de projetos comuns e de produção de conhecimento sobre os processos vivenciados (MENDES, 1993). Consideramos, entretanto, que essa questão é abordada apenas pontualmente na discussão sobre os Distritos Sanitários, não sendo incorporada às definições metodológicas apresentadas, nem trabalhada adequadamente em termos conceituais.

Ela aparece, por exemplo, na proposição de que os programas de saúde sejam reavaliados para poderem ser convertidos em espaços temáticos de produção e difusão de saberes específicos. Surge também nas atividades de identificação e descrição dos problemas de saúde, em que se destaca como o aspecto mais importante o confronto entre a concepção médica e epidemiológica e as concepções populares. Estas, contudo, são apresentadas como “impregnadas da cultura assistencialista dominante no sistema de saúde, ao lado de visões mágicas ou simplesmente empíricas do processo saúde-doença” (TEIXEIRA, 1993, p.244). Nessa perspectiva, a importância do confronto valorizado é seu caráter pedagógico, que intervém como fator de desconstrução da cultura assistencialista da população.

A mesma questão surge no momento da explicação dos problemas priorizados, que também deve ser feita através de um processo participativo, “em que concorram o conhecimento e a experiência acumulada de vários técnicos e trabalhadores de saúde, ao lado de representações populares, dando seguimento ao processo pedagógico [...]” (TEIXEIRA, 1993, p.246). Interessante notar a escolha dos termos para descrever as contribuições dos diferentes atores. No caso dos grupos populares, não se trata de conhecimento e experiência acumulados, mas de representações. Como permite deduzir a formulação da frase, representações necessariamente equivocadas, que justificam o caráter pedagógico do processo.

Os aspectos discutidos acima são pontuais e não devem obscurecer as contribuições que a teoria dos Distritos Sanitários oferece para o debate sobre as aproximações entre gestão e participação política no campo da saúde. São importantes, todavia, porque nos permitem entrever os limites que os conceitos trabalhados reconhecem, particularmente quando se apresentam na interface destes conceitos com suas teorias de referência, a saber, o enfoque estratégico de planejamento.

2.3 Ação programática em saúde: contexto histórico de emergência

As Ações Programáticas em Saúde representam um modelo de práticas sanitárias alternativo àquele historicamente consolidado no Brasil por meio das ações hegemônicas de Saúde Pública, identificadas ao modelo campanhista de intervenção. É fácil mapear historicamente o contexto de seu surgimento, situado na experiência paulista de gestão da saúde na década de 70. O debate em torno das ações programáticas tem como cenário de referência as políticas de extensão de cobertura de serviços de saúde implementadas no período, sendo elaboradas como resposta ao desafio de ampliação e diversificação da assistência médica individual no setor público. O principal ator institucional é a Secretaria de Saúde de São Paulo, e as vertentes sobre as quais se baseia são a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde, motivo pelo qual propomos sua inclusão nesta matriz. Mais do que uma referência distante, o planejamento revela-se modo operante dessa proposta, que contudo parte de uma crítica contundente das principais características de sua inserção na América Latina como recurso de desenvolvimento social.

Nesta perspectiva, as ações programáticas em saúde procuram diferir de sua apreensão habitual como técnica de planejamento, pois negam a neutralidade e o distanciamento político-social deste instrumento. Esse posicionamento traz à tona um dos aspectos que mais nos interessa diretamente, a saber, as implicações políticas que a teoria assume explicitamente em suas proposições e (auto) referências.

A crítica ao planejamento direciona-se ao caráter extremamente abstrato de sua aplicação a processos sociais complexos, com a conseqüente perspectiva tecnocrática que este exercício acarreta, dada a desconsideração de inúmeros e contraditórios fatores de produção da realidade social. Estes são tidos como “elenco de indesejabilidades” que extrapolam as fronteiras que delimitam a redução economicista operada na conversão destes processos em objeto de cálculo e intervenção das técnicas de planejamento, a partir do objetivo de elevação da produtividade de seus recursos.

Segundo Gonçalves, Schraiber, e Nemes (1990) o planejamento, quando empreendido dessa forma, resulta na superposição dos meios aos fins, das partes ao todo, em suma, saber e prática técnico-burocráticos. São retomados dois aspectos tidos como contraditórios que exemplificam a crítica ao modo como o planejamento em saúde foi incorporado na América Latina. ~~Por um lado o recurso à Epidemiologia, que levou ao desenvolvimento da ação~~ programática no setor e, por outro, a definição da oferta de assistência médica individual à

doença como objetivo último, fim em si mesmo que independe dos resultados sanitários obtidos.

O autor preocupa-se em não negar a relevância do planejamento em sua dimensão de técnica de ação social inovadora, baseada na racionalização de processos, ou mesmo em sua aplicação específica como estratégia de obtenção de maior produtividade dos recursos disponíveis. O problema central estaria, precisamente, na negligência das implicações políticas e ideológicas que o determinam, uma vez que “o planejamento é sempre uma ação com efeitos políticos e ideológicos; mas, mais do que isso, é sempre uma ação-efeito de determinantes políticos e ideológicos anteriores a ele” (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.57).

Essas considerações explicam a preocupação em distanciar as ações programáticas da condição de técnica de planejamento, e afirmá-la como modelo assistencial. No primeiro caso a programação é empreendida como estratégia de planejamento ascendente local, a partir do diagnóstico realizado, do qual derivam os limites e alternativas reconhecidos, que determinam o campo de possibilidade das escolhas de intervenção. A programação procura se aproximar das necessidades sociais mediante a categoria doença, coletivamente trabalhada com o recorte da realidade por meio de danos. Esta é a principal abordagem da programação como técnica de planejamento.

Daí apresentar-se e, até certo ponto constituir-se e o planejamento como uma atividade meio e que responde, pois, diretamente à racionalidade exigida por aquela finalidade do trabalho que planeja, e não às questões que constroem essa finalidade, isto é, às necessidades sociais das quais decorre a finalidade deste ou daquele trabalho na sociedade (SCHRAIBER, 1993, p.22).

Em contraposição a esta apreensão, a teoria da Ação Programática paulista propõe-se como modelo tecnológico de assistência a saúde, concretizado com instrumentos operatórios que visam organizar o trabalho como resposta imediata a necessidades sociais que o justificam e que, desta forma, são apreendidas como objeto/produto da intervenção. A dimensão tecnológica sobressai como elemento central da programação, que procura reorganizar as práticas de saúde segundo os princípios da integração sanitária e da hierarquia do cuidado, que visam, respectivamente, promover a recomposição da promoção, proteção e recuperação da saúde (dada a dicotomia histórica entre ações preventivas e curativas e a fragmentação e independência dos programas verticais), e a correspondência entre os níveis assistenciais e a incorporação tecnológica estimada.

Não se postula a recusa à incorporação teórico-metodológica do planejamento e mesmo de seus instrumentos. Esta se faz, entretanto, como intenção de racionalização dos processos, dados os objetivos assumidos e as implicações sociais e políticas que os determinam, invertendo a lógica burocrática criticada em prol do compromisso de politização da técnica, que deve responder, como tecnologia de trabalho, às necessidades sociais.

Para Schaiber (1993), a proposta teórica assim formulada representa um deslocamento da temática da igualdade social em relação ao lugar que ocupou anteriormente na medicina e na Saúde Pública. Isto porque o objeto em foco deixa de ser as articulações institucionais e a conformação da rede de assistência, voltando-se o olhar para o modelo assistencial em operação concreta nas instituições, entendido como “dimensão técnica das práticas em saúde na organização social da produção de serviços” (p.12).

Tal perspectiva é mais facilmente compreendida quando contextualizada no cenário referido de extensão de cobertura dos serviços, que tendia a ser viabilizado segundo o ideário da ampliação da assistência médica individual. A teoria das ações programáticas procura responder a esta demanda com um projeto de inserção e extensão das práticas clínicas, de forma subordinada à racionalidade sanitária. A intenção principal é ressignificar o acesso à saúde, de modo a evitar a reificada fragmentação dos modelos de intervenção e a atualização incontestada da hegemonia do modelo identificado como consultação.

[...] para o modelo sanitário a questão é aquela da cobertura da rede, e não necessariamente só extensão; é aquela da porta de entrada, e não apenas do acesso; e é, enfim, aquela da atenção primária, e não de um pronto-atendimento. E a diferença entre os primeiros termos e os segundos termos não é só dada pela distância que vai da demanda espontânea para a demanda potencial estimulada, mas também aquela que vai de uma prática com larga dose de autonomia de desempenho, para aquela das ações planejadas e normatizadas da programação (SCHRAIBER, 1993, p.30).

A incorporação da assistência médica individual faz-se, dessa forma, como um dos recursos de que dispõe a ação programática, sendo defendida sua utilização em função dos objetivos definidos epidemiologicamente, os quais têm como referentes as dimensões coletivas do processo saúde-doença nas populações. Compõe-se, portanto, como um plano de intervenção pautado por uma tecnologia do coletivo, que se contrapõe a sua apreensão como somatória de assistências individuais, procurando transformar a demanda (espontânea) da população, com o estímulo a questões não percebidas a princípio como necessidades de saúde.

A concepção da dimensão tecnológica das ações programáticas propõe como elemento fundamental a indissociação entre saber, técnica e política, apontando para as implicações práticas das intervenções, em seu potencial de normatização da realidade e do comportamento dos sujeitos sociais. Em última (e primeira) instância, as ações programáticas pretendem ser uma alternativa ao processo de elaboração ideológica que resulta na criação de um discurso atemporal e ahistórico sobre a saúde e a doença, em que o normal e o patológico encontram-se individualizados nos limites do corpo biológico.

O arranjo conceitual que essa teoria engendra representa um questionamento do modo como o objeto constituído do saber clínico apresenta-se socialmente autonomizado da relação de que decorre (entre conhecimento, agente e instrumento de trabalho), apontando para a dissociação das conexões sociais que o determinam, e das relações que o fazem instrumentalizar tecnicamente o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que o instrumentalizam socialmente. Deste modo, o monopólio médico é assumido antes como questão político-ideológica que científica, já que assentado na naturalização de seu objeto e na utilização do saber como verdade exclusiva, que procura afirmar as questões políticas subjacentes como exclusivamente técnicas.

[...] deve se compreender que, nem por ser uma tecnologia individualizante, a Clínica deixa de ser, no plano social, capaz de instrumentalizar a prática médica enquanto prática social [...], a Clínica foi a tecnologia historicamente capaz, no capitalismo, de tornar a medicina uma medicina social, na acepção emprestada a esse conceito por Foucault. A forma específica da Clínica de negar a socialidade dos objetos que conceptualiza e manipula revela-se assim uma forma de afirmar aquela mesma sociedade (GONÇALVES, 1994, p.86).

1.3.1. Fundamentos e componentes conceituais da Ação Programática em Saúde

A elaboração do conceito de ação programática adota o caráter tecnológico do conhecimento como aspecto fundamental da organização do processo de trabalho. Trata-se de um questionamento da noção corrente de ciência, que gera a autonomização da produção de conhecimentos (de seus pressupostos, métodos e instrumentos) das relações e práticas sociais em que se inscrevem, tornando a tecnologia uma função abstrata da produção, ao mesmo tempo em que a produção é reduzida a uma função técnica abstrata. Nesse sentido, o reconhecimento do caráter tecnológico do saber procura evitar a redução da tecnologia ao sentido restrito de conjunto de meios técnicos da produção (GONÇALVES, 1994).

O saber é definido como apreensão e manipulação dos objetos do conhecimento, correspondendo sempre a uma relação social, referida necessariamente aos processos produtivos. É com isso constituído continuamente nestas práticas, em que o trabalho opera transformações técnicas socialmente determinadas. A dimensão do saber é aquela que “ordena o real de certo modo e a ele faz adequar-se a intervenção dos agentes sociais” (SCHRAIBER, 1993, p.15). Nessa medida não pode ser reduzido ao reconhecimento epistemológico das ciências, pois implica trazer para a análise suas articulações com as práticas sociais. O conceito de tecnologia é o dispositivo que permite tal análise, uma vez que diz respeito

[...] aos nexos (a disposição) estabelecidos entre os elementos (o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a atividade de trabalho) de uma certa prática (a experiência médica), no seu nível interno, e ao mesmo tempo em função das articulações sociais que a determinam (GONÇALVES, 1994, p.85).

Essa concepção do saber resignifica por consequência o conceito de trabalho, ao induzir o reconhecimento de que não há objetos *do* trabalho, mas *no* trabalho: os objetos inexistem fora das relações produtivas, são produzidos em razão do saber que opera o trabalho, suas técnicas materiais ou não materiais. “A primeira e mais fundamental função do saber do trabalho diz respeito, portanto, à apreensão do objeto do trabalho ou, em sentido mais preciso, à produção do objeto para o trabalho “ (GONÇALVES, 1994, p.62). Obtida a partir da prática, a tecnologia resulta da estruturação e da generalização do saber, que ganha materialidade diversa em discursos e instrumentos de trabalho, entendidos como momento de sua operação.

A ação programática em saúde propõe-se, neste quadro de referência teórica, como um modelo de organização tecnológica do trabalho estruturado a partir de uma concepção coletiva de seu objeto, a saber, o processo saúde-doença. Gonçalves (1994) relaciona três aspectos a partir dos quais a programação diferencia-se dos demais modelos assistenciais, ao estruturar o objeto de trabalho no plano coletivo: 1) a expressão das necessidades de saúde; 2) a apresentação de possibilidade de intervenções (o que não descarta o reconhecimento da saúde e doença individual, entendidas, contudo, como expressão particular de um fenômeno coletivo); 3) a adequação dos instrumentos de trabalho à dimensão coletiva que caracteriza o objeto, como por exemplo, as estatísticas populacionais.

Podemos, então, explicitar que a teoria em questão adota a Epidemiologia como saber que opera a organização tecnológica do trabalho em saúde a partir da apreensão coletiva de

seu objeto. A ação programática é, nessa medida, uma aplicação tecnológica da ciência epidemiológica. Ainda que se reportem a mesma realidade concreta, o sofrimento e adoecimento humanos, a Epidemiologia e a Medicina instituem objetos diferentes e, conseqüentemente, diferem nas proposições práticas e conceituais que informam suas intervenções.

Disciplina “irremediavelmente positivista” (expressão que Gonçalves atribui a Naomar de Almeida Filho), a Epidemiologia surge na Inglaterra, em 1854, com a investigação de John Snow sobre a epidemia de cólera. Apresentando-se como saber estruturado cientificamente e indisfarçavelmente comprometido com a reprodução da ordem social, a Epidemiologia compartilha com as práticas de saúde claras implicações políticas de controle social, ao indicar condições para a reprodução “adequada” da força de trabalho. Nesse sentido, não propõe modificações diretas no plano social, voltando-se antes aos seus efeitos sobre os indivíduos.

Interessante observar que apesar de reconhece-la como saber tecnologicamente adequado ao objetivos assumidos pela programação em saúde, Gonçalves (1994) procede dura crítica ao que identifica como incapacidade da Epidemiologia de apreender as dimensões sociais de seu objeto, uma vez que incorpora o conceito fisiopatológico da doença, enquanto abstração “biológica de fenômenos mais complexos em sua rede de determinação” (p.78). Como conseqüência, restringe a investigação destes determinantes à condições que facilitam, modulam, ou dificultam o fenômeno da doença, equivalendo-nos à noção de “influência social”.

Daí que a Epidemiologia se veja um tanto reduzida à ciência das circunstâncias, ao conhecimento das cercaduras, das variações externas de um fenômeno já dado, acabado, invariável, definido por outra disciplina. A Epidemiologia torna-se ciência dos riscos e das chances. [...] Uma vez que tome a doença como invariante, e como atributo individual, é obrigada pela lógica indivíduo-quantitativa a tomar todos os possíveis aspectos fenomênicos da realidade que queria hipoteticamente contrastar com aquela invariante, sob forma de variáveis atributivas dos mesmos indivíduos. Nenhuma dimensão substantivamente coletiva é passível de apreensão por esse processo: o coletivo (social ou não) se verá fragmentado e dessubstancializado (GONÇALVES, 1994, p.79).

Ao pensar a organização do trabalho em saúde a partir do saber Epidemiológico, ~~estabelecendo em conseqüência uma proposta de modelo assistencial, a ação programática~~ apresenta determinadas características na composição das intervenções que a definem. A

primeira delas é o modo como as técnicas epidemiológicas se propõem a apresentar os problemas de saúde “no nível concreto onde eles ocorrem, isto é, na sociedade” (NEMES, 1993, p.84), identificando como objetos os problemas de saúde de grupos, e como objetivo os resultados de saúde verificados nesse âmbito coletivo.

A organização do conjunto de atividades proposta pela Programação foi a da abertura programática por grandes grupos populacionais e a subdivisão por *danos* que, por sua importância epidemiológica e por sua especificidade de intervenção, exigissem sistemática especial de atendimento (NEMES, 1993, p.80).

Em segundo lugar destaca-se a “manipulação do objeto de trabalho” (NEMES, 1993) em sua dimensão também coletiva, o que pressupõe instrumentos adequados a essa esfera de atuação, escolhidos em decorrência de efetividade averiguada na obtenção das alterações esperadas nos indicadores epidemiológicos de referência para o diagnóstico realizado. Preocupação que remete à padronização e avaliação destes instrumentos, levando a uma hierarquização dos usos possíveis, a qual resulta em critério de racionalização da organização do trabalho (articulação de agentes e conteúdo em função de objetivos) e, conseqüentemente, da estruturação dos programas e sub-programas e de sua co-relação.

O mais importante mecanismo estabelecido de hierarquização dos diversos instrumentos disponíveis de trabalho é a divisão entre atividades de rotina e atividades eventuais, construída como forma de responder à demanda que chega aos Centros de Saúde sem descaracterizar sua organização em função dos objetivos priorizados. Estes são concretizados mediante um esforço de racionalização dos processos, em que são explicitadas as atribuições dos agentes envolvidos, a formalização da configuração e a temporalidade de cada atividade. O atendimento de rotina é pensado neste contexto como uma supervisão direta dos processos identificados como relevantes no grupo populacional adscrito, sendo que também os atendimentos eventuais devem tentar incorporar as ações de atenção primária definidas, não se restringindo ao enfoque da recuperação da saúde.

Esta convergência representa uma preocupação com a integração das ações desenvolvidas, mesmo aquelas que se efetivam como atendimento da demanda espontânea que chega às unidades, que deve ser epidemiologicamente subordinada à demanda normalizada pelas intervenções do programa. Hierarquização justificada pelo objetivo de promover melhorias na saúde da população como um todo, e não tornar as ações dos serviços uma resposta pontual ao sofrimento individual.

De forma geral podemos referir a programação à tentativa de disciplinar as atividades dos Centros de Saúde com objetivos e organização pré-definidos. Os aspectos apresentados apontam para dois objetivos centrais: a introdução nos Centros de Saúde do atendimento médico e sua integração num plano maior de intervenção, que tem como principais referências as noções de História Natural da Doença e de assistência integral. Percebe-se como pano de fundo o propósito fundamental de extensão da cobertura, que se expressa ademais na introdução de novas atividades como pré e pós consulta e atendimento de enfermagem, as quais objetivavam a otimização dos recursos disponíveis, principalmente quando relativos à escassez de profissionais médicos na assistência.

Tal disposição das formas de intervenção situa a assistência médica-individual como um dos instrumentos integrantes da ação programática, subordinado às escolhas e prioridades decididas em função da necessidade de obter impactos coletivos nos níveis de saúde de determinado grupo populacional. Desta forma, “o que especifica o modelo programático é o uso do diagnóstico e do tratamento individuais como forma de controlar a doença no coletivo, ao lado de outras medidas que incidem imediatamente sobre o coletivo (como a imunização e o saneamento) (NEMES, 1993, p.87).

Como ressaltam Gonçalves, Schraiber e Nemes, (1990), a padronização que fundamenta a proposta das ações programáticas adquire diferente significado da padronização que fundamenta a racionalidade da assistência médica individual. Esta última, concretizada como padronização sistemática de condutas, é considerada unívoca, não sendo determinada pela realidade social a que se aplica, ou ainda pela especificidade histórica que demarca o problema de saúde em questão. A programação pressupõe outra maneira de relacionar a padronização e a finalidade do trabalho, pois compreende que

Não há nenhuma padronização que se aplique adequadamente, ao mesmo tempo, para todas as populações, e em períodos diferentes, para a mesma população: apenas a capacidade de explicar e prever as variações nos indicadores de saúde-doença associados a cada problema específico, histórica e socialmente contextualizado, autoriza associar a qualquer conduta padronizada o melhor resultado possível, e obriga a rever essa associação assim que o conjunto indicadores-contexto se altere (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.50).

Esta perspectiva remete a uma padronização variável de condutas que, diferentemente da citada padronização sistemática, tende a modificar-se em função da alteração de aspectos contextuais e históricos, representando no processo de trabalho em saúde uma exigência para

a constituição do trabalhador coletivo, em oposição à centralidade da autonomia individual que caracteriza o trabalho médico no modelo clínico. Fator que torna a avaliação a principal estratégia para a atualização das formalizações que efetiva. Outra distinção afirmada em relação à assistência médica individual consiste no fato de que, ao invés de igualar tecnicamente o trabalho desenvolvido por agentes percebidos em sua identificação e semelhança, a padronização provisória das atividades procura diferenciar os trabalhos concretizados pelos agentes distintos, tendo como perspectiva articulá-los organicamente no conjunto do programa (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990).

A normatização das atividades e a sistematização das avaliações são os principais meios de operação da programação. A padronização das ações determina, por exemplo, quem, quando e como atender, estabelecendo conteúdos, principalmente para o atendimento médico, relativos a indicação de exames laboratoriais, condutas diagnóstica, normas de tratamento das doenças etc.

A avaliação por sua vez é organizada com duas estratégias, a avaliação global periódica de todos os programas da instituição, com instrumento de aplicação mensal (boletim de produção), e a avaliação contínua e específica de cada programa. Esta última teria na “ficha de controle de paciente” o instrumento privilegiado de padronização dos prontuários e de seu arquivamento, cuja importância seria possibilitar o levantamento da produção do programa e o cumprimento de suas normas. As informações levantadas com as avaliações são utilizadas para a elaboração de dois tipos de indicadores, um destinado a analisar a cobertura e o rendimento das atividades, e outro que se propõe a visualização do alcance dos objetivos e metas de cada programa.

Em suma, as estratégias e instrumentos apresentados voltam-se para a confecção e materialização dos programas considerados epidemiologicamente necessários, aos quais cabe

[...] determinar quanto, como e qual assistência médica a uma doença converge, potencializando-as e sendo potencializada por elas, com outras técnicas de intervenção sobre o mesmo processo que não são de assistência médica. A programação assim descrita é um mínimo exemplar: a noção de ação programática se aplica à articulação de vários programas respeitantes a uma mesma população e a seus vários problema de saúde-doença. Corresponde portanto à racionalidade organizadora do todo articulado, de centro para a periferia e vice-versa, em toda uma estrutura sistemática única de assistência a doença (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.45).

1.3.2. Implicações e posicionamentos políticos da teoria da ação programática

Gonçalves; Schraiber e Nemes, (1990) ao discutirem as relações entre ciência e política indicam a impossibilidade de separar a produção do conhecimento das relações sociais ou, em suas palavras, a cidade científica (com suas regras e valores) da cidade propriamente humana, social e historicamente determinada. O autor coloca neste plano o encontro entre as normas da produção acadêmica e as regras e princípios das atividades que transformam a realidade, dimensionando a elaboração e divulgação dos conhecimentos científicos como questão fundamental dessas relações, particularmente quando está em jogo a “construção permanente da democracia, como valor e como prática” (p.38).

Essa postura explicita o que podemos identificar como implicação política assumida pela teoria das ações programáticas, no modo como apreende e se propõe intervir no processo saúde-doença na população. Isto porque, as escolhas realizadas ao mesmo tempo que se apresentam como derivadas de certas formas de consciência e ação, procuram sobretudo gerá-las. Preocupação que podemos perceber na necessidade advogada de politizar a ação programática “de ponta a ponta”. Destaquemos aqui a noção implícita de política, irremediavelmente associada à prática social, à transversalidade de formas de consciência e ação, o que a distancia de aparatos formais e instituições específicas, remetendo o desafio da democratização ao plano das relações constitutivas de toda sociedade, e em especial as relações de trabalho.

O principal exemplo seria o objetivo de racionalização que a direciona, entendido como estratégia de superação da tendência histórica de burocratização, com as conseqüentes perdas de efetividade do trabalho coletivo que a sobreposição dos meios aos fins acarreta. Não se trata contudo de uma preocupação restritamente administrativa, mas um questionamento da estrutura de reprodução social que sustenta esse processo em nossa sociedade. Concerne, sobretudo, ao papel que as práticas de saúde assumem em relação “ao processo de democratização do Estado e de modificação de suas relações com a sociedade civil” (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.53).

A forma como é incorporado o tema da Política revela-se particularmente clara na tese defendida por Gonçalves, Schraiber e Nemes, (1990) de que a ação programática em saúde só ~~pode efetivar-se em contextos extremos de totalitarismo e democracia. No primeiro caso~~ porque a prática programática, com sua característica primordial de ação racional, não

precisaria lidar com obstáculos e conflitos indesejáveis para efetivar-se, pelo menos em sua composição formal.

Quanto ao contexto de democracia plena, podemos perceber de partida que a adjetivação colocada pelo autor corresponde a uma preocupação com a redução da democracia a uma formalização abstrata de relações entre cidadãos, a ser simplesmente alcançada. Ela seria, ao contrário, um processo em permanente construção, cujo desafio maior é a concretização da igualdade entre desiguais, necessariamente referida ao futuro. Nessa medida ele compreende que a politização da ação programática não pode seguir roteiro ou fórmula pré-definida, devendo representar a materialização (ou pelo menos sua tentativa) de alternativas e experimentações sociais que respondam a este desafio.

A principal demonstração desse raciocínio é o modo como o autor aborda os critérios de priorização e definição de objetivos que orientam a ação programática. Para ele, nenhuma “receita formalizante” deve sobrepor-se à materialidade e especificidade do contexto histórico real. Não haveria, então, melhores ou piores prioridades, o que representa uma grande contraposição à tendência historicamente predominante no campo do planejamento de supor a adequação irrestrita e inquestionável dos critérios considerados técnicos, em detrimento de perspectivas outras, principalmente aquelas tidas como decorrentes da cultura popular.

E não há que ver com pesar que as prioridades que teríamos escolhido foram desprezadas: no plano da sociedade, nenhuma forma de priorizar é inerentemente melhor do que outra, pois qualquer uma traduz necessariamente a opção por valores e projetos que nunca serão neutros. No plano da ação programática em saúde, será sempre melhor, porque se move do pólo totalitário para o pólo democrático, aquela priorização que traduzir tecnicamente a opção política mais compartilhada, seja ela qual for (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.59).

Nesse ponto, o autor coloca a intencionalidade de uma intervenção que se distancia claramente da forma como o planejamento estratégico situacional silencia ou, pelo menos, torna secundária, a necessidade de construção democrática dos objetivos do plano. Seria esse, em seus próprios termos, o radicalismo político que defende, o que identifica como compromisso em constituir a ação programática em saúde como um valor-Saúde, no espaço real da vida social global, em suas dimensões públicas e democráticas. Seria este o campo da construção permanente da democracia, que para ele não pode deixar de ser remetida à transformação das estruturas sociais, não somente no que se reconhece usualmente como dimensão política, mas na realidade do processo de trabalho e das relações sociais que o

compõem e atravessam. Por isto o desafio de pensar a ação programática como um modelo, “utopia produtiva”, esforço normativo de criação de um dispositivo tecnológico de organização do trabalho, cujas principais características devem ser a flexibilidade técnica e política de seus processos, o compromisso de “criar o novo dentro do novo, sempre de novo e a cada vez” (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p. 63).

Para Gonçalves, Schraiber e Nemes, (1990) a mudança social é o horizonte em direção ao qual a ação programática precisa comprometer-se a caminhar, convergindo com projeto histórico da Saúde Coletiva e recusando o avesso do radicalismo político discutido, a tendência tecnocrática.

Supomos que a convicção na racionalidade superior de ação programática em saúde só se afirme, como força histórica real, quando os intelectuais que a representam enquanto projeto renunciarem ao radicalismo tecnocrático pelo radicalismo político, e este consiste precisamente em criar tendências que gerem a progressão de consciência social, mesmo no âmago de práticas que aparentemente não têm nada de programático (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990, p.61).

Tal desejo democrático, que podemos observar em certa defesa da teoria da ação programática aqui apresentada encontra, ao nosso ver, uma grande fragilidade, uma contradição presente nos dispositivos de organização do trabalho formulados. A falta de conformidade com os posicionamentos políticos discutidos remete especificamente ao modo como a programação articula o papel da gerência programática.

Ela é pensada como uma estratégia de oposição à autonomia do profissional médico no exercício do modelo clínico de assistência a saúde, frente à necessidade de subordinar tal prática aos objetivos coletivos epidemiologicamente traçados. Como a reorientação promovida pelas ações programáticas, decorrente do foco nas dimensões coletiva do objeto, convive e incorpora as ações desse modelo, ainda que de forma subordinada, coloca-se o problema do poder que os profissionais médicos exercem no processo de trabalho das unidades de saúde, principalmente pela centralidade que o atendimento médico individual continua a ter.

Dessa forma, a introdução de um novo agente, o médico sanitário, é viabilizada como uma tentativa de “[...] deslocar esse 'momento intelectual' [vinculado ao poder que o trabalho médico no modelo clínico exerce sobre o conjunto do processo] para a dimensão coletiva”, já que as “regras de operação, o proceder e o ajuizamento” características da racionalidade epidemiológica “fogem do âmbito do médico produtor direto do atendimento”

(NEMES, 1993, p.87-88). A justificativa apresentada para a opção de instituir o médico sanitário como o ator responsável pela gerência é o fato de conhecer, com legitimidade, o saber que fundamenta e estrutura o trabalho clínico, o que o habilitaria a organizá-lo e geri-lo no sentido de sua utilização como mais um instrumento de trabalho disponível no atendimento das necessidades de saúde. À gerência caberia, portanto, “controlar a organização”, “garantir seu funcionamento”. Não é aleatório que esse profissional seja ele mesmo um médico, pois essa solução implica antes uma substituição de atores do que a desconstrução de uma determinada lógica de organização do trabalho a partir da divisão entre tarefas de execução e as atribuições de concepção, tão características da administração científica.

Tais características da gerência epidemiológica representam a convergência de vários recursos de controle sobre a organização do trabalho, os quais consistem no núcleo das ações programáticas em sua intenção de racionalização da assistência à saúde. O projeto democrático defendido esbarra necessariamente nessa intencionalidade, calcada no controle e na centralização dos processos decisórios, configurando uma dinâmica de trabalho assentada na divisão entre quem pensa sua organização e quem realiza as tarefas práticas. Enfim, uma distinção em absoluto contraditória com o projeto democrático anunciado e com a concepção de política que o fundamenta.

Nesse sentido, não podemos deixar de notar a ausência de dispositivos para sua concretização. Em outras palavras, o radicalismo político desejado não é transposto em dispositivos materiais de gestão, apesar da concepção central do saber como tecnologia que orienta a proposta das ações programáticas. De tal modo, que as relações defendidas como inexoráveis entre produção de conhecimento (científico) e práticas sociais não se coloca quanto ao problema da democratização. Enfim, em nossa perspectiva, há como uma cisão entre a tecnologia desenvolvida de organização do trabalho e o anseio democrático e as implicações políticas que a teoria anuncia.

1.4. A teoria comunicativa no campo do planejamento e gestão em saúde

A teoria do planejamento estratégico situacional de Matus apresenta desdobramentos que derivam de uma confrontação de seus referenciais com categorias e debates ~~característicos de um enfoque lingüístico e comunicativo da gestão. Essa leitura é formulada~~ com o resgate e aprofundamento de dimensões específicas do PES, ao mesmo tempo que

parte da constatação de limites derivados do recurso ao planejamento como instrumento de regulação social, marcado por pretensões racionalizadoras de cunho totalizante e imperativo.

Embora esta contraposição encontre na prática do planejamento normativo endereço qualificado, dirige-se fundamentalmente a uma concepção de fundo também presente no enfoque estratégico. Trata-se do projeto de desenvolvimento social via planejamento estatal, como opção à regulação do mercado, a ser viabilizado por dinâmicas centradas em instâncias e formalizações tecnocráticas, para as quais as questões e relações intersubjetivas são secundárias à racionalidade instrumental do plano de intervenção. Nesse sentido, a crítica realizada volta-se para a incapacidade de centralizar e totalizar as perspectivas de diferentes atores e grupos sociais, que revelam diversas racionalidades, limitação que remeteria à impossibilidade do Estado de representar a multiplicidade em atos decisórios formais realizados em lugar de amplo processo de negociação política. No tocante ao planejamento estratégico, essa colocação pode ser transposta para a abordagem do poder que o caracteriza, na qual são enfatizados os acúmulos e recursos mobilizados em razão dos objetivos de concretização do plano de setores situados no governo.

A concepção comunicativa de planejamento e gestão não deixa de ser, entretanto, uma releitura do PES, a partir da matriz cultural brasileira (RIVERA e ARTMAN, 2003). Para Rivera (1996), principal autor a realizar a aproximação entre o planejamento estratégico e teorias administrativas que têm como foco a dimensão comunicante das organizações, o PES tornou explícita a necessidade do diálogo no contexto das instituições e políticas públicas. Aspecto resultante de sua perspectiva interativa e da prática de problematização coletiva, frutos da metodologia situacional, composta por conceitos como governabilidade, situação de saúde, compartilhamento e dispersão do poder, entre outros. Quanto a isto, destacam-se os conteúdos do momento-tático operacional, que remetem à implantação de um modelo de gestão e direção.

O reconhecimento do ato de planejar como relação interativa, adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível, a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica da nossa e possível complemento e, finalmente, o destaque concedido à cultura no delineamento das regras institucionais são elementos que abrem caminho para uma interpretação menos presa a uma racionalidade pura de fins (RIVERA e ARTMAN, 2003, p.18).

A discussão das dimensões comunicativas do planejamento situa-no, definitivamente, na gestão/gerenciamento de serviços e sistemas de saúde, explicitando interfaces antes apenas deduzidas em razão da apropriação do planejamento como prática de governo. O

planejamento assume a condição de ferramenta organizacional, facilitadora de processos de condução de ações, com a perspectiva de desenvolvimento institucional. Neste contexto, revela-se subordinado à cultura das organizações.

Segundo Rivera (1996), a impossibilidade de separar planejamento e gestão seria uma formulação do próprio Matus, que identificaria esta última à forma de condução conjuntural voltada para o plano estratégico ou para o momento tático-operacional do PES. A aproximação dar-se-ia na exigência de criatividade colocada pelo planejamento, que tornaria os módulos do plano módulos de gerência, abrindo a possibilidade para o processamento criativo de suas ações via planificação descentralizada, na qual a prestação de contas ocorreria por problemas e resultados. Matus definira criatividade como o “processamento intensivo de problemas em uma rede de comunicação motivada e motivadora, um processo sistemático (articulando vários critérios de cálculo), totalizador e rigoroso” (p. 359). Rivera (1996.), realizando uma leitura do PES a partir dessas referências, propõe que uma organização racional poderia ser entendida como uma organização planejada, criativa, participativa e responsável. Essas aproximações são importantes pontes utilizadas para pensar as possibilidades comunicativas do planejamento, (RIVERA, 1996.) especialmente remetidas à Teoria Macroorganizacional de Matus, composta por quatro componentes básicos.

Seriam eles: 1) a direcionalidade, relativa à missão e às funções de uma organização, que podem ou não estar adequadas à demanda social; 2) a departamentalização, que corresponde à transposição da direcionalidade para formas de organização específicas, relacionada a uma rede de articulação dos sistemas de produção finais e intermediários. Interessa nesse sentido, para a discussão colocada, particularmente os mecanismos de coordenação e comunicação entre eles; 3) a governabilidade, definida pela distribuição de poder administrativo e competências entre os níveis operacionais, como por exemplo, o sistema de regulação e alocação de recursos, coordenação e informação/comunicação. Ou seja, o campo remetido propriamente à gerência, aos recursos que dispõe para efetivar as funções de sua responsabilidade, cujo ordenamento reflete configurações institucionais centralizadas ou descentralizadas; 4) a própria noção de responsabilidade, sua distribuição, atribuição e meios de cobrança na organização, refletidos na cultura organizativa referente. Na teoria macroorganizacional a qualidade da gestão é determinada pelo resultado desse jogo organizativo, por suas regras básicas de estruturação (RIVERA, 1996).

Esses aspectos revelam uma apreensão reflexiva das instituições, em todos os seus níveis. Por meio deles seriam definidas, por consequência, as condições de governabilidade que a determinam. As categorias de análise expostas demonstram que o modelo de gestão

presente no planejamento situacional tem como eixo a promoção de integração horizontal das instituições, na medida em que a explicação situacional ajuda a escolha de operações transversais ou horizontais, sob a forma de estrutura matricial por projetos. A dimensão reflexiva do PES pode ser exemplificada também na compreensão de que processos de reforma administrativa demandam estratégias globalistas, que incidam simultaneamente nas regras básicas da organização, caracterizando uma reforma vertical.

A noção de sistema de direção estratégica, ou de gestão, presente no PES, contrapõe uma perspectiva de coordenação lateral à tradicional organização hierárquica das instituições. Alguns elementos são retomados de Matus e identificados como dimensões comunicativas do PES em função desse modo de conceitualização da gerência operacional, a saber:

“[...] a idéia de um sistema de gestão descentralizada por operações; a análise de problemas e de soluções, bem como aspectos da análise de viabilidade e do desenho estratégico. [...] A arte de gerir consiste, para Matus (1994), em saber distribuir bem os problemas pela organização, de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo. (RIVERA, ARTMAN, 2003).

Com base nestas referências, o desenvolvimento de uma leitura comunicante das organizações proposto por Rivera (1996) apóia-se em três princípios do PES: o de responsabilidade, indutor de criatividade, que seria focado na elaboração de sistemas de prestação de contas; o princípio de descentralização, e a conseqüente estratégia de distribuição dos problemas na organização, de modo que cada nível hierárquico disponha de governabilidade sobre os problemas de alto valor que o afetam; e o terceiro princípio, concernente à subordinação das formas organizativas às práticas de trabalho, e destas às “estruturas mentais” de seus sujeitos, que Rivera (1996) concebe como cultura institucional. Este último implica pensar que a configuração institucional deve adaptar-se à rede de produção, aos seus fluxos e modos de realização dos processos intermediários e finais e das conversações organizativas.

Em suma, o sistema de gerência por operações proposto representa um modelo de gestão criativo, fundamentado em estruturas flexíveis, descentralizadas, intensivas em processos de comunicação, que têm por dinâmica essencial a responsabilização. Características que demonstram a compreensão de que, como afirma Matus (in RIVERA, 1996),

El poder concentrado mata la creatividad y la capacidad de respuesta oportuna del sistema ante los cambios de la realidad y las oportunidades. El poder concentrado enfatiza las relaciones jerárquicas de dependencia, mientras que la distribución del poder enfatiza las relaciones de coordinación (p.362).

As interrelações entre os três princípios trariam para primeiro plano o sentido comunicativo do referencial teórico-metodológico elaborado por Matus. Isto porque, a descentralização requerida pela gerência operacional, com a correlata constituição de grupos de trabalho policêntricos, movidos por processos de problematização, implica dinâmicas comunicacionais de base, resultantes do processamento criativo e sistemático feito pelos grupos dos problemas e soluções a ele reportados. Essa forma de direção estratégica teria como suporte a prática de responsabilização, de estabelecimento de compromissos formados participativamente e de monitoramento.

Na leitura de Rivera (1996), essas características correspondem a uma compreensão da informação como comunicação, já que o sistema de informação configurado tem como finalidade prover o diálogo e os recursos necessários para a ação. Não seria, assim, um fluxo de dados unidirecional, mas uma interação comunicativa, na medida em que as funções de recepção e emissão de informações são intercambiáveis, tendo por objetivo modificar comportamentos ou conduzir ações.

Ao expor as influências e referências incorporadas do planejamento situacional, Rivera e Artman (2003) não deixam de apontar os limites e deficiências que a teoria apresenta em relação a uma perspectiva comunicativa do planejamento e da gestão. A mais relevante seria a ausência de reflexão sobre a cultura institucional como elemento fundamental das intervenções planejadas. Faltaria também a construção de tecnologias de negociação cooperativa e de uma noção mais complexa de prospectiva, não assentada em relações demasiadamente deterministas do contexto sobre o plano, em que as variáveis relevantes fossem apropriadamente registradas e formalizadas.

Outro aspecto sinalizado como deficiente é o modo como são trabalhados os temas sobre liderança e relações interpessoais, que se encontram limitados à constituição de “superestruturas de gestão”. Crítica que encontra diferente expressão na indicação de certa dificuldade do método em gerar ou definir uma visão compartilhada da missão institucional, sendo indicadas ademais as dificuldades resultantes de sua grande complexidade. Chama-nos a atenção, particularmente, as limitações percebidas quanto a possibilidade de construção de um projeto coletivo como expressão da multiplicidade de racionalidades que compõem as organizações de saúde.

A proposta sistematizada por Rivera e Artman (2003) assume a cultura organizacional como objeto do planejamento e da gestão situacional, discutidos a partir do aporte teórico habermasiano do agir comunicativo. Essa elaboração procura discutir o que identifica como desafios gerenciais colocados permanentemente pelo objetivo de constituir organizações integradas, dialógicas e solidárias, o que remete diretamente à cultura institucional.

Cultura é definida como um conjunto de tradições e pré-interpretações de situações, que desempenha papel determinante na organização e em sua abordagem. É o conjunto de idéias, crenças, conhecimentos, hábito e comportamentos compartilhados em razão de uma experiência coletiva, por aqueles que participam da organização. Refere-se a um sentimento de pertença a um coletivo, em que a comunicação apresenta importância fundamental, por inserir movimentos dinâmicos nos pactos e consensos sobre os quais se estabelecem suas relações estruturantes.

Apesar da grande influência que exercem as tradições culturais sobre as ações de seus componentes e também sobre o funcionamento da organização, tais tradições podem ser questionadas por um exercício crítico do discurso (RIVERA, 1996). Nessa apreensão, a cultura institucional é um “[...] fenômeno que define, em última análise, as possibilidades de atuação transformadora sobre uma organização” (RIVERA, 1996, p.358), posto que antes de ser um processo técnico, a mudança supõe e requer a transformação dos valores que norteiam a organização.

Rivera (1996) retoma contribuições de Thévenet, que pensa a cultura como conjunto de “regras do jogo informais”, que podem ser percebidas no sistema de remuneração, controle de gestão, avaliação de rendimentos individuais, enfim, em aspectos que explicitam como as concepções materializadas de direitos e deveres dos sujeitos fazem-se presentes na instituição. Outra contribuição incorporada deste autor é a proposição de dois elementos nucleares da cultura, a percepção do ofício, de seu papel social e sua vivência, e a relação com o entorno.

A cultura é apreendida como componente de viabilidade de um projeto, cuja escuta é fundamental como recurso de intervenções sobre problemas. Rivera propõe que esse movimento derive em um metodologia de escuta da cultura, e elabora o conceito de gestão pela escuta, a partir das contribuições da Teoria da Ação Comunicativa de Habermans, do PES e dos métodos racionalistas de gestão. Habilidades de liderança e negociação são elencadas como centrais ao trabalho cultural nessa acepção de gestão, para a qual cultura e comunicação estabeleceriam uma relação dialética.

Por um lado entende-se que a cultura é constituída por meio de processos comunicacionais e, por outro, a própria dinâmica comunicativa pressupõe um contexto

cultural comum. Com base nos conceitos habermansianos, Rivera pensa a cultura organizacional em suas relações com o agir comunicativo, situando três dimensões que conformariam o mundo da vida organizacional,

a cultura, representada pelo saber comum da organização, incluindo o *savoir-faire* e a razão de ser real da mesma; a sociedade, representada pelas formas normativas de integração social, onde podemos incluir o estilo de *management*, a qualidade da comunicação, o grau de agregação intersubjetiva definido pelo sentimento de pertença à coletividade organizacional e pelos níveis de equilíbrio atingidos pelos atores básicos da organização na relação de seus interesses; e a personalidade, representada pelas capacidades comunicativas e de socialização da liderança e dos liderados (RIVERA, 1996, p.369).

A transformação da cultura a longo prazo seria decorrente da construção legitimada de novas representações e valores pelos atores, mediante sua inserção em processos comunicativos indutores de aprendizagens. O sistema de gestão criativa, com racionalidade gerencial diferenciada, proporcionaria de forma consensuada a tomada de decisões e de controle coletivas, a fim de estimular a comunicação como processo de aprendizagem.

Nesta perspectiva da organização comunicante, o desenvolvimento de novas racionalidades gerenciais como desafio cultural vai supor o exercício de uma liderança para a aprendizagem, e de complexos processos de estabelecimento de redes interativas de natureza dialógica e instrumental (RIVERA e ARTMAN, 2003, p.21).

Neste sentido, são percebidas como dimensões fundamentais do enfoque comunicativo a busca da integração e da construção de um projeto solidário, para os quais não é necessária uma definição exclusiva do método, uma vez que ele próprio deve confrontar-se com a diversidade. O que importa é que seja procurada a ampliação dos fluxos de comunicação, a potencialização do diálogo e da negociação de compromissos, de modo que todo o processo gerencial seja envolvido, na perspectiva de considerar o “mundo da vida” dos atores com uma postura dialógica que motive a construção de projetos assumidos coletivamente como compromissos. Isto porque, “sem objetivos livremente planejados em ambientes comunicativos, não é possível desenvolver a responsabilidade individual” (RIVERA e ARTMAN, 2003, p.20.), categoria que para Matus sobredeterminaria a qualidade da gestão, como discutido anteriormente. Perspectiva que torna a teoria e o treinamento aspectos particularmente defendidos pelo autor em sua Teoria Macroorganizacional. A negociação cooperativa, tipo ganhar-ganhar, desenvolvida pela Escola de Negociação de Harvard é

mencionada como exemplo de condução dialógica da gestão por sua aproximação de um modelo argumentativo.

As principais características destacadas da gestão, na perspectiva comunicativa desenvolvida por Rivera e colaboradores, seriam a adoção de prestação de contas por resultado, como norma a ser interiorizada culturalmente pelos indivíduos, a desconcentração de poder e delegação permanente e a gerência criativa por operações e objetivos. A grade de análise cultural, pesquisa de caráter participativo e sistemático, também é debatida como recurso, por auxiliar o desvelamento de representações compartilhadas e de suas implicações no fortalecimento de núcleos de colaboração e agregação institucional.

No contexto do enfoque comunicativo, o planejamento é apreendido como processo de aprendizagem, em que a produção de planos formalizados torna-se secundária à disseminação na organização de um raciocínio estratégico que oriente as decisões cotidianas. A estratégia deixa de ser pensada como processo delimitado espacial e temporalmente, tornando-se resultado da múltiplas interações dos atores institucionais, baseadas em conhecimentos comuns. Formulação que representaria um conceito emergente de estratégia, no qual o momento tático-operacional do planejamento é valorizado. O grande desafio administrativo seria, portanto, a produção de uma liderança disseminada, entendida como mediação reflexiva das relações interpessoais e escuta da subjetividade.

Com base na literatura sobre *Learning organization*, e seu objetivo de aprender a aprender, a lógica de problematização característica da teoria matusiana é recontextualizada, sendo deslocada de um nível supra-estrutural para o cotidiano institucional, com a proposta gerencial de promover “[...] a maior incorporação possível de práticas de gestão pelo maior número de atores” (RIVERA, 1996, p. 366). Alguns reajustes organizacionais auxiliariam a efetivação do modelo de gestão e planejamento discutido, como por exemplo, estruturas matriciais, coordenação horizontal e novas formas de organização do trabalho, que incidam sobre a fragmentação dos processos, acentuando a negociação e consertação orgânica em âmbito institucional.

Nesta linha geral de pensamento, concluímos que entre cultura e um projeto de reforma dominado pela busca de desbloqueio comunicativo e da descentralização racional se estabelece uma dinâmica interativa, que se caracteriza pela possibilidade geral de uma mudança inestruturada, onde os fatores estabilidade da liderança e a vontade persistente de impulsionar um processo demorado se constituem em requisitos indispensáveis (RIVERA, 1996, p. 371)

1.4.1. O planejamento comunicativo e a gestão pela escuta: interfaces com o campo da saúde

O modelo da organização comunicante é considerado por Rivera (1996) como ideal para as organizações profissionais de saúde em razão da especificidade de seus processos de trabalho e da estrutura de poder característica nestas instituições. Nelas o poder encontra-se disperso, o trabalho é determinado por conhecimentos especializados adquiridos fora da instituição, os processos são diversificados, demandam envolvimento de diferentes setores, os resultados são de difícil mensuração e previsão, e as atividades fim requerem relações de interação e comunicação com seus usuários. Estes fatores podem ser acrescidos da restrita governabilidade que possui a organização, cujos recursos dependem de outros níveis administrativos. Um dos elementos a serem considerados é a grande autonomia e corporativismo profissional, especialmente relevante no trabalho médico, que apresenta significativa resistência à mudança organizacional. O autor faz uma crítica às tentativas de superação dessa dificuldade via recrudescimento de intervenções tayloristas sobre a organização do trabalho, como a opção pela normatização de tempos e movimentos e a definição rigorosa de métodos.

Segundo ele, o enfoque de gestão nas organizações de saúde deveria preservar o princípio da autonomia, enfrentando os problemas sinalizados com processos de comunicação e problematização que representem os setores e grupos envolvidos na intervenção. Nesta perspectiva sugere que o modelo de gestão adequado às organizações de saúde seria baseado em comunicações intensivas, com estruturas flexíveis e descentralizadas, com autonomia dos centros operadores, e colegiados gestores que desempenhariam papel relevante como espaços de produção de consenso. O grande desafio seria gerar responsabilização e coordenação do trabalho, tanto em termos da equipe multiprofissional, como entre os diversos setores.

Rivera (1996) analisa essas características, concluindo que o modelo de gestão adequado às organizações de saúde seria pautado por algumas exigências, como a negociação das estruturas de poder, dos critérios de avaliação, de metas, padrões e diretrizes que qualifiquem um bom atendimento. A autonormatização de centros operadores, em oposição à padronização mecânica, é outro aspecto importante citado, por fortalecer a autonomia e

integração do trabalho assistencial e gerencial em saúde. Quanto a isto, Rivera e Artman (2003) corroboram as propostas do LAPA de Campinas, que advogam autonomia das unidades de produção e colegiados de gestão, utilizando-as na defesa de equipes de gestão “com representantes das principais categorias profissionais” (p.32).

1.4.2. Considerações sobre o enfoque comunicativo do planejamento e gestão em saúde

Embora Rivera e colaboradores retomem contribuições do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, as escolhas teórico-metodológicas e a composição de seu objeto de estudo expõem alguns limites e lacunas do PES que consideramos importante sinalizar, pois representam um deslocamento relevante produzido no campo do planejamento em saúde. O primeiro deles seria a própria identificação entre gestão e planejamento, que sinaliza uma mudança em âmbito teórico quanto ao lócus privilegiado dessa prática. Se no caso do PES ela é abordada desde o espaço do governo, no enfoque comunicativo é privilegiado claramente o das organizações de saúde e seus processos gerenciais.

Essa escolha parece derivar da percepção de obstáculos à mudança ensejadas, que teriam dificuldade de transpor resistências culturais nas organizações de saúde. O PES não incorpora esse problema na discussão sobre viabilidade do plano, já que parte do entendimento de que há no interior das instituições condições para decisões verticais da direção, pressupondo homogeneidade e ampla governabilidade sobre seus processos. Em outras palavras, O PES não traz para dentro das organizações e de sua gestão o pressuposto do conflito político, remetido exclusivamente para a dinâmica social geral.

A discussão da cultura organizacional como elemento central da gestão e do planejamento, bem como a ênfase conferida aos processos comunicacionais testemunham a valorização das dificuldades de produzir transformações institucionais, quando considerados unicamente os posicionamentos políticos e as decisões tomadas nas instâncias de direção. Apesar de referendarmos essa ruptura colocada no plano da formulação dos problemas aos quais respondem os conceitos do planejamento, consideramos que o enfoque comunicacional coloca-se no outro extremo, ao delimitar exclusivamente a temática às fronteiras (fechadas) das organizações.

Nessa apreensão da questão, as organizações apresentam-se como universos isolados, pois suas relações com o contexto, com outras instituições, grupos sociais etc, não fazem parte do problema trabalhado, tornando a cultura e os processos de comunicação fechados às

suas dinâmicas. Não há, desta forma, nenhuma transversalidade na análise, que reconhece como legitimamente referidos ao problema apenas os sujeitos pertencentes à estrutura formal da instituição. A comunicação é, portanto, a comunicação desses sujeitos entre si, e a cultura organizacional seu sistema de crenças e valores.

O impacto dessa leitura no modelo de gestão desenhado revela-se, por exemplo, na formulação de que os “principais representantes das categorias profissionais” deveriam participar do conselho gestor, definição que deixa de fora os usuários dos serviços e a população de modo geral. Nesse sentido, se por um lado o planejamento comunicacional traz para o centro do debate o problema político da transformação das instituições no cotidiano de suas relações e práticas, por outro reduz as implicações recíprocas entre política e gestão ao âmbito exclusivo das organizações, apreendidas como universos fechados.

1.5 Considerações sobre a matriz conceitual do planejamento em saúde

A matriz conceitual do planejamento em saúde apresenta alguns aspectos que consideramos particularmente importante debater. Um destes aspectos, que pode ser indicado como comum às diferentes abordagens apresentadas, e que nos permite reuni-las em uma mesma matriz conceitual, diz respeito ao fato de que as intervenções propostas no âmbito do planejamento têm como perspectiva teleológica o controle dos processos sociais. Esta é a principal marca deste plano filosófico, que aposta na construção de artifícios metodológicos como recurso fundamental para a condução do problema ou do objeto de intervenção na direção de determinados cenários e objetivos.

As distintas orientações no campo do planejamento possuem como ponto de partida a compreensão de que é preciso estabelecer previamente os modos de proceder e as finalidades que devem ser alcançadas. Nesse sentido, o planejamento é por definição normativo, pois sua operacionalização se baseia na heteronomia e na antecipação, ainda quando advoga a prevalência de dimensões estratégicas, entendidas como sujeição do plano às adaptações decorrentes das variações contextuais de sua implementação. Assim, mesmo quando assume a necessidade de redefinir o que foi planejado em função da realização do plano e das situações concretas que ele encontra em seu desenvolvimento, trata-se de uma forma de intervenção que limita as possibilidades autopoieticas dos coletivos, procurando assegurar com determinado desenho normativo a direcionalidade dos processos. O que tem na construção do plano momento chave, em decorrência do qual se pretende circunscrever a prática normativa a uma temporalidade específica, ainda quando a planificação é feita de modo ascendente e

“democrático”. Atuação que aproxima o planejamento do constitucionalismo, como vimos no tocante às críticas feitas por Negri sobre as práticas de contenção do poder constituinte.

Tal forma de condução revela certos pressupostos que pretendemos questionar, dentre os quais nos parece primordial destacar a presunção de que a produção de realidade social aconteça dentro de um plano já estabelecido de possibilidades. Trata-se de uma apreensão da questão que tem como fundamento a suposição de que os possíveis engendrados e desejados pela intervenção são de ante-mão cognoscíveis. Posicionamento, sobretudo político, que reduz o futuro ao existente (mesmo quando falamos de projetos todavia não materializados), cerceando nas práticas de gestão a constituição de espaços e temporalidades de fato constituintes.

Assim, o planejamento reduz o horizonte ontológico da gestão ao assumir que a materialidade social possa caber ou ser expressa dentro dos limites do plano. Crítica também realizada por Gallo, para quem a emancipação da humanidade, a politização da sociedade, sua possibilidade de tornar-se sociedade instituinte e definir suas próprias normas autonomamente depende de dois movimentos: “a descolonização do mundo vivido e a retomada de sua função enquanto espaço de decisões normativas, que definam inclusive o modelo tecnológico em direção ao qual – e no interior do qual – se moverá a racionalidade instrumental” (1992, p.33).

Esses apontamentos nos permitem compreender porque a política é significada como disputa pela hegemonia, reconhecida como capacidade de determinar a direcionalidade dos processos e a realização dos objetivos propostos. Dimensão principalmente presente na configuração conceitual do PES e da ação programática em saúde, teorias nas quais a preocupação com o controle das implicações normativas do agir revela-se bastante evidente. Pois, “se meu *telos* – minha imagem-objetivo – está dado, resta afastar as barreiras que se opõem a que seja alcançado. Frente ao conflito, ela destrói, desvia, faz alianças e até mesmo é destruída, mas jamais muda” (GALLO, 1992, p.36).

Não queremos, com essas considerações, negar a validade e a relevância que o planejamento em saúde alcançou na construção do SUS e de suas condições de possibilidade. É preciso, portanto, situar esse debate como relativo às fronteiras que este plano filosófico delimita e reconhece, como sendo um exercício de estranhamento a que referimos anteriormente. O que pretendemos em particular problematizar é a conformação da gestão como ação restrita ao existente, e não como articulação de novos e imprevisíveis horizontes de possibilidade. Nesse sentido, a crítica que fazemos não deve ser entendida como uma defesa da não organização dos processos, mesmo porque partilhamos a leitura de Lazzarato

(2003), que retomando Bergson recusa a oposição entre a invenção e a ação realizada conforme um plano, por entender que o planejamento é condição da invenção ao liberar-nos de restrições impostas ao agir. Seguindo este mesmo autor, o que esperamos interrogar é o sentido político dessa prática, que não deve ser fechado numa visão negativa do conflito, como superação de oposições e dissensos. Ao contrário, o sentido que conferimos à política inclui necessariamente uma perspectiva crítica e produtiva, que consideramos fundamental à gestão, na medida em que remete à

[...] recusa das alternativas dicotômicas atualizadas nas relações possíveis. Recusa que abre o espaço constituinte da criação de possíveis, um tempo de experimentação e de colocar à prova. Experimentação que a partir da especificidade de cada situação se abre para O fora, interrogando, transversalmente, o conjunto das relações de poder (LAZZARATO, 2006, p.129).

2. A DEFESA DA VIDA COMO VALOR QUE ORIENTA A GESTÃO EM SAÚDE

Esta matriz tem como contexto de emergência os trabalhos desenvolvidos por pesquisadores do LAPA (Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Não se trata, contudo, de uma vinculação institucional o que nos permite reconhecer suas produções em um plano filosófico específico. Alguns elementos de convergência são fundamentais para compreender os critérios que nos possibilitam definir a existência de uma *matriz conceitual* “Em defesa da Vida”.

Os trabalhos que serão analisados derivam de reflexões oriundas em grande medida de experiências de gestão municipal implementadas no começo da década de 90, quando dos primeiros passos em direção à concretização do SUS. As discussões realizadas pelo grupo traçam linhas de diferenciação em relação ao debate hegemônico em torno do planejamento e administração em saúde, configurando um novo arranjo teórico no campo da saúde coletiva, que institui conceitos e leituras inéditas. Dimensões de significação e movimentos de convergência que decorrem da referência a elementos compartilhados, e que geram um plano específico de análise da temática da gestão em saúde.

As marcas que permitem essa identificação podem ser remetidas particularmente à incorporação dos conceitos de desejo e de micropolítica ao campo da gestão, o que se efetiva com o aporte da análise institucional no desenvolvimento de um referencial próprio para a abordagem da temática do trabalho em saúde e da democratização das relações institucionais. Além deste aspecto, não podemos deixar de considerar o termo que designa a matriz, o qual remete à elaboração e à proposta de um modelo assistencial baseado no valor de defesa da vida. São estes, os dois principais aspectos constitutivos da matriz conceitual “Em defesa da vida” que pretendemos explorar, procurando mapear e identificar as aproximações e interseções que procedem em relação ao tema da política e da gestão.

2.1. Delineando a Matriz conceitual em Defesa da Vida

Podemos situar como uma das linhas de configuração do plano teórico da matriz “Em defesa da Vida” as leituras e críticas que Campos (2006) direciona à tradição e à história dos projetos políticos da esquerda. Segundo o autor, não se trata, entretanto, de uma divergência

com a intenção socialista de promoção de equidade social, valor que identifica como núcleo de convergência (pelo mesmo formalmente) dos diferentes movimentos e perspectivas que conformam esta tradição. A crítica que procede parte do lugar de quem explicita partilhar essa referência e assume como seu o projeto socialista. É justamente por tal implicação política que critica a tradição de esquerda, destacando os aspectos que inviabilizam a concretização dos ideais que a norteiam e problematizando os motivos porque muitas vezes sua atuação releva-se ambivalente em relação aos valores que procura afirmar.

Nesse sentido, as análises que realiza e os conceitos que desenha derivam, por um lado, de sua discordância em relação aos elementos hegemônicos das teorias e práticas sociais que o marxismo acadêmico do século XX fundamentou, e, por outro, se referem ao contexto de fortalecimento do neoliberalismo na década de 90 no Brasil. O pano de fundo da discussão é o desafio de colocar em debate o que considera uma “crise da vontade política voltada para a mudança” na sociedade brasileira, a naturalização de posturas conformistas como senso comum.

Neste contexto, a crítica que subjaz à proposta do modelo em defesa da vida volta-se para o enrijecimento dos projetos e estratégias de intervenção da esquerda, com sua expectativa autoritária de permanência de uma maneira determinada de conceber a organização da vida social. O maior exemplo seriam as experiências de planejamento consolidadas a partir do socialismo real e que, como vimos, foram também incorporadas ao cenário latino americano na condição de alternativa à regulação pela via do mercado. Estas estratégias são questionadas por encaminharem de forma dogmatizada a definição de necessidades sociais, revelando a incapacidade histórica de atualizar alternativas de intervenção e compreensão dos processos sociais.

Em relação a este enrijecimento seria particularmente relevante o fato da esquerda negligenciar a capacidade inusitada do capitalismo de revolucionar constantemente os meios de produção, assim como chama a atenção para ele o fracasso de suas estratégias de ação em mobilizar e fortalecer laços de solidariedade social. Quanto ao primeiro ponto, como discutiremos adiante, a perene transformação dos modos de produção capitalistas não se trataria realmente de uma capacidade intrínseca ao capitalismo. Sua eficácia residiria, ao contrário, nas formas de apropriação, regulação e controle destas transformações, imanentes à vida social, por definição território político por excelência.

Esta divergência na leitura não nos impede de concordar com Campos, pois também nos parece que o movimento de esquerda não conseguiu, e ainda reluta fortemente, em perceber que a revolução que possibilita a configuração do modo capitalista de produção é a

revolução da potência produtiva do coletivo. Deixemos claro que ao fazer essa consideração não a confundimos de forma alguma com a exploração que resulta da apropriação privada dos frutos da produção, exploração assentada e consolidada em relações sociais que garantem a propriedade privada dos meios produtivos. Retomaremos posteriormente este ponto, ao discutir as transformações contemporâneas da produção. Não podemos deixar de sinalizar, desde já, que a potência produtiva do coletivo é de fato o coração pulsante da vitalidade do sistema capitalista, e que as experiências alternativas da esquerda recusaram assumi-la em sua radicalidade, optando pela alternativa do controle e da heterodeterminação do trabalho, estes sim, dispositivos propriamente capitalistas. Limitações tributárias do enredamento nas dimensões macroeconômicas do modelo capitalista, que considera os atores sociais como “vítimas de uma trama macabra, urdida pela acumulação capitalista” (CAMPOS, 2006), e não como sujeitos tanto da permanência, como da transformação dessa realidade.

Na análise que os autores desta matriz conceitual realizam do projeto e da intervenção da esquerda podemos observar a referência à obra de Gramsci, particularmente no que diz respeito à compreensão de que a reforma sanitária depende da configuração de uma nova “consciência sanitária”, uma nova hegemonia. O ponto central desse diagnóstico é a percepção de que é imprescindível compreender as necessidades do processo histórico contemporâneo, afim de afirmar uma nova vontade política e lutar por sua hegemonia cultural. O grande desafio seria fortalecer a potencialidade da saúde pública de tornar-se anticapitalista, o que esbarra na limitação histórica de seu objeto, que tanto na produção de saber, como na prática social, repetidamente foi pautado pelos interesses imediatos do desenvolvimento econômico. Retomando a trajetória das políticas públicas no país, essa limitação surge como um interdito político que limitou sua intervenção e manteve a Saúde Pública “[...] afastada das relações entre capital e trabalho, doença e meio ambiente, saúde e organização social” (CAMPOS, 2006, p.47).

Foi somente no contexto da perda de legitimidade desse padrão de intervenção, ancorada na crise econômica instalada na década de 70 em pleno regime militar, que passou a interessar ao Estado políticas públicas capazes de dar resposta aos diferentes interesses envolvidos, principalmente no sentido de tornar viável o financiamento do sistema de saúde. Seria esse o cenário de redefinição do objeto de trabalho dos sanitaristas, que a partir de então tomam como temática central o planejamento e a administração dos serviços de saúde, sob a perspectiva de sua racionalização e regulação. São adotados modelos desenvolvidos internacionalmente e incorporados critérios a partir campo teórico da Epidemiologia, que

convergem para o ideal de hierarquização, regionalização, integração dos serviços. Seria este o “bonde da história” em que o movimento sanitário embarcou e que

Em certo sentido, pode-se dizer que substituem a antiga “utopia sanitária” da sociedade higienizada e regulada por uma nova utopia – a dos Serviços de Saúde regulados. Propõem a redefinição da política de saúde, entendendo-a como uma reorganização racional dos serviços, em que a lógica do planejamento substituiria a do mercado (CAMPOS, 2006, p.47).

Ao formular essas questões para o movimento sanitário, Campos sinaliza a percepção de que é necessário construir um projeto alternativo àqueles já estruturados, o qual tenha a capacidade de estar aberto à modificação, de acompanhar os desafios e problemas vividos pela população. A crítica realizada refere-se à pretensão assumida pelo movimento sanitário de promover justiça social por meio da racionalização do funcionamento do sistema de saúde, sem considerar os conflitos colocados em sua dinâmica e a necessidade de produção de uma nova cultura. Uma aposta que o autor considera restrita ao escopo de uma mudança estruturalista, focada no aparato jurídico e em mecanismos administrativos, que deixou em segundo plano as pessoas concretas que operariam e usufruiriam do sistema (CAMPOS, 1994, 2006).

No que tange o tema dos sujeitos políticos e de sua atuação, podemos retomar em sua crítica especialmente a sinalização de que o movimento sanitário fez uma escolha tácita de reconhecer o poder executivo como interlocutor político por excelência, a despeito das defesa que faz da participação popular. Argumento também presente na polêmica que o autor abre em relação à programação em saúde, indicando o isolamento social do planejamento como provável explicação para a limitação encontrada pelas tentativas de sua implementação em modificar de modo significativo o padrão de produção de serviços.

Neste ponto consideramos importante retomar a leitura que Campos (2006) efetua da programação em saúde, pois em grande medida sinaliza elementos centrais de sua proposta teórica, das rupturas que institui no campo da saúde coletiva ao contrapor-se à racionalidade que subjaz à tradição hegemônica do planejamento, a qual conforma tanto os modelos de gestão pretendidos e ensaiados até então (ainda que não efetivados de fato, como apontado pelo próprio autor), como, principalmente, o projeto e as implicações políticas que os sustentam.

2.1.1. A racionalidade que fundamenta as propostas da Reforma Sanitária como contraponto a partir do qual se organiza o modelo em defesa da vida

No livro “A saúde Pública e a defesa da vida” (CAMPOS, 2006) é realizada uma leitura da história das políticas de saúde e da tradição sanitária, abordando os desafios então colocados à implementação do SUS e à construção de um modelo tecnoassistencial comprometido com a defesa da vida. Um dos principais interlocutores mobilizados é o grupo paulista responsável pelo referencial teórico da Programação em Saúde. Através do questionamento desta metodologia, dos objetivos que a direcionam e das concepções políticas que a embasam, Campos procura contrapor-se ao movimento sanitário, sempre comprometido com o projeto de racionalização das políticas de saúde e com a centralização e controle de sua condução.

Nesse sentido, explicita particularmente a discordância de que o planejamento, quando apoiado na epidemiologia, possa ser a estratégia mais eficaz em estabelecer normas capazes de determinar o fluxo da demanda por saúde. Para o autor é particularmente complicada a compreensão de que a epidemiologia e a clínica sejam contrapostas e irreduzíveis uma a outra, com conseqüente polarização entre atenção individual e saúde pública. Não haveria fundamento que justificasse sua separação em duas práticas e dois saberes, uma vez que a epidemiologia inclui a medicina, ao recorrer às suas categorias e conceitos como forma de entender e intervir sobre o processo saúde-doença, assim como a Clínica apóia-se no saber epidemiológico em sua própria estruturação.

Segundo Campos (2006), a crítica que a programação atribui à clínica como saber tecnológico seria pertinente, antes de ser tributária à sua lógica interna, ao modo como se estrutura a produção de serviços no capitalismo. Seu valor de uso, que justamente permite sua transformação em mercadoria, não poderia ser negligenciado por ser elemento fundamental na construção de uma nova hegemonia e cultura sanitária. Interessante observar que o próprio autor sinaliza, sem levar adiante na argumentação, “[...] que o desenvolvimento histórico de um saber é determinado pelo modo como é colocado em prática, e que estas duas instâncias estão sempre ligadas” (CAMPOS, 2006, p.63). Embora indique a necessidade de reestruturação do saber clínico, com sua abertura para outros campos disciplinares como “[...] a fisiologia, a patologia, a epidemiologia, a psicanálise, as ciências sociais”, Campos não chega a explorar, contudo, as implicações entre tais fronteiras disciplinares e a constituição de seu objeto de estudo e das relações de poder que o instituem.

A perspectiva antagonista entre Clínica e Epidemiologia que subjaz nos projetos vinculados ao planejamento em saúde para ele é fruto de uma concepção que separa, mecânica e artificialmente, o individual e o coletivo, sem conseguir apreender as relações sociais de determinação do adoecimento e da produção de saúde. De tal sorte que lhe escapam a transversalidade e as implicações histórico-sociais da relação dinâmica entre sofrimento e subjetividade. A distinção entre atenção individual e coletiva na programação revelaria, em suma, a dificuldade do pensamento socialista em compreender e trabalhar a determinação social e histórica do processo de definição das necessidades de saúde.

Este raciocínio funda-se na suposição de que haveria uma dimensão puramente individual do sofrimento, conclusão esta que ignora a historicidade da dimensão subjetiva do sofrimento: a determinação social da relação das pessoas com o envelhecimento, com a dor, privação e a morte. Portanto, mesmo a dimensão individual do sofrimento é sempre produto da história de um certo sujeito vivendo em dado tempo histórico e certo meio social (CAMPOS, 2006, p.69)

Esta questão mostra-se particularmente evidente na contestação do modo como a programação vê a demanda espontânea, como percalço a ser normatizado e regulado, quando não reprimido, na medida em que não se fundamenta no que o diagnóstico epidemiológico reconheceria como necessidades de saúde legítimas. Assim como está presente também na percepção da “camisa de força da programação” como forma de subordinar a prática clínica, transportando do campo da administração o paradigma taylorista de organização do trabalho e a pretensão positivista de “controlar, governar e ordenar” a sociedade com a prática e o saber científicos. Posturas que para o autor explicitam as implicações políticas das escolhas teóricas, o caráter centralizador e autoritário deste modelo de organização das ações de saúde, e demonstra a pretensão de subordinar o homem à norma, ao plano e ao poder da hierarquia.

Desta forma, as diferenças e divergências entre os modelos assistenciais não têm como base, para Campos, apenas questões epistemológicas. São posições e opções políticas que as distinguem, o que pode ser também remetido à referida contraposição entre clínica e epidemiologia, cuja integração encontra “[...] obstáculos muito maiores de ordem política do que de caráter metodológico” (CAMPOS, 2006, p.68). Obstáculos estes que estariam estreitamente arraigados na crença marxista que atribui à “[...] 'ciência' uma capacidade absoluta de regular a vida, e, portanto, ao Planejamento (a aplicação teórica desta 'ciência') o poder de ordenar *democrática e racionalmente* a sociedade” (CAMPOS, 2006, p.155).

Uma presunção de cunho tecno-burocratizante, para a qual o Estado é o agente primordial da transformação social, concepção assumida pelas opções políticas do movimento

brasileiro de reforma sanitária, que supõe a transformação da vida em sociedade como decorrência da intervenção estatal. Perspectiva que justifica a opção pela estratégia de conquistar e conservar o poder de Estado, como forma primordial de construção de uma sociabilidade democrática. Assim como explica ademais a localização dos tecnoburocratas como protagonistas da reforma sanitária, gerando uma cultura de assessoria, da transcendência dos planejadores e do planejamento e do lobismo de esquerda (CAMPOS, 1994).

Neste aspecto nos parece particularmente interessante a concepção de política que embasa a análise feita pelo autor, na medida em que exercita uma ampliação de seu significado para além do Estado, articulando suas implicações ao campo da produção de conhecimento.

Como consequência dessa crítica, o modelo em defesa da vida coloca-se claramente como alternativa às características que decorrem da racionalidade do planejamento como padrão de intervenção do Estado. Parte, portanto, da contraposição à permanência de categorias enraizadas na racionalidade econômica, eixo constitutivo da matriz conceitual do planejamento. São questionados principalmente a centralidade das noções de produtividade e rentabilidade como definidoras da eficácia da gestão dos serviços e do sistema de saúde, as quais interferem diretamente na normatização da assistência efetivada pela programação em saúde e pela teoria dos Distritos Sanitários. Segundo Campos (1994) “comumente o planejamento não consegue perceber que o social nunca é só uma abstração estatística, mas que também se encarna no doente e em sua doença transformando-se, todos, numa mesma coisa (p. 62).

Este aspecto, entre outros levantados, como por exemplo as disputas pelos postos de mando e pela prerrogativa de regular as normas do complexo médico hospitalar, explicariam a incapacidade das reformas empreendidas em reverter a hegemonia do projeto privado no campo da saúde. A permanência do modelo médico-liberal privatista é identificada pelos autores (CAMPOS, 1989; 2006; 2007; MERHY, 2002; 2007) como marca tanto das instituições públicas de saúde, como das privadas, tanto do saber clínico, como da saúde pública. Crítica remetida ao caráter ritual, à tendência que a Clínica apresenta de medicalização e predomínio do interesse econômico, mas que também se direciona à Saúde Pública, a sua história sempre vinculada à dominação política e econômica. Estes dois modelos de assistência não teriam assumido como questão fundamental a luta contra o sofrimento, a dor, a doença e a morte.

A força do projeto privado no campo da saúde explicaria em grande medida o fato de que as práticas de saúde tendem a produzir trabalhadores dependentes de atividades meio, que apresentam dificuldade de comprometer-se no fazer cotidiano com o que se considera explicitamente como finalidade das ações de saúde. Seria este um modelo de atenção centrado na produção de procedimentos médicos, com custo tendencialmente cada vez mais elevado, e calcado em ações individuais fragmentadas, cuja reunião se realiza por simples somatória. Os projetos terapêuticos não expressam compromissos efetivos com a produção de atos eficazes em saúde, produzindo, em contrapartida, a objetivação dos usuários e a conversão de profissionais em “insumos produtores de outros insumos”(MERHY, 2005). Embora apresente discursivamente a medicina como prática humanitária, no modo privado de produzir serviços a doença converte-se em mercadoria, consolidando em torno dessa relação mercantil um conjunto de conhecimentos administrativos, centrados no hospital e em sua percepção como unidade isolada dos demais serviços.

Esse estilo administrativo é também um dos que melhor se coaduna com o estilo de governar que utiliza o clientelismo como uma das formas de reprodução dos esquemas de poder. [...] Tal confluência de determinações – de um lado a dinâmica do mercado e de outro o jogo do fisiologismo no aparelho estatal – fez desse estilo de gestão o padrão hegemônico de administração sanitária no Brasil (CAMPOS, 1989, p.19).

Desta forma, as conformações político-institucionais da produção de saúde nos estabelecimentos públicos são entendidas como resultantes dos entrelaçamentos e da articulação entre: produção dos atos de saúde, organização do poder entre as profissões, as estruturas burocrático-administrativas e as formas de representação e significação de riscos e doenças (MERHY, 2005). Motivo pelo qual o modelo privado de atenção exerce o papel de importante vetor de determinação dos processos de produção de saúde.

Na avaliação deste autores (CAMPOS,1989; 2006; 2007; MERHY, 2002; 2007) , o modo de produção característico deste modelo tecnoassistencial responde por grande parte das dificuldades encontradas pela reforma sanitária em radicalizar o projeto democrático. As intervenções efetivadas não conseguiram romper com sua atualização e com as formas como historicamente se estabeleceram os critérios de definição do são ou não necessidades de saúde, e os meios apropriados de sua abordagem e enfrentamento, assim como não lograram desconstruir a condição do usuário de “depositário” de problemas de saúde, legitimados exclusivamente em função do saber de que são portadores os profissionais.

Seria essa limitação do projeto de reforma fruto e consequência da negatividade do saber que o fundamenta, e que pode ser também associada à grande influência exercida pelos organismos internacionais, como a OPAS e a OMS, na construção dos modelos concretos de atenção a saúde que marcaram as políticas públicas reformistas.

Ainda não conseguimos, historicamente, realizar a negação/superação das práticas tradicionais; ou seja, mais criticamos e apontamos seus limites do que fomos capazes de construir propostas alternativas de atenção [...] penso que o emprego da noção de modelo pode contribuir para facilitar a passagem por estes vazios de projeto. Nesse sentido, Modelo deveria ser uma negação que afirma, ainda que provisoriamente, já que nunca deveríamos desligar os dispositivos críticos – produtores de negatividade – e nem aqueles do compromisso com as necessidades do cotidiano – produtores de ações de afirmação, de ações deliberadas dadas determinadas condições (CAMPOS, 1994, p.59).

O argumento de legitimidade proporcionado pelo recurso a conhecimentos científicos na normalização das noções de saúde e doença explicitaria a necessidade de alterar a relação de autoridade entre ordem médica e sociedade civil. Nesse sentido, a transformação concreta das práticas de saúde deveria partir desse desafio central, objetivo que na avaliação dos autores citados o movimento sanitário brasileiro não demonstrou entender como prioritário.

Ao contrário, as disciplinas ordenadoras do campo da saúde não romperam com essa prerrogativa normalizadora na operacionalização da reforma sanitária, criando um conjunto de regras e procedimentos dificilmente efetiváveis nos serviços públicos. Na compreensão de Campos (1994) essa forma de configuração do sistema de saúde pode ser diretamente vinculada à adoção (mecânica) de diretrizes ordenadoras, particularmente as noções de hierarquização e regionalização, cuja presunção racionalizadora excluiria de seu campo de consideração a especificidade das condições sociais locais e das histórias individuais. Deste modo, a definição a priori e rígida das atribuições e ações das unidades, equipes e profissionais resultaria no enquadramento heterodeterminado dos que buscam assistência e dos demais sujeitos envolvidos nos processos de trabalho.

A crítica a essa dimensão normalizadora das políticas de saúde não desconsidera os avanços que sua utilização implementou, mas procura questionar o ideário que pretende o sistema no formato rígido de uma pirâmide, e que termina por sufocar com seu peso “as necessidades expressas pela demanda e as possibilidades de agir criativo dos profissionais, tornando-se elemento de burocratização e fechamento dos serviços públicos” (CAMPOS,

1994, p.61). O caso da conformação do sistema de saúde de Ipatinga narrado por Merhy (1994) é citado como exemplo, já que

A maneira programática que se organizou a assistência estava começando a gerar seus próprios problemas, ao não tratar de uma maneira mais pública o conjunto dos interesses dos usuários, em particular, ao não considerar determinadas demandas por serviços como relevantes para um modelo de vigilância a saúde (p.128).

As técnicas sanitárias teriam se convertido em uma espécie de “camisa de força”, com função abusivamente normalizadora ao não reconhecer em suas estratégias de intervenção que as condições de produção e reprodução da vida em dadas circunstâncias históricas podem ser constituídas de modos heterogêneos. O foco desta crítica é inegavelmente a organização do sistema de saúde em forma de pirâmide, com o objetivo de hierarquizar os níveis de complexidade da atenção a saúde.

A normatização do fluxo dos serviços com estabelecimento de critérios de referência e contra-referência, e com a definição da atenção básica como porta de entrada ideal é amplamente defendida no movimento de reforma sanitária como estratégia de racionalização. Por meio desta normatização do fluxo da demanda, o sistema de saúde garantiria a adequação dos espaços tecnológicos às necessidades de saúde da população.

Cecílio (1997) indica vários motivos que justificaram a opção por esta forma de organização da assistência: o objetivo de expansão da cobertura e democratização do acesso; a percepção de que a rede básica é o espaço ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico; a busca pela racionalização dos recursos restritos do setor, garantindo o acessos do usuários aos diferentes níveis tecnológicos; a aproximação do serviço à residência do usuário, favorecendo a continuidade da atenção e a criação de vínculos entre equipe e clientela; e a garantia de critérios seguros para priorização de investimentos (em equipamentos e recursos humanos). Como salienta o autor,

Podemos dizer que a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social no que ele tem de específico para o setor saúde (CECÍLIO, 1997, p.471).

No acontecer real das práticas e serviços de saúde, contudo, esta intenção racionalizadora jamais se efetivou, permanecendo como ideal técnico. A rede básica não conseguiu transformar-se em porta de entrada primordial do sistema, a despeito de todo

investimento na Estratégia de Saúde da Família. Os hospitais, com seus serviços de urgência e emergência, seguem sendo a opção mais acessada por grande parte da população, especialmente nos centros urbanos, o pode ser visualizado no perfil de morbidade atendido nesses espaços, em grande medida respondendo a demandas tecnicamente identificadas como relativas à atenção primária. A dificuldade de acesso aos serviços especializados, ao apoio diagnóstico e terapêutico, e cirurgias eletivas é um cenário compartilhado em todo território nacional, justificando a procura dos serviços de urgência e emergência hospitalares como porta de entrada e opção de acesso aos níveis considerados secundários e terciários de atenção.

Na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS – algo em torno de 80% da população – têm que montar o seu próprio “menu” de serviços, por sua conta e risco, buscando onde por possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o povão é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível (CECÍLIO, 1997, p.472).

O modelo em defesa da vida advoga, por sua vez, que os serviços de saúde deveriam incorporar um padrão de plasticidade tal, que permitisse a adequação oportuna de suas técnicas, políticas e diretrizes administrativas (CAMPOS, 1994). Ao invés da utilização transcendente de diretrizes ordenadoras, representadas pela clássica pirâmide e sua organização dos níveis de atenção, no dizer de Campos (1994) o sistema de saúde deveria configurar-se como um redemoinho de ponta a cabeça. Não uma estrutura enrijecida por normas e programas, mas um fluxo estruturado que tomasse a política como estratégia de mediação, no qual as tradicionais divisões da atenção à saúde em níveis de complexidade teria seus limites borrados sempre que possível, no sentido da expansão do papel da rede básica.

Cecílio (1997), por sua vez, corrobora essa leitura enfatizando a necessidade de se pensar em fluxos e circuitos dentro do sistema que possibilitassem a relativização da concepção verticalizada, aproximando-o de um círculo. Uma organização em movimento que garantisse múltiplas alternativas de entradas e saídas, rompendo com a lógica da hierarquização. Todas as portas de entradas seriam entendidas como espaços oportunos para acolhimento e reconhecimento das necessidades de saúde da população, de suas vulnerabilidades e fatores de risco, sendo a partir desse reconhecimento que o caminhar de cada usuário pela rede de atenção seria delineado. O sistema como um todo assumiria, com isto, a responsabilidade pela integralidade da assistência, incorporando como dispositivos técnicos essenciais as noções de vínculo, acolhimento e responsabilização, e como valores

centrais a humanização do atendimento e o comprometimento com a defesa da vida das pessoas. Propõe-se, portanto, um novo desenho de modelo assistencial configurado a partir dos movimentos reais, dos desejos e necessidades dos usuários, o qual requisita em sua concretização novas tecnologias de trabalho e gestão, capazes de qualificar todas as portas de entrada, entendendo a rede de acesso como grande problema a ser enfrentado.

A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a idéia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997, p.477)

Nesta proposta a saúde é significada como bem público, o agir em defesa da vida como valor e especificidade do trabalho em saúde. Concepção que aposta na aproximação entre técnica e política, colocando o conceito de modelo de atenção como ponte, intermediação entre a forma de concretização de políticas sanitárias e o saber técnico, que se efetiva como arranjos variados de recursos. Nessa acepção o conceito é esvaziado do sentido de normas e regras que condicionam em abstrato determinado desenho organizacional e técnico do sistema, sendo remetido ao modo como são produzidas e distribuídas ações de saúde, a forma como ocorre a tradução de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, epidemiológicos e sócio-culturais em práticas concretas de saúde (CAMPOS, 1989; 1994; 2007).

Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia. [...] Um movimento que procure desmentir a pretensa pureza e neutralidade do discurso técnico, que se imagina potente para instituir automaticamente a conformação das práticas sanitárias; e, ao mesmo tempo, supere o ainda alto coeficiente de negatividade mesmo do discurso cidadão (CAMPOS, 1994, p.58).

O modelo tecnoassistencial em Defesa da Vida corresponderia à conformação de dispositivos institucionais que investissem na construção de novos arranjos organizacionais, novos tipos de compromisso e relacionamento entre técnicos e população nos processos de produção de saúde. “Defender a vida é reconhecer que a vida tem uma medida quantitativa (anos de vida ganhos, a sobrevivência) e uma outra qualitativa (o prazer de viver)” (CAMPOS, 2005, p.32). Dimensões igualmente importantes e que devem combinadas na intervenção em saúde, considerando-se particularmente que a significação qualitativa apenas

os usuários podem estabelecer, o que requer sua participação na definição dos projetos assistenciais. Por isto, uma dimensão fundamental deste modelo é construção de uma implicação ativa dos usuários na produção de sua própria saúde e na forma como enfrentam os processos de adoecimento. O trabalho das equipes deve orientar-se no sentido de fortalecer a capacidade destes atores de pensar-se num contexto sócio-cultural específico, ampliando a autonomia e as possibilidades de intervenção no mundo. Diretriz que pode ser balizada por cinco critérios: a busca de maior eficácia na produção de saúde; o aumento da capacidade de gestores e equipes de estabelecer contratos e compromissos com os valores que determinam as concepções de saúde e doença de cada grupo social; a preocupação com a eficiência da organização da rede de serviços; a produção do menor dano possível e o compromisso com o “efeito paidéia”, ou seja, a produção de autonomia e autocuidado de usuários e comunidades (CAMPOS, 2005).

A reformulação das práticas e modelos de saúde nesta direção é confrontada com as características dos modos hegemônicos de assistência, o que aponta para a importância de uma clínica ampliada, resultante da redefinição de seu objeto para além da doença. Um recomposição tanto do objeto, como de objetivos e meios de trabalho em saúde que considerem os sujeitos e sua possibilidade de adoecer, e não restritamente a doença, tornada entidade patológica.

Um esforço em expandir a finalidade da assistência em suas fronteiras, que não deixam com isso de buscar a cura, reabilitação e o alívio do sofrimento, mas passam a ter como projeto a produção de saúde como expansão do coeficiente de autonomia e de autocuidado dos sujeitos. Aliás, uma ampliação da própria noção de sujeitos, que inclua a família, os agrupamentos institucionais, enfim, não somente os indivíduos, mas também os diferentes coletivos. Modificação que implica em novos modos de realizar o trabalho, em escutar a demanda e intervir terapêuticamente, desfocando o projeto assistencial do uso quase exclusivo de medicamentos e procedimentos.

A humanização da relação instituição/usuário no âmbito da rede é mapeada como questão constitutiva a direcionar a intencionalidade dos mecanismos e projetos de articulação entre técnica e política neste modelo, tomando como central o problema do acolhimento das demandas por saúde. Um aspecto fundamental é o sentido conferido ao termo humanização, que pretende abarcar tanto a perspectiva do usuário, como do trabalhador, na medida em que incorpora como nexos fundamentais da configuração do modelo a humanização do processo de trabalho. Tratar-se ia, assim, da construção de um processo de gestão que mobilizasse o exercício da autonomia do trabalhador, sem desconsiderar a necessidade de controle público,

pautado pela defesa da vida como objetivo maior (MERHY, 1994). A acolhida seria justamente o dispositivo que reúne o acesso a atendimentos e a plasticidade do modelo de atenção numa determinada conformação tecnológica, que desenharia o modo de produção de saúde reunindo atributos como

[...] capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais (CAMPOS, 1994, p.63).

A noção de vínculo seria outro eixo constitutivo do modelo, pensado como dispositivo capaz de aumentar a eficácia das ações de saúde e intervir nos processos de objetivação dos usuários, já que só há construção de vínculo entre dois sujeitos. Vínculo como circulação de afetos, confiança e desconfiança, mas, sobretudo, reconhecimento da necessidade da relação. Para uns importante por resolver problemas de saúde, para outros espaço fundamental para o exercício profissional. Dependência mútua, portanto, que institui a relação.

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se constituirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir, de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados (CAMPOS, 2005, p.69).

Não se presume que o vínculo seja necessariamente positivo, conveniente ou consciente, uma vez que frequentemente os sujeitos não conseguem identificar o padrão de vínculo estabelecido. (CAMPOS, 2005). Ainda assim, tal relação introduz no espaço dos serviços uma forma bastante efetiva de controle social (CAMPOS, 1994), a saber, o controle realizado pelos próprios envolvidos no momento mesmo da produção das intervenções de saúde. A idéia de contrato terapêutico é referida como estratégia de articulação e explicitação da relação de compromisso essencial à construção do vínculo.

A eficácia deste modelo de atenção, que se volta aos objetivos de acolhida integral aos problemas de saúde e vínculo, exigiria o exercício de autonomia e responsabilidade técnico-gerencial. A gestão democrática e a instituição de mecanismos de controle social, avaliação e atribuição transparente de responsabilidades são elementos norteadores, e indicam a compreensão e a aposta na constituição dos serviços públicos como espaços de disputas entre

os diferentes atores implicados. A construção de novas relações de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde e a uma nova forma de gerir o processo institucional são questões centrais ao modelo.

Em suma, poderíamos enunciar como estratégias do modelo em defesa da vida não apenas a questão do acesso, do acolhimento e da construção de relações de responsabilidade e vínculo entre usuários e profissionais, mas também objetivos como resolutividade da atenção e o aumento da autonomia do usuário no seu “modo de andar a vida”. Autonomia que deve ademais ganhar expressão nos mecanismos de gestão dos serviços, na forma como estes elegem e dispõem de opções tecnológicas na organização do trabalho coletivo, inclusive no que tange a articulação das unidades entre si em sua conformação como rede de serviços.

Ao discutir a conformação concreta a ser operada pelo modelo assistencial em defesa da vida, Merhy (1994, 2005, 2007) apropria-se do conceito de tecnologia forjado por Gonçalves, redimensionando a partir dele a composição tecnológica do trabalho em saúde. Em sua leitura a concretização específica dos diferentes modelos de atenção na saúde insere-se numa maneira peculiar de valorizar o mundo, tornando o território tecnológico assim forjado um produto de disputas entre os vários sujeitos e forças sociais implicados. A operação de determinado modelo assistencial representa, nesse sentido, a explicitação e concretização da finalidade da ação em saúde, revelando em seus delineamentos os interesses e agrupamentos de força de que resultam.

O conceito de tecnologia não é apropriado como equivalente de equipamentos e máquinas, acepção corriqueira, divulgada e consensuada no imaginário social, que entende comumente tecnologia como o progresso da ciência na composição dos artefatos do “moderno” e do “novo”. Endossando a discussão realizada por Gonçalves, para este autor, tecnologia condiz “ao proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades” (MERHY, 1994, p.124), na leitura que estes efetivam do processo saúde-doença, do mundo humano em sua condição de circulação entre o normal e o patológico, entre a vida e a morte. Enfim, é o saber que gera as opções tecnológicas em saúde, e as principais tecnologias enunciadas como componentes do modelo em defesa da vida são os conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão. Desafios que partem da compreensão de que “os próprios trabalhadores são portadores de saberes eficazes e os criadores das várias opções tecnológicas” (MERHY, 1994, p.144), o que os torna sujeitos capazes de interseções que medeiem a afirmação de relações autonomia, possíveis na medida em que as exercem também na própria gestão do trabalho em saúde.

Antes, contudo, de mapear os conceitos mobilizados e engendrados nesta matriz em suas interseções constitutivas com a gestão em saúde e a política, consideramos necessária a discussão que os autores realizam acerca do trabalho e de suas transformações contemporâneas, tematizando-as particularmente a partir das implicações e especificidades do trabalho em saúde.

2.2. Configuração tecnológica do trabalho em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em ato.

A dimensão tecnológica do trabalho é entendida como resultante de uma dupla requisição presente no processo de produção, que por um lado exige o emprego da razão instrumental e por outro não pode efetivar-se sem recorrer à razão teórica. Isto porque, apesar de ser guiada pela materialidade e objetividade dos fins pretendidos, a produção não pode acontecer sem o emprego de “[...] saberes que permitem, em um dado processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo” (MERHY et. al., 2007, p.127), sendo especificamente este o núcleo comum de sua composição tecnológica. Nesse sentido, o conceito ampliado de tecnologia a que recorre Merhy (2005, 2007) incorpora também em seu escopo a organização dos processos produtivos, as ações e as relações humanas. Como consequência o autor conceitua três categorias de tecnologias empregadas na saúde, nomeadas duras (máquinas, normas, estruturas organizacionais), leve-duras (saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (relacionais, subjetivas).

As tecnologias duras equivalem à produção de máquinas-ferramenta. A instrumentalização do processo produtivo que realizam não ocorre, contudo, apenas pela existência do equipamento propriamente dito, uma vez que sem o trabalho engajado em sua operacionalização tais recursos não poderiam ser efetivos. Deste modo, as tecnologias duras não apresentam razão por si mesmas, sua intencionalidade é inteiramente dependente de determinado saber-fazer, do modo tecnológico de agir e organizar a produção em certas relações sociais. Assim, os saberes (relativos ao uso e ao fazer) requeridos pela produção respondem pela mobilização concreta de tais instrumentos a partir de uma racionalidade instrumental por meio de tecnologias do tipo leve-dura, ou seja, pelos saberes estruturados que operam o processo de trabalho, como no caso da clínica, da epidemiologia e das teorias administrativas (MERHY, 2005). As tecnologias leves, por sua vez, concernem aos processos

relacionais e subjetivos, como o vínculo e o acolhimento. Apesar de serem pouco estruturadas, de fato comandam os processos cotidianos de configuração tecnológica, sendo o momento de definição da incorporação de outras tecnologias.

Os conceitos de tecnologia apresentados fundamentam-se na teoria marxista, na compreensão do trabalho como atinente ao processo de mútua produção engendrado pela relação homem/mundo. O trabalho sendo entendido como recorte interessado do mundo, sempre precedido de uma intencionalidade que se projeta nas atividades que o compõem e que determina a articulação e organização de saberes tecnológicos em modos de produção, para os quais importam especialmente as relações conformadas entre trabalho vivo e trabalho morto.

O trabalho morto, em seus distintos componentes, é definido como todo resultado de um trabalho anterior cristalizado no processo produtivo, aproximando-se claramente tanto da noção de tecnologia dura, como da leve-dura, posto que inclui também os saberes tecnológicos que atuam como elemento fundamental de captura do trabalho vivo. Essa colocação explícita por si o jogo de forças fundamental que subjaz à configuração tecnológica do trabalho nesta abordagem, sempre refém da tensão entre autonomia e controle, da polarização entre o trabalho morto e o trabalho que se realiza em ato no processo produtivo, com sua potencialidade instituinte. Lógica de ordenação e normatização que ocorre desde a delimitação e definição do objeto de trabalho, passando pela organização do processo de produção e chegando ao seu produto final. Toda uma conformação de padrões a serem seguidos, numa tentativa de limitação da articulação de outras práticas de normalização e renormalização, derivadas do autogoverno dos trabalhadores, sob o risco de se desarticulação da vinculação entre produção capitalista e os mecanismos de criação de valor.

As possibilidades instituintes do trabalho estariam imbricadas com a forma como o trabalho vivo em ato constitui-se como campo de operação das tecnologias leves, convocadas a atuar em duas dimensões: como “[...] um certo modo de governar, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como certa maneira de agir para produção de bens/produtos” (MERHY et. al., 2007, p.121). Apesar dos efeitos de captura derivados de todo o acúmulo de trabalhos anteriores, as duas dimensões citadas requisitam o exercício de autogoverno, da influência concreta do trabalhador, da mobilização de “sua história, suas habilidades, sua inteligência, sua capacidade inventiva (MERHY, 2005, p.44) no modo como se compõem e operam os saberes tecnológicos.

A amplitude dessa liberdade desenha-se como conseqüência de processos mais ou menos estruturados, aspecto que esclarece a estreita aproximação entre autonomia e processos

de trabalho centrados em tecnologias leves, como é o caso da saúde. “Claramente o momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato” (MERHY, 2005, p.45), havendo atividades em que a liberdade é maior e outras em que ela é menor, situações onde pode ocorrer tanto uma captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, como o contrário, uma ruptura.

Este tema, a tensão entre autonomia e controle na organização do trabalho, faz-se presente em diversos debates teóricos, abrangendo um espectro polarizado de implicações políticas. De Marx a Taylor podemos identificar o reconhecimento de sua centralidade na configuração dos modos de produção. Merhy (2005) sinaliza que a leitura marxista reconhece a fábrica como local em que o trabalho vivo mostra-se completamente capturado pelo trabalho morto, sendo que a única possibilidade de libertação seria a formação de uma consciência de classe no contexto externo ao mundo das atividades produtivas.

Taylor, ao contrário, desde sua extrema identificação ao regime capitalista, demonstrou reconhecer que o recurso às tecnologias duras não era suficiente como meio de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, tornando-se necessário um conjunto de tecnologias de gestão, de modo a não permitir a conformação de linhas de fugas. Apesar da intencionalidade que justifica essa proposição, a afirmação de Taylor reconhece a potência do trabalho vivo, sua sempre atualizada descaptura diante das relações de produção estabelecidas pelo trabalho morto.

A gerência surge justamente como o mecanismo por definição da limitação da liberdade e da autonomia constitutivas do trabalho. Uma certa tecnologia que toma como seu objeto a prática de heterodeterminação das demais formas de atuação em ato no processo de trabalho. Função que expõe como pano de fundo o fato de que a experiência Taylorista simboliza o próprio reconhecimento da necessária existência de um certo autogoverno do trabalhador no processo de trabalho, com a qual inelutavelmente as organizações capitalistas precisam conviver.

O autor resgata a discussão atual sobre a mudança do padrão de organização do capitalismo e seus efeitos na mudança do processo de trabalho em geral, indicando que suas transformações tecnológicas não decorrem apenas do recurso às novas máquinas, mas particularmente novos modos de gerir as organizações, voltados para manutenção da captura do trabalho vivo em ato e de sua adaptação à natureza do processo produtivo capitalista. Retomando as leituras de Peter Drucker, observa a contaminação do setor terciário no mundo da produção material como a grande característica destas modificações, em que o conhecimento adquire papel de principal força produtiva. Tal conformação converge com a

busca atual por tecnologias que não sejam efetivas somente no controle do trabalho vivo em ato na produção de bens, mas também no controle de sua própria capacidade de mudanças, em sua conformação à cadeia produtiva material. Em outras palavras, a revolução tecnológica contemporânea, em seu esforço descolonização do mundo do trabalho, decorre justamente do papel que o trabalho vivo em ato vem adquirindo no interior dos processos de trabalho em geral, de sua abertura ao novo e à possibilidade de mudança, horizonte (ainda que embaçado) de autonomia e liberdade que revela a dimensão política por excelência da atividade de trabalho, como indica o próprio autor:

[...] o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal) (MERHY, 2005, p.44).

A crítica que Merhy (2007) direciona a Ricardo Bruno Gonçalves diz respeito à desconsideração desta potencialidade revolucionária do trabalho vivo em ato, de sua capacidade de interrogar o processo de trabalho, já que o autor restringe a superação do modo hegemônico de produzir saúde a uma possibilidade externa ao próprio modelo, a sua confrontação com um modelo alternativo previamente estruturado a partir de uma intencionalidade diversa. Como salienta Merhy, para ele “cabe encontrar os agentes sociais deste novo modelo e não produzi-los em processo” de modo que “os modelos em si tornam-se sujeitos plenos da conservação e/ou da mudança, e os homens seus substratos” (2007, p.107).

2.2.1 Especificidades do trabalho em saúde na perspectiva da micropolítica do trabalho

A aposta realizada por Ricardo Bruno Gonçalves no que tange o trabalho em saúde é centrada na capacidade dos modelos assistenciais de estruturá-lo e determiná-lo, apesar da intencionalidade dos agentes produtivos. Em sentido claramente oposto, Merhy (2005, 2007) propõe que o modo como os modelos tecnoassistenciais em saúde se concretizam cotidianamente nos serviços deve ser analisado a partir do emprego das tecnologias leves, particularmente do espaço de autogoverno que a caracteriza, e de suas formas de articulação e mobilização das demais tecnologias.

Isto porque, a especificidade do trabalho em saúde reside justamente na centralidade que o momento de encontro entre usuário e profissional possui. Diferentemente do trabalho

fábrica, em que a relação entre o consumidor e o processo produtivo decorre da intermediação do objeto produzido, no setor de serviços essa separação não se efetiva com tal nitidez, já que o consumo acontece no mesmo momento da ação produtiva. A produção não pode ser então entendida como prerrogativa exclusiva do profissional de saúde, cujo trabalho depende do estabelecimento da relação com o usuário.

A produção de intervenções em saúde é desenhada, portanto, de modo particular pela presença das tecnologias leves na relação com o usuário final, no espaço interseção que se conforma neste encontro. Segundo Merhy (2005), tal espaço não pode ser compreendido sem a consideração de sua configuração “quase estruturada”, posto que tanto usuários, como trabalhadores instituem necessidades e atuam como forças na dinâmica de interseção entre produção e consumo.

Neste encontro, componentes fundamentais das tecnologias leves são expressos, quando o consumidor do ato assistencial, na ambigüidade de sua inserção (tanto sendo objeto da intervenção, como sujeito da relação) apresenta intencionalidades, conhecimentos, desejos e representações reunidos em determinadas formas de elaborar necessidades de saúde. Formas não necessariamente convergentes com as dos profissionais, cujos saberes e práticas específicas lhe conferem posição diferenciada no processo de definição da intencionalidade e condução desse espaço de interseção. “O que revela que a análise do processo interseção que se efetiva no cotidiano dos encontros pode evidenciar a maneira como os agentes se põem como ‘portadores/elaboradores’ de necessidades nesse processo de interseção partilhada” (MERHY, 2005, p.59).

A marcante presença das tecnologias leves no trabalho em saúde responde, em decorrência, pela centralidade que o trabalho vivo em ato possui nesse processo, restringindo a amplitude das possibilidades de sua captura na relação com o trabalho morto, na organização do modelo produtivo. Em outros termos, “a captura global do autogoverno nas práticas de saúde é impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho” (MERHY, 2007, p.98). As escolhas em ato de que depende a produção em saúde, como condição para sua realização, conferem ao profissional um grau significativo de liberdade na conformação e concretização do trabalho.

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de

encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY et. al., 2007,p.120).

As tecnologias que engendram a forma como ocorrem as relações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde podem exercer a condição privilegiada de mecanismo analisador estratégico dos modelos assistenciais. Seu questionamento permite expor as intencionalidades em jogo no momento da produção, interrogando o sentido das práticas de saúde.

Na medida em que certas características do modelo assistencial permitem ao trabalhador de saúde responder exclusivamente pela liberdade que a dimensão pouco estruturada de seu processo de trabalho possui, coloca-se em consequência a possibilidade de privatização do uso desse espaço decisório. Se por um lado a autonomia do trabalho vivo em ato é ampla em relação aos movimentos de captura pelas tecnologias mais estruturadas, por outro também pode desvincular-se das necessidades de saúde da população.

Merhy indica a importância que as tecnologias leves podem adquirir, quando tomadas como recurso de publicização do espaço de autonomia que caracteriza a atividade profissional em saúde, objetivo que o autor identifica como fundamental à gestão no modelo em defesa da vida. Pensar a gestão a partir desse desafio seria apostar nos atravessamentos que as distintas lógicas instituintes forjam. Seria, no dizer do próprio autor, a abertura da “caixa preta” das tecnologias leves, a intervenção em processos capazes de promover alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde (MERHY, 2007).

A tensa relação entre produção, consumo e necessidades de saúde faz com que o objeto de trabalho esteja sempre em estruturação, com grande imprecisão quanto aos padrões que qualificam os resultados pretendidos, especialmente quando o tema das necessidades é recolocado para além do julgo da carência. Necessidades pensadas também como potência e desejo de ser, de constituir-se, o que não implica desconsiderar que são muitas vezes expressas ou resignificadas pela influência exercida pelas tecnologias dos saberes estruturados.

Para o autor tais imbricações, constitutivas da abertura permanente do trabalho à elaboração das necessidades de saúde, não permitem o julgamento peremptório da eficácia dos dispositivos tecnológicos. Sua avaliação não concerne unicamente ao emprego e adequação do processo de trabalho em relação a certa racionalidade instrumental. Condiz, antes, às estratégias com que podemos interrogar as intencionalidades que gerem o trabalho vivo em ato, ao modo como opera essas dimensões tecnológicas, o diálogo que concretiza com expectativas e desejos apresentados pelos usuários e pelos próprios trabalhadores. Enfim,

como atua o trabalho vivo em ato na invenção em processo destas necessidades, “no fazer [...] se publiciza para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto na intimidade entre o repensar a micropolítica do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão”(MERHY, 2007, p.111). Questão que consideramos atinente à construção da direcionalidade do trabalho em saúde, sua implicação e comprometimento com determinados valores, em suma, à sua dimensão política, na interface que exige e instaura com os processos de gestão.

Procurando pensar essa validação ético-estética, Merhy (2007) explicita a produção do cuidado como o sentido social e contemporâneo do agir em saúde, a dimensão comum que identifica e faz convergir as diferentes intervenções que compõem o campo, historicamente fragmentado pela demarcação das fronteiras profissionais e de seus respectivos saberes tecnológicos. “Estas duas dimensões estão presentes em qualquer produção de atos de saúde e se vão definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos (MERHY, 2005, p.102).

O desafio dirigido ao modelo em defesa da vida seria a redefinição de espaços de relações entre os vários atores envolvidos, operando dispositivos que contaminassem a dimensão profissional-centrada da ação em saúde por esta implicação comum. A articulação desse território, em que todo profissional é sobretudo um operador do cuidado, pode incidir sobre as relações de poder que determinam o trabalho em saúde. A valorização desse núcleo cuidador comum seria uma referência ética a potencializar a cooperação e a prática de compartilhar a prerrogativa decisória na equipe.

Nesta compreensão, todo profissional de saúde é um operador do cuidado. Ou seja, todo profissional deve assumir como parte de seu trabalho tanto a prática clínica específica, como a gestão do projeto terapêutico, responsabilizando-se pelo processo de cuidar e mobilizando a rede necessária para sua concretização, o que inclui inclusive o esforço de mediação em relação aos demais profissionais. A constituição deste núcleo comum requer claramente uma atuação intensa no plano das tecnologias leves.

Este modelo [em defesa da vida] deve também estar atento aos processos organizacionais, que nestas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliação coletivas (MERHY, 2005, p.131).

Em resumo, na perspectiva a partir da qual o autor discute o trabalho em saúde aproximar-se das necessidades do usuário significa pensar o modo como se materializa a micropolítica dos processos de trabalho, atravessando e articulando saberes, distintas tecnologias, profissionais, ações e mesmo concepções sobre saúde e doença. Significa, sobretudo, não perder de vista a dimensão cuidadora comum implicada no trabalho em saúde, e as requisições que ela interpõe à gestão, em seu operar o jogo de forças entre interesses e intencionalidades diversas (dos usuários, corporativas e mesmo organizacionais).

Em nossa análise, ao trazer para o campo da saúde a abordagem micropolítica do trabalho, ancorando-se nas ofertas proporcionadas especialmente pela esquizoanálise de Deleuze e Guattari, Merhy agencia um outro conceito de política. Embora não o enuncie formalmente, neste plano conceitual a política distancia-se da tradição que a aprisiona seja ao âmbito estatal, seja ao jogo estratégico, para o qual importa a derrota de interesses contrários.

Nesta outra apreensão, a política mostra-se constitutiva do agir, de seus efeitos cotidianos na produção das instituições e realidades sociais, expondo que “[...] todo o processo de trabalho e de interseção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam, como forças instituintes, suas instituições” (MERHY, 2005, p.60). A micropolítica do trabalho em saúde é apresentada como contexto de disputa de forças distintas, desde forças racionais, até os processos imaginários e desejantes. Como ressalta o autor (MERHY, 2005), não cabe, portanto, a noção de impotência quando se constata a sua abertura ao trabalho vivo em ato. O que não significa desconsiderar que as linhas de fuga se compõem nas fissuras de processos instituídos, em que tende a prevalecer certa lógica estruturada da produção. Isto, contudo, não significa a contenção da potência constitutiva do trabalho. Pelo contrário, a faz presente em todo contexto da produção de atos de saúde, em sua apresentação como satisfação de necessidades, como certo modo de operar a configuração tecnológica do trabalho, ou organizar o espaço institucional. Enfim, permite “repensarmos a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes” (MERHY, 2007, p.101).

Neste plano teórico, a micropolítica do trabalho vivo em saúde situa-se, portanto, em um dobra imanente à gestão dos estabelecimentos, em sua condição de ser; por um lado, governo de processos institucionais, espaço da formulação, decisão e concretização de políticas públicas; e, por outro, campo de composição da direcionalidade dos atos produtivos nos serviços. Deslocamento analítico que permite interrogar a gestão desde um lugar diferenciado, não como controle e ordenamento heterodeterminado do trabalho, mas como

implicação ético-estética de composição e diálogo entre sujeitos em um território comum, a produção do cuidado em saúde.

2.3 Gestão em saúde e transformação do modelo assistencial

Ao indicar os limites da racionalidade instrumental que pretende a organização do sistema de saúde pela via exclusiva de intervenções estruturais, pautadas por diretrizes ordenadoras transcendentais, os autores que propõem o modelo em defesa da vida não deixam de reconhecer a centralidade que a gestão possui na concretização dos princípios e objetivos de justiça social que fundamentam a reforma sanitária. A natureza política de seu sucesso é identificada diretamente aos modos de organização da vida e da atenção à saúde, uma vez que o campo de ação da gestão seria justamente aquele das contradições do sistema de saúde, em que é engendrada tanto a sua transformação, como a reprodução e a atualização de relações historicamente hegemônicas.

Sendo assim, ainda que não deixe de indicar suas limitações, posto ser condição necessária, mas não suficiente para efetivação da reforma, é colocado em primeiro plano o fato de que o SUS não avançará sem contar com a adesão dos atores sociais, dentre os quais os gerentes e trabalhadores do sistema de saúde desempenham papel de destaque (CAMPOS, 2006). Essa constatação já aponta para a forma com que concebem os modos de gestão, trazendo para o primeiro plano a inclusão ativa e autônoma dos atores nos processos de organização do trabalho e de produção concreta de ações assistenciais. Em outras palavras, uma posição que identifica a concretização da reforma à necessidade de democratização da gestão, como meio de restringir e superar o poder e a preeminência que os interesses privados repetidamente têm adquirido sobre os coletivos, subordinando-os justamente ao controlar os processos e pontos estratégicos da organização do trabalho. Campos (2006) observa, inclusive, que a predominância das regras de mercado na produção de serviços obstaculiza o desenvolvimento de técnicas gerenciais voltadas à particularidade do campo da saúde, gerando o que designa como um “primitivismo da gestão”, sua condução sem planejamento, controle da produção e de seus processos, dos recursos e do financiamento, e sem estratégias de avaliação de sua qualidade.

Este primitivismo seria paradoxalmente a outra face da incorporação dos modelos tradicionais da administração, com a taylorização do processo de trabalho nas unidades de saúde, configurando a partir deles um sistema de gestão voltado prioritariamente para

reprodução do modelo assistencial hegemônico. Modo de gerir que se organizou historicamente, por um lado, com características próximas do modelo militar (as frequentes campanhas); e, por outro, reproduziu no setor público as práticas do privado, com grande autonomia do corpo clínico nas instituições de assistência médica, sem a contrapartida de efetividade exigida no setor privado. Uma gestão que se restringe a viabilizar as condições de operação do modelo médico-privatista, e, por conseqüência, das relações de poder que o instituem.

O modelo em defesa da vida procura diferir desta trajetória da Saúde Pública brasileira, marcada por poucas modificações nos padrões de administração dos serviços de saúde, que revelaram sempre grande centralização do poder, pouca flexibilidade nas respostas dadas às novas situações, apresentando forte viés normativo, hierárquico e burocratizado. Estas três últimas características podem ser entendidas como nucleares de um paradigma centralizador e autoritário de gestão, que a tradição de esquerda, embora comprometida com o ideário do SUS (no que podemos incluir, também em nossa perspectiva, elementos centrais da matriz do planejamento), não demonstra recusar, incorporando, outrossim, o propósito de sua otimização e racionalização a partir de objetivos e valores que entende como coletivos. A perspectiva rígida da lógica da hierarquização, da regionalização e da programação técnica das ações, consenso na implementação do SUS, exemplificariam isto.

Em função destes aspectos, o problema da gestão é assumido como objeto de análise no modelo em defesa da vida a partir da suposição de que desenvolver diretrizes e mecanismos de organização apropriados à transformação do sistema de saúde requer ir além da adaptação ao campo sanitário de procedimentos modernos de “organização e métodos” administrativos. Em outras palavras, a gestão é percebida como problema político fundamental, a ser enfrentado com o rompimento com o *status quo* administrativo, pois “[...] mesmo uma gestão honesta, sem corrupção, se baseada nos tradicionais mecanismos de direção, de recorte taylorista e burocratizada, será incapaz de reverter o sentido privatista das ações do Estado brasileiro” (CAMPOS, 2006, p.147).

A racionalidade gerencial hegemônica é definida como todo o conjunto de recursos e métodos de direção que incorporam como objetivo central a restrição das possibilidades de governo da maioria. Ciência do comando e do controle, segundo Lourau (in CAMPOS, 2000b), que procura substituir os desejos e interesses dos sujeitos trabalhadores por objetivos, normas e regras impostos.

A gestão clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. O gerir como ação sobre a ação dos outros. Assim sendo, fortemente amarrada ao exercício de poder. Seria ingênuo afirmar que essa abordagem da gestão não pressupõe produção. Pois ela produz o tempo todo. A gestão tem sido a disciplina do controle por excelência. Preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade, e de reprodução do *status quo* (CAMPOS, 2000b, p.124).

Mesmo com o exercício discursivo da reengenharia organizacional, que advoga a recondução dos processos de trabalho em direção a uma maior flexibilidade, interdisciplinaridade e criatividade, defendendo a composição de parcerias e a gestão do conhecimento na solução de problemas, com aparente ampliação da autonomia no trabalho; ainda assim não é difícil constatar que o eixo primordial da tradição taylorista permanece atual. Para Campos (1994, 2000b) não é excessivo manter a designação de racionalidade gerencial hegemônica, dada a manutenção da disciplina e do controle dos trabalhadores como aspecto fundamental dos modelos de administração contemporâneos, finalidade a partir da qual “[...] se faz política, inventam-se normas e se promovem alguns valores em detrimento de outros” (p.34).

O controle seria, nesse sentido, fruto da concentração de poder, de seu exercício em ato na ordenação da vida institucional. Prerrogativa garantida aos dirigentes de construir o sentido e o significado dos processos, dos objetos e das pessoas na produção. Ainda que possam recorrer do terror à sedução, o controle revela-se o núcleo duro de todas as metodologias de gestão e planejamento (CAMPOS, 2000b). O mecanismo de sua efetivação girando em torno do princípio de autoridade de que se investe a gestão na determinação da organização do trabalho, produzindo um leque delimitado de efeitos pedagógicos, assentados sobretudo na objetivação do trabalhador. Concentração de poder, autoridade e obediência são efeitos produtivos - já que produzidos e produtores - das estruturas hierárquicas das instituições, fenômeno cuja transversalidade (operam como regimes de sua estruturação da família à fábrica) é por si só enunciativa, padrão de dominação corriqueiro em instituições públicas ou privadas.

Há classes que têm o poder de demitir, que tomam decisões, planejam, elaboram projetos e que, portanto, cultivam o hábito de pensar, de conceber idéias e planos e de fazer política. Concentração máxima de poder. E há aquelas sobre as quais recaem as decisões. Estas, a maioria, são educadas para o medo, para o culto do bom comportamento, da adulação e do servilismo; para a valorização do silêncio; enfim, para a suposição de que não saberiam nem poderiam vir a saber (CAMPOS, 2000b, p.31).

Campos (2000b) afirma que apesar das modificações contemporâneas dos modelos de gestão, mantém-se atuais os princípios tayloristas calcados na centralização do poder de planejar e na separação entre trabalho intelectual e execução. Distinção legitimada pela exclusividade que os procedimentos e saberes reconhecidos como científicos possuem. Um sistema de governo do trabalho que não apenas pressupõe e recoloca insistentemente a ruptura “intransponível” entre dirigentes e executores, como também diferencia suas alternativas de desenvolvimento, suas expectativas quanto à felicidade, à realização pessoal e ao acesso ao poder.

Características da gestão cujo principal efeito Campos (2000b) identifica como a produção de sujeitos seriais. Neste ponto de sua reflexão conceitual, o autor diferencia-se da tradição do campo do planejamento e administração em saúde, ao discutir a produção de subjetividade como questão fundamental para pensar a gestão. A busca por obediência e docilidade, a compressão de interesses e desejos, em suma, a tentativa de ampliar ao máximo os mecanismos de objetivação do trabalhador, de sua adaptação semipassiva ao contexto, seriam dimensões produtivas essenciais da forma como é organizado o trabalho. Dimensões engendradas em um rede de dispositivos de dominação, que conformam arranjos organizacionais e normas voltados para a redução da resistência dos sujeitos, de suas alternativas de autonomia e liberdade.

Interessante observar como Campos sinaliza, embora não chegue a explorá-los, os limites dessa intencionalidade, indicando que a autonomia é elemento fundamental ao trabalho, não podendo ser de fato suprimida, mas regulada, de modo que caiba no “tamanho exato do programa” (CAMPOS, 2000b, p.33). A exclusão dos trabalhadores dos âmbitos formais de poder é condição para isto, por forjar o sistema hierárquico que torna viável tais processos de objetivação.

[...] esta expropriação é a base sobre a qual se assenta uma grande diferença de poder: a propriedade transfere aos proprietários o direito de governar. Na prática, contudo, o direito formal precisa de dispositivos que o transformem em possibilidade real, e que assegurem aos dominantes condições objetivas e subjetivas de governo sobre a maioria. [...] A alienação real dos trabalhadores é, portanto, a separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho (CAMPOS, 2000b, p.27).

Cabe aqui destacar alguns elementos dessa análise que consideramos importantes para nosso problema de pesquisa. O primeiro deles seria justamente o modo como ficam explícitas

as implicações recíprocas entre gestão e política, entre organização do processo de trabalho e possibilidades de intervenção na construção de real social. Unidade que a modernidade tanto preocupou-se em camuflar, delimitando o território da política ao campo da representação e procurando afastar os sujeitos das possibilidades concretas de constituição dessa experiência cotidiana nas instituições. Como discutiremos adiante, em nossa avaliação os processos de normalização e normatização do real são dispositivos essenciais, cuja presença na dinâmica social é inversamente proporcional ao esforço de produção de sua invisibilidade. Esta última unicamente efetiva na medida em que o reconhecimento de tais implicações políticas são naturalizadas, resignificadas (não é bem este o melhor termo, posto que a significação é antes obstaculizada do que transformada) e restritas ao escopo da experiência individual. Falsa polarização (entre o individual e o coletivo) sem a qual não seria possível o argumento silencioso da apoliticidade das instituições.

Talvez por isto Campos (2000b) coloque que mais do que extrair, os métodos autoritários de gestão impedem ganhos de autonomia, transformando a alienação formal (a não propriedade dos meios de produção) em alienação real, por ele conceituada como a impossibilidade de participar da gestão. Não seria outra a preocupação em cercear os processos de subjetivação dos trabalhadores, o temor de que contaminem a racionalidade objetiva da gestão, esforço que levou a administração científica, e também as metodologias de planejamento, a procurar ampliar ao máximo o plano do instituído na organização da produção e da dinâmica institucional. Racionalismo positivista cuja prepotência imaginava possível o planejamento e antecipação de toda variabilidade dos atos cotidianos. A expectativa fantasiosa de concretização do caráter científico da gerência como eliminação da subjetividade do trabalhador no momento de execução das tarefas. Retomando Marx, Campos entrelaça definitivamente gestão e liberdade, paradoxo constitutivo do modo de produção capitalista.

A relativa liberdade dos trabalhadores modernos, assegurada pelo fato de viverem fora do ambiente onde trabalham; pela existência de legislação trabalhista que limitava, em maior ou menor grau, o emprego de métodos diretos de constrangimento ou de violência física e a, relativa, mobilidade da força de trabalho - “livre propriedade” da força de trabalho (Marx, 1985) -, todos estes – entre outros – foram elementos que obrigaram a invenção de métodos mais sutis para a gestão dos Coletivos Organizados para a Produção (CAMPOS, 2000b, p.29).

A eficácia deste modo de produção em atualizar seu padrão de dominação poderia ser vinculada à restrição, ao longo de nossa história moderna, das experiências de criação de “culturas” institucionais de caráter radicalmente democrático. Ao identificar este problema, Campos (2006) aborda a necessidade de construção de um novo conhecimento, de novas formas de conduzir as organizações, rompendo com o propósito central das teorias administrativas, reiteradamente focadas na objetivação dos seres humanos. O autor enuncia, em direção oposta a esta tradição, que a gestão democrática consistiria justamente em reconhecer como o objetivo do ato de governar a produção de sujeitos, a superação do desinteresse, da alienação, do agir mecânico e burocratizado nas organizações.

Ao colocar nestes termos a questão da gestão dos serviços de saúde, não apenas é advogada sua democratização, como é qualificado o que se entende por este termo. Uma tentativa de superar o paradigma tradicional da administração e opor-se ao que é percebido como argumento retórico de defesa da participação popular. Como no caso da “ilusão do planejamento de base local”, no qual não ocorre a socialização da definição das normas, das prioridades e da organização do trabalho, e sim somente “do preenchimento das planilhas de diagnóstico”.

Enfim, pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária *desde que e apenas se* a entendermos como um instrumento de exercício de poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder de Estado – sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem-estar público -, e fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção de serviços e com a promoção de saúde, superando sua alienação, derrotando a tradição conservadora da medicina ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade (CAMPOS, 2006, p.126).

No contexto teórico em questão, estes desafios implicam a necessidade de afirmar uma nova dimensão ética para a luta em saúde, a defesa da vida, relacionada diretamente à criação de mecanismos técnicos e sociais de gestão que tornem viável o SUS, em seu compromisso democrático de prover assistência de qualidade à população. O grande diferencial é a tentativa de que essas estratégias de gestão sejam produtoras de autonomia, do envolvimento criativo e cotidiano de atores sociais que vivenciam e produzem concretamente os serviços de saúde.

Por este motivo é dada particular ênfase à participação dos trabalhadores no planejamento e gerência, considerando a defesa de que não há como organizar o SUS sem valorizar os

saberes e a experiência incorporados e construídos no dia a dia do trabalho. Esta participação teria como responsabilidades fundamentais promover a vinculação da população às unidades, garantir a implementação da política de saúde e das decisões tomadas em outras instâncias, e concretizar o compromisso e o convívio democráticos nas instituições. Razões porque se defende a descentralização administrativa radical, que deveria ser regulada por diretrizes genéricas democraticamente definidas, e por dispositivos como a avaliação de desempenho das equipes, com critérios estabelecidos no planejamento estratégico também descentralizado para as próprias unidades.

O modelo de gestão em discussão volta-se para o propósito de responder aos problemas concretos das comunidades, procurando não perder de vista a impossibilidade de iniciar tais processos de modo desvinculado das práticas e organizações já existentes. Essa responsabilidade faz com a construção desta nova gestão não resulte em completa descontinuidade com a trajetória prévia das instituições. Campos (2006) defende, inclusive, que “frequentemente, deveremos iniciar a construção do novo a partir do e sobre o velho” (p.143), mencionando como elementos relevantes ao desenvolvimento de mecanismos gerenciais a ruptura com o corporativismo e o fracionamento das atividades, e a superação da estrutura vertical dos serviços.

Para o autor (CAMPOS, 1994) a ocorrência de grandes transformações nas instituições de saúde depende de dois elementos fundamentais: do desejo, e do domínio de certa ciência, que se expressaria na existência de um projeto conscientemente construído. Quanto a essa avaliação podemos questionar um movimento em certa medida ambíguo, no qual parece haver a tentativa de reunião de processos instituintes à capacidade de imprimir direcionalidade (ou mesmo ao desejo dessa direcionalidade) tão característico da razão instrumental que funda a gestão moderna.

De qualquer modo, ao incorporar a problemática do desejo ao campo da gestão, Campos realiza um movimento de ruptura com as linhas de continuidade da administração em saúde, cujos indícios de permanência encontramos mesmo nas estratégias construídas pela reforma sanitária. Ele sinaliza claramente que qualquer projeto de mudança teria que voltar-se para a transformação de valores, culturas e ideologias, intervindo tanto no funcionamento das instituições, em suas estruturas, como nas pessoas e em suas relações, questionando o modo como se exercem micropoderes na produção de bens e serviços de saúde.

Um exemplo enunciativo é a proposta de Campos quanto à redefinição do conceito de cura, procurando resignificá-la como ampliação do coeficiente de autonomia. Meta que requer o afastamento da perspectiva mecânica e biologizante da clínica hegemônica, voltando a

intervenção em saúde para a construção de formas de entendimento do próprio corpo, da doença e das relações com o meio social, e, principalmente, da capacidade dos sujeitos de instituírem normas e produzirem qualidade de vida. Objetivos que demandam uma outra escuta e a transformação da comunicação entre profissional e usuário; serviço e comunidade.

Em seus textos (especialmente aqueles em que inicia a discussão desta questão, em princípio da década de 90), o autor reconhece como diretriz fundamental a diminuição da distância entre os que comandam, planejam e dirigem e a maioria que executa tarefas e ações. O caminho para a transformação da gestão passaria pelo objetivo de que todos exerçam a responsabilidade de gerir, na medida em que ocorra uma redistribuição do poder decisório nas instituições, no sentido de possibilitar aos coletivos a organização de seu próprio processo de trabalho. Sem o acesso real à prática da decisão seria muito difícil romper e reinventar a lógica da rede de micropoderes normalizadores que constitui o espaço institucional. Por trás da afirmação deste valor-intenção há uma postura política clara, que defende que

[...] nenhuma instância estaria autorizada, a priori, a pré-julgar a viabilidade social de cada possibilidade de mudança. Este filtro não pode ser monopólio nem dos Partidos, nem da Academia, [...] e muito menos um apanágio exclusivo dos Governantes [...] não pode ser privilégio de determinados segmentos sob pena da infantilização do restante da sociedade.

Repensar não só o poder do Estado, mas o argumento de autoridade.[...] Questionar todas as absolutizações auto-referentes, a desvalorização do outro diferente (CAMPOS, 1994, p.69).

Merhy também aborda essa questão ao advogar uma reforma publicizante do sistema de direção dos serviços, com a configuração de processos gerenciais autogestores. Defende, nesse sentido, a coletivização do cotidiano da gestão como forma de restringir a privatização do espaço de autonomia que a centralidade do trabalho vivo em ato confere à atividade dos profissionais de saúde. Ele propõe um “modelo SUS usuário-centrado”, por reconhecer que o território particular do usuário seria o eixo dessa publicização dos processos decisórios, uma vez que o sentido final do trabalho em saúde é a defesa da vida. Para o autor (MERHY 2005), governar o agir em saúde, explorando suas potencialidades democráticas, implica na instituição de novas modalidades de políticas e de construção do cuidado, reconhecendo o caráter constituinte do trabalho em saúde. Desafio que se coloca particularmente em relação às estratégias de legitimação das políticas de saúde, ao exercício dos autogovernos e à ~~organização da produção de atos de saúde. De modo geral, ele argumenta que a “caixa de~~ ferramentas” desta gestão [usuário-centrada] deve aumentar principalmente a capacidade de

expor os espaços institucionais às multiplicidades que os atravessam, e viabilizar sua abertura aos saberes outros que ajudem o enfrentamento das incertezas sempre recolocadas aos serviços de saúde, sem desconsiderar o acúmulo de conhecimento acerca dos processos estruturados. Em suma, uma gestão se preocupe em

publicizar o exercício privado do agir, sem matá-lo [...]; produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras [...]; não abandonar as lógicas administrativas [...]; operar a gestão cotidiana, de modo partilhado, por problemas, como um dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos públicos (MERHY, 2005,p.177).

Toda a discussão em torno da ampliação do acesso aos processos decisórios recoloca o problema da democracia direta, da construção de dispositivos que tenham o compartilhamento do poder como condição para a constituição de coletividades politicamente empenhadas na invenção de uma nova vida institucional (CAMPOS, 1994). Desafio que remete necessariamente à explicitação dos conflitos que perpassam o cotidiano das organizações. Segundo Campos (CAMPOS, 1994), pensar a gestão nessa direção significa apostar na autoprodução dialética dos sujeitos, em sua vinculação tanto autônoma, como responsável, na produção e atendimento das necessidades sociais que justificam a existência das instituições de saúde.

A constituição de novos projetos tecno-assistenciais resulta, portanto, diretamente da ação de trabalhadores de saúde e de todos os implicados no sistema público. Porém, não somente de sua intervenção objetiva no modo como se efetiva o atendimento das necessidades de saúde, mas principalmente de sua constituição como sujeitos desse processo, e da exposição das organizações à sensibilidade e ao movimento instituinte do desejo. Em última instância trata-se da capacidade das instituições de saúde em responder às necessidades sociais em um movimento multicêntrico voltado para a ampliação dos espaços de democracia direta e solidariedade social. Uma ética de socialização dos sujeitos que, sem deixar de reconhecer o conflito de interesses, reconheça a gestão do cotidiano como lócus de produção de subjetividade, propondo a articulação de novas relações que tornem regra o trabalho criativo e instituindo projetos comprometidos com a negação de mecanismos autoritários (CAMPOS, 1994).

2.4. A produção de democracia institucional nas Organizações Públicas de Saúde

No livro “Um método para análise e co-gestão de coletivos”, em que propõe o Método da Roda (CAMPOS, 2000b), Campos desenvolve uma reflexão teórico-metodológica a partir das questões anteriormente discutidas quanto à gestão, tomando a democratização institucional como não apenas um meio para efetivar mudanças sociais, mas “um fim em si mesmo”. O autor parte de uma hipótese coerente com as composições conceituais que concretizou em seus trabalhos anteriores, nos quais trouxe para o campo da administração em saúde a problemática da produção de subjetividade. O objeto de sua discussão é a dupla função que a produção de valores de uso desempenha nas organizações: criando bens ou serviços que tenham potencial de garantir o atendimento de determinadas necessidades sociais; e atuando na co-produção do sujeito e do coletivo organizado para esta produção.

O conceito de co-produção tem importância central no método, sendo referido à necessidade da instituição de assegurar sua própria sobrevivência, bem como a sobrevivência do conjunto de agentes que a compõem ou dela dependam. Os Coletivos Organizados para a Produção, por sua vez, são definidos como agrupamentos que visam a produção de algum bem ou serviço. Entre suas características está a de possuir vários centros motores e mais de uma finalidade, requisitando e operando racionalidades distintas.

Ao propor o objetivo de alterar o modo de gestão das instituições, o autor explicita a intenção de ampliar analiticamente o espaço da política e reconstruir seus modos de operação, indagando sobre a possibilidade das organizações sociais produzirem liberdade e autonomia ao invés de controle e dominação. Para isto, a ampliação do conceito de trabalho mostra-se estratégica. Campos (2000b) lança mão do recurso a novas fronteiras na delimitação de seus sentidos, procurando ultrapassar a acepção corriqueira de trabalho produtivo. Trabalho para ele é entendido como toda atividade humana voltada para a produção de valores socialmente relevantes ao atendimento de necessidades sociais, o que inclui os esforços dirigidos à constituição dos sujeitos e à reconstrução das instituições. São indicadas 3 linhas de intervenção para recomposição conceitual e prática do trabalho: 1) a transposição de seus critérios de remuneração, que deixariam de ser vinculados à produção de valores de troca, passando a depender da produção de valores de uso; 2) criação de políticas sociais destinadas a apoiar tal recomposição operacional do trabalho, intervindo tanto nas condições de sua

remuneração como de sua legitimação; 3) considerar o trabalho plano essencial à constituição de sujeitos, Coletivos e da Sociedade, por tornar possível a reflexão crítica.

Como ferramenta analítica do trabalho em saúde, Campos propõe os conceitos de campo e núcleo. O primeiro referente aos saberes e responsabilidades comuns ou convergentes às profissões de saúde, o que as reúne e identifica em um mesmo plano, e o segundo pertinente às especificidades que diferenciam profissões e especialidades, demarcando as fronteiras entre os saberes e responsabilidades de cada um. O campo como espaço coletivo de compromissos e lutas compartilhadas no setor saúde, e os núcleos como espaço com função diacrítica, de realização pessoal.

O autor mapeia algumas características que constituem este campo e diferenciam-no de aspectos comuns a vários outros setores profissionais. O trabalho em saúde teria mantido, não obstante a especialização e a incorporação tecnológica que o modificou de modo relevante a partir da segunda metade do século XX, uma importante dimensão artesanal. Em função dela as reconfigurações observadas não subsumiram as especialidades básicas, nem conseguiram subordiná-las. A fragmentação do processo terapêutico não expropriou os profissionais (e seus núcleos de competência) de certa autonomia na definição do diagnóstico e do tratamento. As decisões sobre sua condução permanecem sendo sua prerrogativa, ainda que muitos procedimentos tenham sido agregados e condicionem o processo de trabalho, o que auxilia a compreender o fato de que a resolutividade das ações e intervenções de saúde esteja diretamente associada a este coeficiente de autonomia dos profissionais. Isto não significa, contudo, supor que o trabalho em saúde deva prescindir de controles institucionais, posta a recorrente constatação de que tanto em instituições públicas, como em instituições privadas, os interesses dos que buscam assistência são frequentemente subordinados à outros.

Assim, a ganância financeira de profissionais ou de empresas na área privada, a burocratização, as intermináveis disputas de poder e a acomodação inercial dos trabalhadores no setor estatal têm diminuído em muito a capacidade de os serviços de saúde produzirem qualidade de vida (CAMPOS, 2007, p.230).

Campos (2007) relaciona a manutenção de certo coeficiente de autonomia à grande variabilidade do trabalho em saúde, sempre sujeito à singularidade dos casos e aos imprevistos correlatos. Mesmo havendo regularidades e padrões, estes acabam sempre submetidos à necessidade de contextualização, o que demanda atributos como improvisação, criatividade e iniciativa. A outra face dessa característica seriam os efeitos decorrentes da especialização da atenção à saúde, da segmentação vertical de saberes e práticas, com

conseqüente fragmentação do processo terapêutico, intenso monopólio do conhecimento e o recurso constante ao argumento de autoridade.

No entanto, para compreender como tais atributos do trabalho em saúde conformam modelos assistenciais, vale retomar os conceitos de desejo e interesse, fundamentais por produzirem a vinculação dos sujeitos ao trabalho e aos processos institucionais. Como os define Campos (2005), Desejo refere-se ao prazer e ao gozo, enquanto Interesse remete à sobrevivência, às necessidades vinculadas à reprodução da vida, em seus determinantes biológicos e sociais, sendo que ambos, para concretizarem-se, implicam relação com outros sujeitos. Ou seja, não se pode desconsiderar uma condição iminente potente do trabalho em saúde, que em todas as suas divisões e formas de realização sempre acontece por meio de relações interpessoais, em que há um outro diretamente implicado.

Razão porque Campos (2000b, 2007) considera o conceito psicanalítico de transferência um recurso importante para a garantia da qualidade em saúde, por trazer à cena do trabalho a singularidade de cada caso, apesar das tendências presentes de objetivação e enrijecimento da significação e representação atribuída ao outro da relação. O que, em nossa avaliação, não necessariamente é alcançado pelo uso do conceito, uma vez que também ele pode provocar a repetição sintomática do mesmo quadro de referências, situação em que a teoria converte-se em moldura imposta à realidade, que deve enquadrar-se em seus regimes de significação. A presença e a fala deste outro devem chegar à cena por si próprias, por meio de dispositivos que as requisitem e legitimem, mesmo não contando com os elementos autorizados pelo saber científico.

2.4.1 O conceito de (Co-)gestão nas Organizações de Saúde

A co-gestão é o conceito forjado por Campos (2000b) como articulador de um modelo de gestão que assume as premissas anteriormente expostas a respeito da democratização das instituições e da dupla função dos Coletivos Organizados para a Produção. Nessa medida é uma resposta à clara implicação que as teorias e práticas administrativas possuem com processos de produção de alienação, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo e da indução ao agir burocrático, condições para consolidar uma perspectiva funcional de dominação.

Confrontando-se a essa tradição, a co-gestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos. Partindo da explicitação desses valores, o conceito afirma a dimensão

coletiva da tarefa da gestão, que justamente por esta conformação não pode tornar-se atribuição de especialistas ou elites. Para Campos, situando-se no campo do materialismo dialético, o termo produção é, portanto, necessariamente Co-produção, relação dialética entre o pensar e o agir a partir da qual são constituídos e desconstruídos objetos, valores, modos de pensar e ser, racionalidades e práxis, sujeitos e Coletivos (CAMPOS, 2000b).

Consideramos importante interrogar a qualificação do conceito de co-gestão como relação dialética, sugerindo sua resignificação como co-produção autopoiética de realidade. Esta ruptura com o referencial dialético adotado pelo autor justificar-se-ia no fato de que encerra na contradição, e, portanto, em uma polarização negativa, a constituição do novo. Ou seja, mesmo apresentando-se como superação, nos termos da dialética a produção não consegue diferir da lógica de sua origem, fundada na contraposição de qualidades opostas, numa relação em que o terceiro é sempre excluído (BARROS, 1994). Olhar para a co-gestão como produção autopoiética e compartilhada de realidade seria uma tentativa de incorporar radicalidade ontológica ao conceito, à constituição tanto do mundo, de seus territórios comuns, como dos sujeitos de sua produção, em sua condição de autores de territórios existenciais. Autores e sujeitos do eterno retorno da diferença, que Deleuze apropria de Nietzsche.

Retomando as linhas de delineamento deste plano conceitual, co-gerir um Coletivo teria uma dupla direção: por um lado, a construção de sentido para a ação, e por outro, a garantia das condições de sua concretização, dos meios materiais e subjetivos requeridos. Objetos de investimento dos sujeitos e satisfação de interesses e necessidades sociais seriam as finalidades polares a operar as organizações. Em outras palavras, trata-se da intenção de incorporar o desejo na gestão, mas sem que isto signifique desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais. Ao sujeito caberia, portanto, o papel (nomeado como função diacrítica) de integrar-se ao Coletivo sem aderir, contudo, completamente aos sentidos e significados dominantes.

Aliás, seria importante explicitar a distinção conceitual entre organização e Coletivo organizado para a produção. Embora ambos sejam máquinas sociais voltadas para a produção, o primeiro termo, próprio da teoria geral da administração, foca-se unicamente no objetivo material de efetivar valores de uso e de troca, nos marcos de uma racionalidade instrumental.

Quanto aos Coletivos organizados para a produção, o fato de assumirem o compromisso de constituir-se em grupo sujeito impede a objetivação do público de suas ações. Na medida em que dependem de processos democráticos e participativos, sem os quais

aquele objetivo não é possível, os Coletivos precisam forjar uma aproximação diferenciada com a sociedade, valendo-se de relações sociais que afirmem a liberdade, a justiça e a capacidade de compor projetos e contratos com atores externos, mesmo que mediante luta e negociação (CAMPOS, 2000b). Este ponto nos parece relevante, pois sinaliza a premência que a produção de subjetividade (e de seu modo de espriar-se transversalmente) tem para a democratização das instituições. Aspecto que requer especial consideração com a conformação dos meios organizacionais, com a relação dos sujeitos com eles, entre si, e com aqueles que identificam como atores externos, figuras prováveis de alteridade. A condição de relacionar-se com o mundo e com sujeitos outros (estrangeiros às fronteiras de sua auto-identificação) é o principal aspecto que diferencia para o autor esta proposta do conceito de autogestão.

Toda relação dialógica, democrática ou comunicativa, depende da capacidade de análise e de intervenção dos Sujeitos produtores, mas depende também da capacidade de ação e de pressão de grupos externos ao Coletivo: a organização dos fluxos de poder. Por isso sugere-se a Co-Gestão e não a auto-gestão como alternativa de governo. A autogestão produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos (CAMPOS, 2000b, p.143).

No que tange os meios organizacionais, o conceito de co-gestão requisita uma configuração diferenciada da lógica que define as secções e departamentos na racionalidade gerencial hegemônica, estruturada em um eixo vertical e hierarquizante de poder, e outro que produz a fragmentação dos processos, dividindo os trabalhadores segundo especialidades e funções. Esquadrinhamento da organização que visa sobretudo a contenção de movimentos instituintes (inclusive de Coletivos-sujeitos) e a perpetuação da concentração de poder.

Propõe-se como alternativa a noção de unidade de produção, que não seria desenhada segundo a lógica das especialidades ou corporações, mas reconhecendo como questão fundamental a produção de valores de uso e dos próprios Coletivos. Uma tentativa de produção de fluxos democratizadores que provoquem transformações na rede de poder institucional, desde o organograma formal às interrelações entre unidades e pessoas.

A formação de equipes de apoio matricial é outra estratégia recomendada nesta mesma direção, como vetor de reformulação da fragmentação e hierarquização do trabalho. Representam a transferência da função do especialista para uma relação horizontal com as unidades de produção, sem a prerrogativa do comando direto. O apoio matricial seria uma

estratégia de disponibilizar às unidades o suporte que pode ser oferecido pelo saber e pela experiência acumulada do especialista ao desenvolvimento das atividades.

Há uma inversão, portanto, da chamada proposta de “gestão matricial ou gestão por projetos”; já que a equipe multiprofissional passa a ocupar o lugar do antigo departamento, agora com o nome de Unidade de Produção e o especialista apóia as Unidades segundo lógica horizontal (CAMPOS, 2000b, p.156).

Compartilhar objetivos e objetos de trabalho seria um dos critérios possíveis de definição das equipes, agrupando os trabalhadores de modo a potencializar a ampliação da capacidade de direção por horizontalizar as relações, tornando mais acessíveis as questões e decisões cotidianas da organização. Em outras palavras, socializando “[...] a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos” (CAMPOS, 2000b, p.43). Recursos subjetivos que esgarçam a lógica da separação entre concepção e execução, atuando na aproximação entre governantes e governados; e na formação de compromisso entre interesses públicos e privados.

Nessa medida pode-se afirmar que a co-gestão é um recurso de publicização das instituições, mesmo as estatais. Seu principal horizonte é a construção e afirmação de valores, de uma postura ética que atue como força de negação das estratégias de dominação, dos dispositivos de controle tão presentes nas práticas administrativas. Reconhecimento das possibilidades coletivas de instituir compromissos; e da necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social: “a base da co-gestão, ninguém governa sozinho” (CAMPOS, 2000b, p.44). Projeto político radicalmente antagônico à razão tecnocrática, que se assenta na prática da “[...] liberdade de se por em pauta os desejos e interesses dos trabalhadores” (CAMPOS, 2000b, p.128).

Esta última afirmação, em que podemos observar claramente a identificação dos sujeitos da democratização do governo das instituições, expõe um núcleo de sentido do conceito de co-gestão que pretendemos discutir apropriadamente adiante. Nosso interesse, nesse momento, é principalmente sinalizá-lo, para que o leitor observe as vizinhanças e articulações que desenha no plano conceitual do modelo em defesa da vida.

Um dos aspectos que consideramos relevantes ao modo como o conceito se articula ao projeto de transformação social é a percepção de que a prática do compartilhamento da gestão não deve ser pensada como dependente da existência de uma situação em que os grupos subalternos estejam em posição hegemônica. Isto porque, como a tendência à conservação das estruturas e relações de poder que caracteriza as instituições exerce permanentemente o

movimento de contenção da crítica ao seu regime de forças e produção de verdade, a emergência de conflitos e contradições depende da ocupação autônoma dos espaços possíveis. Desta forma, “a nova sociabilidade desejada por um Coletivo começa a ser construída dentro de seu próprio limite de governabilidade” (CAMPOS, 2000b, p.86).

Tal sociabilidade erige-se pelo estabelecimento de compromissos com outros sujeitos, para o que se faz necessária a existência de uma dinâmica alternativa à conformada pela racionalidade gerencial hegemônica nos espaços coletivos, que convoque e reforce a participação não somente dos atores com função de direção. Este é, portanto, um tema fundamental à noção de co-gestão: a constituição e os modos de operação dos Espaços Coletivos.

Seriam eles definidos como arranjos de espaço-tempo concretos em que as equipes de trabalho podem interferir na organização da produção, ou seja, onde de fato o problema do poder seja publicamente colocado, a partir do engajamento na análise e deliberação coletivas. Estratégia de democratização do poder, de superação das capacidades assimétricas de decisão, por garantir aos trabalhadores o acesso à informação e a disponibilidade de tempo necessárias aos processos de discussão, deliberação e planejamento. Espaços para o estabelecimento de compromissos quanto à tensão entre a produção de valores de uso e o interesse e desejo dos trabalhadores, uma vez entendido que “[...] a organização resulta da adesão mais ou menos voluntária a valores instituídos e transformados em estrutura, arranjos e normas” (CAMPOS, 2000b, p.73).

Propõe-se que a co-gestão requer a produção de Espaços Coletivos com três funções básicas: 1) a tradicional, ou seja, de “administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2000b, p.14); 2) uma função particularmente identificada como política pelo autor, posto que se busca nestes espaços modificar as relações de poder com o objetivo de democratizar as instituições; 3) ao que se soma uma função terapêutica e pedagógica, dada a possibilidade de intervir nos processos de constituição dos sujeitos.

São mencionados especificamente quatro modalidades de Espaços Coletivos, cuja combinação resulta na configuração de sistemas de gestão participativos. São eles:

- os conselhos de co-gestão, principal lugar de exercício da co-gestão, em que atores internos e externos confrontam e pactuam interesses e desejos na construção de ~~contratos que orientem a produção de bens e serviços. Interessante notar que os~~ participantes são referidos como “os trabalhadores, representantes da sociedade civil e

do governo” (CAMPOS, 2000b, p.147), descrição na qual percebemos a diferenciação pelo mecanismo da representação no modo como atores “internos e externos” compõem o espaço.

- colegiados de gestão, que têm por objetivo operacionalizar a gestão interna das organizações. São espaços formados pelos trabalhadores, como lócus em certa medida “protegido” em que as equipes organizam-se e elaboram suas ações e percepções.
- dispositivos de participação, espaços agenciadores forjados de modo não sistemático e pré-determinado, em que são promovidos encontros entre os sujeitos envolvidos na produção, como por exemplo, reuniões, formação, oficinas e assembléias. Têm a particularidade de serem identificados apenas a posteriori, em razão dos movimentos e efeitos produzidos como subversão de relações e linhas de poder instituídas;
- diálogo e tomada de decisão no cotidiano. Espaço fundamental para evitar a sobrecarga dos demais, especialmente dos conselhos e colegiados. É pensado como lugar das decisões cotidianas na esfera de governabilidade dos sujeitos, sem o qual a co-gestão torna-se inoperante e pouco resolutiva, pois grande parte da discussão e da tomada de decisão deve acontecer no dia-a-dia.

Uma das principais funções da co-gestão seria, portanto, a construção dos espaços Coletivos, considerados as rodas de nosso tempo. Espaços produtores de efeitos em quatro planos: o político-social, o subjetivo, o pedagógico e o plano gerencial, funcionando como região intermediária entre a imanência dos desejos e interesses e a transcendência das necessidades sociais e normas institucionais.

Uma região em que há possibilidade de se reconstruir a dominância das necessidades sociais e dos fatos instituídos, bem como de se recompor imposições internas. Um espaço aberto, um jogo entre distintas possibilidades, um lugar de recomposição do poder, um espaço em que a instituição do novo é possível, uma Região em que o novo resulta da multiplicidade de sínteses que o Sujeito produz mediante a influência e pressão de todos estes Planos. Enfim, espaços em que a práxis concretas dos Sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciam relativo grau de autonomia (CAMPOS, 2000b, p.70).

A formação de compromisso e/ou a elaboração de contratos e projetos seria o principal modo de instituição desta região intermediária. Estes são conceitos que têm uma relação ambígua entre si, pois ao mesmo passo que se diferenciam fundamentalmente, são

constitutivos um do outro, já que em contratos e projetos sempre há certo grau de formação de compromisso e vice-versa. Ambiguidade estabelecida primordialmente pelo fato de serem forjados em resposta à questão das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais. Tanto um, como outro conceito são mobilizados como forma de explicação das situações singulares em que os sujeitos são requisitados a questionar-se, redefinir-se e mesmo articular novas propostas, convertendo-as em práxis.

O termo formação de compromisso é empregado quando os resultantes dessa relação são inconscientes, ou pouco acessíveis à ação deliberada dos sujeitos. Projetos e contratos, em contrapartida, são expressão de intervenção e propósitos deliberados, “tentativas de administrar essas polaridades” (CAMPOS, 2000b, p.70). Formação de compromisso e o estabelecimento de contratos são resultantes da tensão entre autonomia e controle, do confronto entre o poder em gestão nos coletivos e os contrapoderes que se lhe interpõem. Embate necessário para construção de democracia institucional, que se torna eficaz por constranger as equipes de trabalho a escutar e dialogar com outros sujeitos.

A co-gestão é pensada como compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, Coletivos e sujeitos.

Consideramos relevante destacar algumas das interfaces e nexos apresentados neste plano conceitual entre gestão e política. O principal, com certeza, é a compreensão da co-gestão como co-produção de necessidades sociais e democratização do poder, forma de viabilizar a “utopia da democracia direta” (CAMPOS, 2000b, p.152). O espaço público é afirmado como o lugar por excelência em que se realiza a prática política e a co-gestão como democratização dessa esfera no âmbito das organizações. Uma tentativa transformar o modo de fazer política social, de conceber o papel e o funcionamento das organizações públicas, constatados os limites na forma como historicamente se concretizaram essas políticas, geradoras de corrupção, clientelismo, ineficiência e iniquidades (CAMPOS, 2000).

Outro aspecto importante a ser destacado é a compreensão de que a relação entre espaços e dinâmicas públicas e privadas na co-gestão dos Coletivos Organizados é marcada pela “[...] complementaridade e conflito insanável entre todas essas categorias” (CAMPOS, 2000b, p.180). Em outros termos, advoga-se não uma pretensão de controle contínuo do público sobre o privado, mas uma aposta no fortalecimento dos sujeitos, na regulamentação pública de limites e direitos, na produção de equidade.

Nesse sentido, a democracia e a constituição de sujeitos dependem de espaços públicos, que somente superarão particularismos à medida que resguardem o interesse coletivo, mas também sejam capazes de absorver e de reelaborar a expressão de interesses e de perspectivas particulares (CAMPOS, 2000b, p.180).

2.4.2 O método da roda: uma proposta de co-gestão de coletivos organizados para a produção

O método proposto por Campos apresenta-se como uma estratégia de constituição de coletivos organizados para a produção. Em consonância com o conceito de co-gestão em que se fundamenta, busca a ampliação da capacidade de análise dos grupos, o fortalecimento dos sujeitos e a produção de democracia institucional. Objetivos justificados como necessários para a construção de condições favoráveis à democratização da vida em sociedade, à reconstrução dos modos de fazer política e gestão. Suas principais referências conceituais são saberes e experiências originários da psicanálise, pedagogia, e análise institucional.

Partindo do reconhecimento das divergências de interesses entre os agentes da produção e o público, a explicitação deste antagonismo é enunciada como objetivo central, por permitir trabalhar o conflito (inerente às organizações públicas) de modo positivo e produtivo. O método propõe-se pensar um novo ordenamento organizacional que enfrente essa polaridade paradoxal sem pretender sua superação ou resolução. Enfatizar a diferença sutil entre os produtos do trabalho e as necessidades sociais é sinalizada como uma das estratégias para ampliar as possibilidades de análise dos coletivos, abrindo espaço para processos mais reflexivos de produção de necessidades sociais.

O caminho principal a orientar a intervenção seria a consideração do desejo e do interesse dos trabalhadores em todas as situações, particularmente em contextos desfavoráveis, forjando uma nova correlação de forças capaz de promover a diminuição das assimetrias de poder. A noção de co-gestão é referida no reconhecimento de que não há poder absoluto, como não há ausência absoluta de poder, na medida em que todos os sujeitos operam com coeficientes de autonomia e liberdade. Segundo Campos (2000b), um coletivo democrático demanda uma dialética relacional que torne as diferenças de poder provisórias, sujeitas à crítica e reconstrução, como condição para uma sociabilidade solidária e democrática.

Projeto que se choca com a direcionalidade da prática administrativa na tradição taylorista, que historicamente negligenciou os interesses e a perspectiva dos trabalhadores na organização da produção. Desta forma, discute a reformulação do campo disciplinar da administração, colocando-se como desafio combater o predomínio da “racionalidade instrumental” na gestão. Ainda que reconheça ser impossível sua eliminação na condução das organizações, o método pretende forjar uma nova racionalidade gerencial, constituída pelo reconhecimento da multiplicidade das lógicas que permeiam as instituições. Por isto se afirma como método da roda, já que se propõe movimento permanente, horizontalidade, preocupação em aproximar o saber e o fazer e desconstruir as estruturas hierárquicas, concentradoras de poder.

Roda é um espaço coletivo: um arranjo onde exista oportunidade de discussão e de tomada de decisão. Pode ser formal (uma comissão ou conselho oficial), ou informal (reunião para enfrentar o tema do lixo, [...]). A Roda é um lugar onde circulam afetos e Vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para elaboração do Contrato e para elaboração de um Projeto de Intervenção (CAMPOS, 2005, p.30).

Uma hipótese fundamental é que gerar e responder com resolutividade às necessidades sociais requer também a produção de trabalhadores com interesses e necessidades. Perspectiva que, ao entender os trabalhadores como sujeitos sociais em devir, em permanente constituição, propõe-se abordar a gestão em seus atravessamentos com os planos e regiões de expressão da subjetividade e do agir. Diretriz metodológica que diverge do modo como habitualmente a subjetividade dos agentes da produção foi manejada pelas teorias administrativas, como objeto de técnicas com finalidade de estimular envolvimento e produtividade.

Outra orientação metodológica refere-se à necessidade de construir em espaços Coletivos a finalidade e o compromisso social de cada organização. Não relacionar-se com objetivos e metas como formulações já definidas e fechadas ao debate é considerado passo importante para a democracia institucional. Assim como os objetivos, o desenho das organizações seria também tarefa coletiva, sendo ambas as intervenções pensadas como forma de subordinar a rigidez burocrática às dinâmicas de cada organização, à vida cotidiana.

A relação entre teoria e conhecimento aplicado é tema particularmente debatido, por tornar visível a tendência recorrente das práticas administrativas a retirar dos sujeitos, em sua experiência nas situações concretas, espaço para a atuação autônoma e criativa. Quanto a este ponto Campos (2000b) resgata Foucault ao apontar os lugares de saber como fundamentais ao

poder, “as epistêmes constituindo e fazendo funcionar as instituições durante anos e anos” (p.171).

Mecanismos primordial é a formação no plano da teoria de uma ontologia de saberes, que se cristalizam como entes que, uma vez teorizados, adquirem autonomia da experiência empírica, exercendo a função político-institucional de concentrar poder e desautorizar os sujeitos da práxis. Embora estes mesmos reconheçam nos saberes estruturados uma referência que produz segurança para o agir, não há como desconsiderar o efeito deletério de produção de cegueira a variações situacionais, restringindo o espaço para a invenção.

O autor aponta para o paradoxo que se coloca entre os efeitos de alienação das teorias cristalizadas e a necessidade a que respondem, ao disponibilizar conceitos e categorias de análise para a intervenção. O desafio seria reconhecer que nenhum conceito pode recobrir inteiramente o significado da realidade, e que é possível o recurso a mediações entre o saber estruturado e a variabilidade das práticas. Papel que a utilização de Métodos poderia desempenhar, em razão do maior compromisso que supostamente têm com a intervenção.

Embora se organizem com conceitos oriundos de arcabouços teóricos, os métodos podem rebater-se sobre essas referências, interrogando-as em função do modo como instrumentalizam o agir, das relações e efeitos que provocam ao dirigirem-se aos processos e movimentos da vida. Porém, pensar em métodos como alternativa ao paradoxo citado demanda um relacionamento crítico dos sujeitos com as teorias, a observação da orientação feita por Testa, de que os atores em situação são os mais habilitados e indicados a formular a metodologia apropriada à intervenção institucional.

[...] torna-se nocivo para o Sujeito prender-se acriticamente a saberes cristalizados e a conceitos oniexplicativos – prisão a dogmas teóricos - ; porém, é igualmente empobrecedor tomar Métodos ou Técnicas como ferramentas deduzidas diretamente das Teorias, ou, em outro extremo, dependentes apenas da variabilidade do cotidiano. Ou seja, os Sujeitos da práxis podem e devem se autorizar a criticar e alterar Metodologias e Técnicas, valendo-se tanto de sua experiência concreta, quanto de um relacionamento crítico com as Teorias (não-dogmático) (CAMPOS, 2000b, p.174).

Apontaremos, a seguir, os principais recursos/dispositivos do método discutidos por Campos (2000b), que retomam reflexões sobre o conceito de co-gestão, numa tentativa de operacionalizar-lo.

2.4.3 Papel dos dirigentes e das instâncias colegiadas

As instâncias colegiadas desempenham no método da roda os papéis e responsabilidades identificados anteriormente à direção-geral, como por exemplo, “[...] a de gerência (comando, condenação, papel executivo), de planejamento (concepção sobre o que se faz e como se faz), e de controle (acompanhamento e orientação dos processos de trabalho)” (CAMPOS, 2000b, p.162). São sugeridas, além de oficinas de planejamento, oficinas permanentes como estratégia para gestão dos planos elaborados, o que inclui as decisões sobre alterações e adaptações que se revelarem necessárias em sua implementação. Os colegiados tornam-se o “intelectual coletivo” das organizações, numa reestruturação em que a direção é enfraquecida em favor do coletivo, que passa a definir as prioridades, os caminhos e as estratégias que comporão a atuação da organização.

Dos dirigentes espera-se uma relação diferenciada da tradicional posição hierárquica de mando. Tendo em vista a tendência observada pelo autor de fechamento e enrijecimento dos grupos, quando confrontados com a polaridade entre seus interesses e desejos e o atendimento de necessidades sociais, caberia aos dirigentes o papel de liderança capaz de garantir o respeito “à racionalidade instituída”, aos padrões éticos e de responsabilização na atuação das equipes. Ou seja, a eles caberia zelar pela consideração, por parte do coletivo de trabalhadores e das instâncias colegiadas, das condições da intervenção e relação com outros grupos da organização, sua clientela, público e setores externos. A direção desempenharia o papel de um “gerente de relações, inter-relações e de trocas”, sempre tendo como perspectiva a cultura institucional, principalmente nos aspectos que precisam transformar-se para corresponder aos objetivos e valores almejados. Destaca-se nessa descrição a menção da importância de sua qualificação técnica, que o habilitaria a avaliar a dimensão técnica do trabalho.

Os coordenadores das Unidades de Produção e a direção central teriam também o papel de fazer cumprir as deliberações dos Colegiados, que têm caráter imperativo entre os momentos episódios de sua reunião. “Em reunião discute-se tudo, em princípio; contudo, uma vez adotada uma deliberação, cabe aos diretores zelar por sua implementação” (CAMPOS, 2000b, p.165). As chefias intermediárias desapareceriam ou converter-se-iam em Apoiadores Especializados Matriciais, respondendo pela assessoria das equipes e da direção. Sobre a função dirigente – diretor, coordenador, ou supervisor – Campos (2000b) escreve:

Enfim, em vez de pai autoritário, um representante, severo e atento, da sociedade, do saber instituído, das políticas e algumas vezes do governo – por que não?, governo e sociedade e nem sempre falam a mesma língua -; enfim, um representante do “povo” infiltrado no cotidiano das instituições públicas (p.167).

Em nossa opinião essa representação da função de direção resultaria em última instância em um outro processo de concentração de poder. Uma aposta muito grande na atuação de um ator estratégico, não coerente com o projeto de socialização dos conhecimentos e da expertise da gestão, da democratização dos processos de decisão e responsabilização. Uma função que circunda a fronteira nebulosa da tutela, do arbítrio não compartilhado sobre o correto e o incorreto, particularmente quando legitimada pela prerrogativa da avaliação técnica do trabalho.

A necessidade da direção fazer-se presente como “representante do povo” indicaria, sobretudo, sua ausência concreta dos processos decisórios, seu não acesso aos espaços públicos e à fala, no diálogo com as equipes de trabalho. Indica, por consequência, a permanência do jogo hierárquico, das vozes autorizadas e desautorizadas nas relações institucionais.

Não se pretende, com este comentário, desconsiderar que os processos quase sempre constituem lideranças que desempenham atividades e estabelecem compromissos diferenciados em sua condução. Questionamos, isto sim, se a fixação dessa atuação em uma função específica não implicaria os efeitos sinalizados, a manutenção da concentração de poder nas organizações, e, particularmente, a restrição do desenvolvimento dessas habilidades e competências nos demais trabalhadores. A liderança poderia ser, nesse sentido, um fluxo aberto e provisório à implicação e à vinculação que os sujeitos constroem com as tarefas e atividades de trabalho, posição circunstancial a ser revezada em decorrência da especificidade de cada situação e do desejo dos sujeitos, não uma função definida de um ator institucional.

2.4.4. Produção compartilhada de informações, análises e conhecimentos.

O método da roda entende que há simultaneidade entre produção, coleta e análise de informações, procedimentos que devem fundir-se num método construtivo de conhecimento e intervenção na realidade. Uma das questões mapeadas como ponto de partida é a constatação de que se recorre pouco à informação construída pela própria experiência da equipe de trabalho.

Os apoiadores institucionais comporiam a equipe intervindo na construção de Espaços Coletivos, formados para definição de tarefas, análise e elaboração dos projetos de intervenção. Uma função matricial, mediada por contratos, que parte do reconhecimento de a gestão se exerce entre sujeitos, mesmo que tenham distintos saberes e recursos de poder (CAMPOS, 2000b, 2005). Ao apoio institucional caberia trabalhar a relação entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores. Finalidade que supõe trazer para os grupos as diretrizes definidas nas instâncias superiores e propiciar a avaliação e análise do contexto externo, debatendo pontos específicos como “diretivas organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre interesses e necessidades do público externo à Organização” (CAMPOS, 2000b, p.187).

A relação entre grupo e apoiadores institucionais deve ser construída considerando-se a interferência e circulação de afetos, razão pela qual é indicado como procedimento metodológico do apoio o reconhecimento e manejo dos processos transferenciais.

O principal papel do Apoiador é a produção de ofertas ao grupo, que se convertam em núcleos de análise:

O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Quem apóia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção (CAMPOS, 2005, p.87).

O apoio institucional procura introduzir ofertas que tragam para o Coletivo perspectivas distintas de compreensão e interpretação das questões e temas em pauta, que os incite ao estranhamento das “verdades” institucionais, de seu caráter transcendente e inquestionável. O apoiador responde, assim, pelo oferecimento de textos: temas, informações, teorias alternativas, relatos de caso etc., estratégias para estimular a análise e a abertura de novas possibilidades de compreensão e interpretação por parte do grupo.

Não há somente uma posição institucional para realização da função de apoio. Ela pode vir de um lugar de poder institucional (supervisor, auditor, diretor, etc.); de um lugar de suposto saber, no caso alguém externo ao grupo (assessor, consultor analista, etc); ou mesmo da conjunção das duas especificidades anteriores, como quando um profissional exerce sua função modificando-a no sentido de apoiar os usuários. Pode ainda ser concretizada numa relação de paridade, por um dos membros da equipe ou da comunidade, seja em sua atuação cotidiana, seja em instâncias de co-gestão (CAMPOS, 2005). O objetivo, entretanto, é

comum: a ampliação da capacidade analítica do Coletivo, de atribuir sentido e significado às coisas e fatos. Um esforço de aproximação crítica da realidade, remetendo-se e interrogando os sistemas de valores, investindo na potência de ação do grupo, já que para o método da roda ação e análise devem andar *pari passu*. Uma intervenção no modo como este compõe e reconfigura interesses, desejos e projetos, ofertas de se concretizem como um “saber estrangeiro”,

[...] contribuindo para atenuar a cegueira ou a resistência das equipes diante de impasses organizacionais ou decorrentes de sua própria dinâmica de funcionamento. Situações inibidoras da capacidade de análise e da implementação de Tarefas. Impasses, em geral, indicam bloqueios subjetivos ou políticos, objetivos impossíveis ou pontos de vista distintos. Pontos de vista que seriam examinados, analisados e interpretados, para posteriormente serem combinados com o saber e demandas da própria equipe, permitindo uma outra forma de operar sobre a realidade (CAMPOS, 2000b, p. 208).

Desta forma, os Textos ofertados pelo apoiador institucional são o principal instrumento do método para analisar a dinâmica dos Coletivos e intervir em seu desenvolvimento, por permitirem elaborar novos sentidos e significados que orientem o agir concreto. São entendidos de modo geral como um sistema ordenado de signos, mescla de dados objetivos e construção ativa dos sujeitos. Os temas trabalhados nos textos devem emergir, serem constituídos pelo Coletivo, indicando um desconforto, sinalizando sua utilização possível como analisadores de processos institucionais relevantes à intervenção, sempre com a perspectiva de alteração de dinâmicas instituídas (CAMPOS, 2000b).

O método aposta na capacitação das equipes para que escutem, observem e leiam, pois “poder interpretar é condição de liberdade” (CAMPOS, 2000b, p. 202), condição para a expansão do objeto a ser analisado, dos critérios, categorias e valores orientadores das interpretações elaboradas pelo Coletivo ou pelos sujeitos. Prática fundamental para a produção de sínteses alternativas, da transformação dos sistemas de referência e das ações concretas.

A Interpretação é, portanto, requisito para uma aproximação crítica dos objetos de trabalho, para a elaboração dos projetos de intervenção. Sugere-se que os projetos sejam compostos pela definição dos temas prioritários; pela análise do contexto, do modo como a situação em questão vem sendo produzida e reproduzida; pela definição de diretrizes e tomada de decisões em rodas; ~~pela construção de um rede de tarefas, julgadas necessárias para a~~ alteração do contexto; pela análise dos resultados da intervenção, e reelaboração do projeto

em decorrência da experiência concreta de sua implementação. Alguns recursos metodológicos são identificados como úteis a função de apoio (CAMPOS, 2000b):

- construção de rodas;
- colocar em análise a circulação de afeto, poder e conhecimento, explicitando a vinculação de cada um, inclusiva a própria, fugindo com isso da presunção de neutralidade;
- discutir a coordenação, o planejamento, a supervisão e avaliação do trabalho considerando as finalidades da organização (produção de bens e serviços, reprodução da própria organização e produção de subjetividade de trabalhadores e usuários);
- trabalhar ofertas externas valorizando as demandas do grupo, sem desconsiderar que toda oferta é interessada, ou seja, determinada pela implicação do apoiador;
- apoiar a construção de objetos de investimento do grupo e a composição de compromissos e contratos com outros coletivos e sujeitos;
- pensar e fazer compartilhados com o grupo, jamais em seu lugar;
- promover e autorizar a “crítica generosa” e o desejo de mudanças; e
- autorizar a si próprio a ser agente, e não apenas apoiados de equipes.

Em síntese, o método da roda reconhece como objetivos:

[...] investir na ampliação da capacidade de elaboração crítica e de definição, implementação e acompanhamento de Tarefas. há sempre um outro. Investir na ampliação do Coeficiente de autonomia e Capacidade de direção: capacidade de compor e articular interesses e reconhecer necessidades de outros atores, bem como identificar dados estruturados (instituídos), analisar o contexto e compor mapas de correlação de força (distribuição de poder), elaborando Projetos de mudança do instituído. Procurar tornar explícitos os mecanismos de geração de potência e impotência do Coletivo (CAMPOS, 2000b.,p.222).

2.4.5. Co-gestão como co-produção de sujeitos (e de Obras): o fator paidéia

O fator paidéia é uma conceitualização das funções pedagógicas e terapêuticas da gestão, de sua capacidade de intervir no plano de constituição e existência dos sujeitos e Coletivos organizados para a produção. Não representa, contudo, uma influência em aberto,

geradora, por exemplo, de dependência e impotência. Paidéia é um termo grego, com significado de desenvolvimento integral do ser humano, que Campos (2000, 2005) incorpora ao método da roda como forma de explicitar uma intencionalidade ético-política. Qual seja, que a co-gestão resulte na produção de sujeitos aptos a compreender, analisar e decidir sobre os processos institucionais e suas implicações, que afirmem novos padrões de relação entre as pessoas. Sujeitos e Coletivos que sejam capazes de intervir “[...] sobre o estruturado, seja sob a forma de criação de valores, seja sob a forma de reconstrução dos aparelhos sociais” (CAMPOS, 2005, p.41).

Por isto o aumento da capacidade de análise e de intervenção na realidade é o principal aspecto considerado. O efeito paidéia consiste, portanto, na produção deliberada de processos de subjetivação que ampliem o coeficiente de autonomia dos sujeitos e Coletivos, por meio da participação na gestão. O trabalho e o exercício cotidiano de poder em redes institucionais são pensados como contextos de aprendizado, nos quais a Co-gestão intervém como espaço de atuação em que o sentido e o significado da ação sobre o mundo são forjados de modo reflexivo, modificando em um mesmo processo agente e contexto.

Nesse sentido, o fator paidéia significa, sobretudo, o encontro entre ação política, gestão das organizações e análise dos processos subjetivos, partindo da compreensão de que produção de bens e serviços, constituição dos sujeitos e aprendizagem ocorrem simultaneamente, resultando na invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais. A centralidade que esta premissa ocupa no método da roda representa, por um lado, o reconhecimento de que a estrutura organizacional produz subjetividade; mas, por outro, significa também que a alteração destas estruturas depende do modo como os sujeitos, com seus planos e regiões existenciais, conjugados com pressões externas, atuam sobre ela. Co-produção, portanto.

Trata-se, ademais, da constatação de que produção de subjetividade é uma dimensão inerente ao trabalho em saúde, compromisso e implicação que as equipes devem observar nas relações que estabelecem entre si, com outras equipes e unidades, com os usuários e comunidade. Aspecto fundamental para que se dêem de modo democrático a interprodução de necessidades sociais, a negociação e disputa entre os interesses e desejos e a definição de estratégias e meios de atendê-los.

A cidadania se constrói lutando por ela. O sujeito se constitui no processo de vida real, etc. Ainda que se reconheça a existência e a eficácia de espaços especializados – o *setting* terapêutico, o curso de capacitação, o movimento social, etc. - o que se está assumindo é que

durante o processo de gestão, e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos (CAMPOS, 2000b, p.161).

Os entrelaçamentos entre co-gestão e efeito paidéia relevam a convivência em espaços públicos como condição para ampliação do coeficiente de autonomia dos sujeitos, de suas possibilidades de expressão e ação reflexivas, de composição de soluções e intervenções como mediações entre interesses, desejos e conflitos. Campos (2000b) define autonomia como capacidade de investimento do sujeito em objetivos ou objetos, fazer reflexivo, prática que se analisa e que determina as condições da liberdade. Capacidade de investimento porque somente situando-se a partir de certa intencionalidade um sujeito poderá co-produzir-se. Liberdade, não porque se suponha a ausência de constrangimentos, mas uma implicação ativa, o movimento de buscar interferir nas ofertas que os contextos apresentam, de atuar na construção da própria demanda.

Sujeitos autônomos seriam, em princípio, mais aptos a alterar relações de dependência e administrar conflitos. O desafio colocado pela perspectiva do agir paidéia estaria em ampliar a capacidade do trabalhador de intervir e negociar com a realidade externa, solidarizar-se com outros sujeitos e instituições, reconhecendo o outro também como sujeito (Campos, 2000b). Se autonomia pressupõe liberdade, a eficácia deste trabalho autônomo, além de requerer interesse e envolvimento, depende da forma como os trabalhadores se responsabilizam pelos problemas alheios, particularmente dos usuários dos serviços.

Merhy (2005) discute intensamente os espaços de autogoverno que marcam o trabalho em saúde, apontando para a necessidade da gestão de negociar com essa margem de liberdade e autonomia que todos os trabalhadores em certa medida possuem, a fim de construir um determinado caminho para a política de saúde. Essa seria uma constatação de que “todos governam”, desde o porteiro ao diretor da unidade, dada a centralidade do trabalho vivo em ato na saúde e seu amplo espaço de autonomia.

Consideramos que entre essas duas análises é necessária uma ponderação, uma diferenciação. O sentido de autonomia com que Merhy descreve o trabalho vivo em ato não remete necessariamente a uma práxis reflexiva, engajada na materialização de valores éticos de uma sociabilidade democrática e solidária. Trata-se de um espaço escorregadio às determinações administrativas, às alternativas de controle de que dispõem os gestores, mas ~~não igualmente escorregadio aos processos de subjetivação que atualizam relações~~ hegemônicas, nas quais a objetivação do outro é o principal efeito observado. Nesse sentido,

consideramos que os autores trabalham com conceitos distintos de autonomia, uma vez que seu significado como principal resultado do fator paidéia a equivale à ação reflexiva e comprometida com o outro da relação.

A função paidéia significa, neste plano, uma luta política pela hegemonia de certos valores, a afirmação de uma intencionalidade ética, compromissada na vida cotidiana com a produção de novos modos de viver, articulados a partir valores constitutivos da existência comum (CAMPOS, 2000b). Significa, em última instância, recolocar os sujeitos como centro da vida institucional, reconhecê-los como produtos e produtores do sistema de relações sociais, constituídos no atravessamento das lógicas de mercado, das políticas de estado, dos saberes disciplinares, do sistema jurídico-legal e dos valores culturais. Sujeitos que não se definem em si mesmos, mas pela rede de relações, constrangimentos e conflitos em que estão imersos, o que nos possibilita vislumbrar sua implicação ativa na atualização e transformação das práticas e políticas de saúde.

Como afirma o autor (CAMPOS, 2000b), mapeando uma tipologia de extremos, “haveria o sujeito instituído, o sujeito quase Destituído e o sujeito instituinte”. Porém, “[...] ninguém é absolutamente impotente, preso a comportamento previsível e repetitivo. O homem absolutamente instituído não existe” (p.106). Ainda que não nos seja possível transcender à condição de seres determinados, não haveria cristalização absoluta nas posições de objeto ou sujeito. A prevalência e permanência de uma destas condições seria resultado de uma produção subjetiva e social concreta, fruto da tensão entre as cristalizações culturais de modos de viver legítimos, de certas tradições que delimitam o interdito e legitimam o aceitável, e a condição dos sujeitos de co-produtores de suas circunstâncias (CAMPOS, 2005).

Desta forma, o método propõe-se uma leitura sobre a noção de sujeitos capaz de incluir tanto a postura de subordinação e adaptação, como os movimentos de ruptura e instituição de novas situações. O ser humano compreendido como devir, “estado e processo”, “identidade e mudança”, plano aberto à múltiplas potencialidades, à alternativa de transitar por distintas regiões existenciais, co-produzidas justamente por estes modos de passagens, que as recompõem.

O sujeito como Ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. Um Ser com um grau relativo e variável de autonomia para realizar desejos, interesses e necessidades, mediante processos de negociação-e-luta com o passado e o presente. Um ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso

despoído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto (CAMPOS, 2000b, p.68).

Ao longo de sua história, as teorias administrativas tenderam a não incorporar essa ambígua potência inscrita na condição de sujeito, limitando as práticas e a institucionalidade da gestão ao controle. Embora este “recurso” humano, tenha sido sempre relevante, havendo um leque expressivo de intervenções voltadas para produção de sua subjetividade em determinados territórios existenciais, esta manteve-se reiteradamente secundária como finalidade da organização.

Em direção contrária, o método da roda assume o fator paidéia como eixo vital, procurando desenhar arranjos organizacionais que rompam com a reificação do agir burocrático, promovendo condições para a concretização de um trabalho criativo. Reconhece-se que afirmar esta noção de sujeito e apostar na organização dos Coletivos requer a democratização do acesso ao trabalho autoral, já que “não há sujeito sem a produção de marcas no mundo” (CAMPOS, 2000b, p.55). Em outras palavras, a revalorização do trabalho e do trabalhador representam uma luta pela autonomia, pela condição de sujeitos, pela restrição e superação dos mecanismos de objetivação que permeiam a gestão das relações institucionais.

A co-gestão tem, portanto, como compromisso promover relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho, cujos resultados devem ser reconhecidos como obra coletiva, em que a participação de todos e de cada um é fundamental. O conceito de obra abrange todo o processo produtivo, desde a concepção à execução e aos produtos finais, pode significar tanto os resultados do trabalho, como as formas inventadas para realizá-lo e organizá-lo. Conceito que implica, inclusive, pensar a instituição como uma Obra coletiva.

A elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho são exemplos que permitem ver os trabalhadores como co-autores da própria organização, na medida em que esta se democratiza, com a ampliação do acesso às decisões e com a instauração de espaços coletivos que integrem os sujeitos em processos criativos.

Desligar o desejo do mundo do trabalho é um empecilho à constituição de obras e também de sujeitos com capacidade de singularizar-se. A alternativa sugerida seria articular a vocação interna de cada um com demandas e necessidades de outros (CAMPOS, 2000b,p.133).

A noção de Obra mostra-se um conceito ponte entre produção de valores de uso e interesses e desejos dos trabalhadores. Artifício necessário à construção de objetos de

investimento, sem os quais o trabalho tende a burocratizar-se. Pensar essa relação com o trabalho e com seu objeto impõe por derivação uma outra concepção de produto. Não apenas bens ou serviços são vistos como resultados da produção, mas também o modo como se define o projeto de intervenção e são feitos e refeitos os contratos que a viabilizam. Enfim, seu próprio processo, a reinvenção dos grupos e da instituição seriam também produtos considerados.

2.5. Considerações sobre a matriz conceitual “Em defesa da vida”

A matriz conceitual “Em defesa da vida” é perpassada pelo tema da gestão, o que podemos observar seja pelo papel que o conceito de co-gestão desempenha no método da roda, seja na proposta de uma análise baseada na noção de micropolítica do trabalho, ou ainda na discussão da recomposição dos fluxos e dos mecanismos de acesso ao sistema de saúde. Em todos estes casos percebemos uma vinculação comum ao protejo ético de “defesa da vida”, valor que orienta as intervenções e propostas teóricas formuladas pelo grupo do LAPA/UNICAMP.

Outro ponto que nos permite situar estas produções em uma mesma matriz conceitual é o modo como estes núcleos temáticos de convergência compõem-se em articulação com o conceito de desejo, segundo a acepção que Deleuze e Guattari lhe conferem. Um deslocamento importante em relação à tradição do campo da administração e planejamento em saúde, que incorpora a produção de subjetividade como questão fundamental para compreensão dos processos que determinam a gestão e suas possibilidades de transformação, para além da expectativa de racionalização, controle e antecipação dos resultados da produção. As contraposições e suas conseqüências teóricas em relação ao debate em torno da democratização das relações de poder colocam-se claramente quando se comparam as doutrinas do planejamento e da administração com a análise institucional.

Uma dessas distinções pode ser remetida à transversalidade com que a temática da política faz-se presente na vinculação entre desejo, trabalho e gestão. Analisaremos a seguir alguns destes nexos e sentidos, que surgem atrelados ao tema da democratização do Estado e das instituições de saúde.

A democracia é apresentada por Campos (2000b) como uma reforma social fruto da práxis de grupos sujeitos. Definição que aponta para a impossibilidade de produzir-se democracia isoladamente, para seu caráter de construção e instituição social, indicando,

também, sua dependência da produção de coletivos autônomos, do acesso a informações, da participação nas discussões e na tomada de decisão. Condições tidas como fundamentais para que a reforma sanitária conte com o apoio político de forças engajadas em seu pleno desenvolvimento.

Em suma, democracia dependeria diretamente da construção de espaços de poder compartilhado, nos quais as necessidades sociais possam ser co-produzidas, mediante o estabelecimento de compromissos e contratos. O que remete à transformação dos modos de exercício dos micropoderes, especificamente da função de controle que desempenham.

Neste sentido, essa concepção de democracia interpela a política em seu sentido amplo, remetendo diretamente à democracia institucional, que ganha importância não somente como um meio de organização, mas como um fim em si mesmo. O poder político é definido, então, como capacidade de intervir sobre o espaço urbano, sobre os modos de vida que o compõem, e sobre a forma como se estabelecem as prioridades em saúde. Acepção que inclui necessariamente o conflito entre os vários discursos técnicos, interesses e suas possibilidades de expressão, que podem efetivar-se tanto de forma coletiva, como em demandas por consumo, não sendo menos legítimas por isso. Conflitos democráticos que não se pode pretender superar em um “suposto e idealizado Projeto de Futuro, mesmo quando considerado, por inúmeras razões técnicas, como superior a esta resultante média dos conflitos acima anunciados” (CAMPOS, 2006, p.72).

Em última instância entender a política nesta perspectiva significa compreender que os resultados da participação democrática são imponderáveis à priori, não passíveis de condução e direcionamento, sob risco de perderem seu significado primordial, ainda que em nome da eficiência, da otimização e da competência do saber técnico. Desta forma, um dos desafios colocados à gestão da política e das instituições de saúde é não negar legitimidade à demanda caracterizada como espontânea, ao que ela presentifica e apresenta como determinada construção de sentido para a experiência do adoecimento e busca por atenção à saúde, expressando modos de apreensão dos processos sociais.

A democratização da gestão do Estado e, portanto, dos serviços de saúde seria um caminho para a concretização de formas diretas de exercício democrático, capazes de gerar novos padrões de sociabilidade e de direitos sociais. A luta por hegemonia cultural é considerada como fator político determinante para o sucesso da reforma sanitária, conferindo à democracia o sentido de uma “reforma intelectual e moral” (termos de clara inspiração gramsciana) com conseqüente instauração de convenções, normas e leis que a legitimem.

O desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter, que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a Instituição Pública for também capaz de criar mecanismos para captar estas reivindicações e desejos, expressão do movimento de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda, e que o mercado tão bem aprendeu a respeitar e a manipular (CAMPOS, 2006, p. 73).

A afirmação feita no trecho anterior expõe os limites que a intervenção técnica e os mecanismos de representação de interesses apresentam, quando o tema da democracia é debatido em sua necessária interface com o desejo. Interface historicamente negligenciada pela reforma sanitária, que não assumiu a democratização do cotidiano das instituições como projeto, fazendo a escolha por opções de condução em grande medida marcadas pelo argumento técnico-normativo e pelos dispositivos de representação que terminaram por restringir o “controle social” aos espaços dos conselhos e conferências de saúde. Como consequência, trabalhadores e usuários são afastados do cenário político, por meio do recurso a mecanismos de gestão autoritários, que impedem o controle real e cotidiano sobre a esfera pública.

É feita, por exemplo, a avaliação de que o movimento sanitário não concretizou, ou melhor, nem mesmo procurou concretizar, uma síntese entre as duas linhas de democratização da gestão dos serviços de saúde articuladas na década de 80, particularmente no contexto paulista. Seriam elas as iniciativas de configuração de Conselhos Administrativos e Técnicos e dos Conselhos de Usuários, que atuando de forma paralela não conseguiram fazer avançar a constituição de novos mecanismos de gestão democrática (CAMPOS, 2006).

Nessa mesma direção a análise da participação popular nos espaços dos conselhos de saúde é ilustrativa, dado o reconhecimento de sua incapacidade de influenciar os métodos de gestão, encontrando sérios limites para impactar o cotidiano dos serviços. A isto pode agregar-se a consideração de que mesmo que os conselhos de saúde fossem exemplarmente autônomos em suas atribuições (crítica normalmente feita à sua configuração e atuação) não poderiam substituir a gerência dos serviços, razão pela qual as reflexões teóricas vinculadas à matriz em defesa da vida defendem a generalização de outros micromecanismos de controle social que se efetivariam por meio de padrões mais explícitos de vínculo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Enfim, uma abordagem que remete a questão da democracia à construção de novos mecanismos de gestão das unidades de trabalho. Uma busca por uma nova forma de gerir o cotidiano dos serviços e trabalhar em saúde, baseado no exercício da autonomia das equipes.

São apontados como marcos para reorganização da assistência a co-gestão e a discussão do modelo assistencial a partir dos ruídos do cotidiano, a serem trabalhados como catalisadores e problematizadores da re-criação dos trabalhadores coletivos e da conformação dos espaços democráticos.

Ponto central identificado pelos diferentes autores é a necessidade de superar a separação entre as responsabilidades e tarefas ligadas à execução e aquelas identificadas à formulação, planejamento e gerenciamento do processo de trabalho. A horizontalização das relações, o estreitamento das distâncias institucionais, o estímulo à autonomia e à descentralização das decisões são apontados como aspectos estratégicos à democratização da gestão (MERHY, 1994).

Uma outra análise que gostaríamos de destacar, embora pouco explorada, relaciona diretamente a instituição de mecanismos mais eficientes e democráticos de gestão com o acesso por parte da população à conhecimentos específicos do campo da saúde. Vinculação feita em reconhecimento do papel relevante que o saber técnico desempenha na indicação de alternativas e possibilidades para a reforma sanitária, as quais, entretanto, considera-se que devem ser confrontadas em amplo debate, em um esforço de articulação entre participação popular, universidade e sociedade (CAMPOS, 2006). Consideramos que essa posição sinaliza uma questão importante, relativa ao acesso ao conhecimento como condição para real capacidade de debate, posicionamento e intervenção no jogo democrático. No entanto, não entendemos que essa assimetria restrinja-se ao acesso a informações e aos saberes estruturados, não podendo portanto ser resolvida pela incorporação de conhecimentos específicos, necessários à atuação dos atores sociais na medida em que legitimados como científicos. O desafio em nossa avaliação, e que pretendemos explorar com mais detalhes adiante, diz respeito à apropriação dos grupos (especialmente de setores populares) da capacidade de produzir conhecimentos sistematizados a partir de sua própria experiência.

Há um ponto específico que pretendemos questionar na formulação dada por Campos (2000) ao conceito de co-gestão. Embora no livro *Saúde Paidéia* essa ênfase seja suavizada, ainda assim, o modo como o autor propõe o conceito explicita que o compartilhamento da gestão refere-se particularmente aos trabalhadores das organizações, sujeitos privilegiados dos espaços coletivos que se busca instituir. Compreensão que podemos evidenciar no enunciado de que “a gestão de Coletivos deve incorporar os usuários, mas não com o mesmo sentido e proporção que os trabalhadores” (CAMPOS, 2000b, p.72). E que também podemos observar na composição proposta para conselhos gestores e colegiados. Nos primeiros, ao contrário dos trabalhadores, os usuários são inseridos mediante mecanismos representativos, sendo que

não chegam a compor os segundos, tidos como espaços protegidos da equipe. Gostaríamos, quanto a este ponto, de levantar algumas questões.

Ao nosso ver a noção de co-produção é particularmente fecunda por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde, devem responder. Outra dimensão fundamental da matriz é o reconhecimento de que produzir saúde significa concretizar como valor a defesa da vida.

Nosso questionamento dirige-se, sobretudo, aos efeitos que podem derivar da diferenciação pretendida entre as implicações dos grupos sociais. Ao reconhecer maior pertinência a participação dos profissionais, o conceito de co-gestão pode induzir, ou melhor, perpetuar, o modo como as instituições são apropriadas por usos corporativistas e privatistas, indo em direção contrária ao projeto de sua publicização e democratização. Risco que o próprio autor indica como tendência, ao propor às lideranças e ao apoio institucional a tarefa de trazer para o cenário do trabalho os interesses e perspectivas “externos”.

Sendo assim, indagamos se a aposta da co-gestão não deveria radicalizar-se, com a incorporação de todos os sujeitos implicados na condição de produtores das ações de saúde, o que não significa uma tentativa de homogeneização de seus saberes e responsabilidades. Ao contrário, é justamente a peculiaridade de suas diferentes inserções que importa quando defendida a participação ampliada como meio de democratização do cotidiano das instituições. O que se interroga é o caráter restritivo decorrente da incorporação à noção de co-gestão de qualquer argumento de autoridade ou legitimidade diferenciada, a qualificar antecipadamente a inserção de grupos e sujeitos.

Em relação ao outro ponto, a defesa da vida seria assumida como referência ética, a concretizar-se sempre de modo singular, não antecipável, em cada contexto particular. O que se pretende com essa sinalização é afirmar que se trata de um efeito e não um ponto de partida, cujos significados dependem intrinsecamente de sua materialização, do regime de produção por meio do qual se efetiva.

Ainda que ocupe a função de balizar eticamente as ações realizadas, a defesa da vida é um valor em construção. Não queremos aqui indicar que os autores caminhem em direção oposta. Ao contrário, convergimos em reconhecer o sentido potencialmente transformador da concordância em torno de valores éticos, o que, entretanto, não determina toda a produção de valor que os atos e a assistência em saúde podem gerar, e que pode extrapolar inclusive o que estamos aptos a identificar como defesa da vida. Diferença analítica importante de ser

evidenciada e trabalhada, principalmente quando retomamos a ressalva feita em relação ao conceito de co-gestão. Em outros termos, indagamos se não atualizamos um sutil autoritarismo ao supor ser possível defender a vida em nome alheio, sem considerar a dimensão produtiva e afirmativa da ação dos próprios interessados na construção do que é significado por esta defesa.

PARTE III

**Participação Política,
Produção de Valor e
Gestão em Saúde**

1. POLÍTICA E PRODUÇÃO DE VALOR

Nos capítulos precedentes apresentamos as principais linhas de configuração que engendram os planos filosóficos selecionados para o estudo. Como sinalizamos na ocasião da apresentação metodológica da pesquisa, a preocupação central foi delinear os conceitos e dispositivos de gestão propostos no campo da Saúde Coletiva, suas pontes, vizinhanças, imbricações e descontinuidades. Em suma, as inovações teóricas que ofertam ao debate sobre a gestão em saúde, o que constitui a especificidade de suas contribuições, tendo por marcador o tema da política em suas múltiplas significações.

Este objetivo, forjado com base na compreensão que Deleuze e Guattari (1992) desenvolvem do que seja um conceito, requisitou-nos certo distanciamento. Afinal, os conceitos apenas podem ser avaliados a partir de sua própria composição, dos nexos que estabelecem sua consistência interna, do(s) problema(s) que institui e ao qual se reporta. Enfim, sua condição de acontecimento não poderia ganhar sentido desde um outro plano filosófico.

Precisamente aqui deixamos exposta nossa implicação quanto ao objeto de estudo e, primeiramente, quanto ao problema com que o interrogamos. Ao abordar as interseções entre participação política e gestão em saúde, apontando as limitações dos dispositivos instituídos de controle social no SUS e dos mecanismos de representação que os conformam, nos posicionamos desde um determinado plano filosófico.

Neste capítulo nosso objetivo é explicitá-lo, dialogando com as questões levantadas pelas matrizes conceituais desenhadas. Diálogo que tem como efeito, necessariamente, a resignificação destes construtos, na medida em que os apropria tendo como perspectiva outros problemas que não aqueles aos quais tais conceitos originariamente respondem. Nosso desafio passa a ser apresentar as posições teóricas que nos levaram a indagar as questões de pesquisa, procurando fundamentar sua pertinência e a coerência dos artifícios que mobiliza e oferece como instrumento de intervenção-compreensão no tema da participação política na gestão em saúde.

1.1. Notas antecedentes sobre política e produção de valor na modernidade

Discutir as relações experienciadas e desejadas entre participação política e a gestão dos serviços e sistemas de saúde remete necessariamente ao modo como nossas sociedades se

organizaram a partir da emergência da modernidade, tendo como condição fundamental a separação entre os planos econômico, político e social da existência humana. Polarização que se apresenta na história do pensamento político como a dicotomia sempre evocada (mesmo que de diferentes maneiras e com distintos recursos conceituais) entre Estado e Sociedade Civil. O caráter de exterioridade que a instância estatal assume a partir dessa divisão assenta-se numa premissa política que pretendemos aqui contrapor: a da necessária divisão entre governados e governantes, entre governo (referência à política institucional) e vida social. Tal separação não é de modo algum acessória, podendo ser vislumbrada por meio de diferentes nomeações nos grandes autores da teoria política moderna, sendo o próprio fundamento da possibilidade de organização de um poder Estatal. Maquiavel sinalizou essa condição histórica de constituição do Estado ao significá-lo como um “*poder central soberano, legiferante e capaz de decidir, sem compartilhar esse poder com ninguém, sobre as questões tanto exteriores quanto internas de uma coletividade; ou seja, poder que realiza a laicização da plenitudo potestas*” (CHÂTELET, DUHAMEL, PISIER-KOUCHNER, 2000, p.38).

O aparato estatal e a centralização do governo são, portanto, historicamente indissociáveis, dinâmica cuja efetividade pressupõe a instituição dessa instância a partir de um fundamento transcendente que permite a postulação de sua pretensa exterioridade face às relações sociais, as quais se convertem em objeto de seu exercício normalizador e homogeneizador. O fortalecimento gradual e intenso do Estado administrativo dá-se sobre essa fissura e sua fundação, de tal sorte que “essa posição de poder, posição de exterioridade ao dado social que ele tem a missão de regular, já que ele é também seu tutor designado, faz do Estado o *gerente da sociedade*” (CHÂTELET, DUHAMEL, PISIER-KOUCHNER, 2000, p.161).

A fuga da fragilidade dos negócios humanos para a solidez da tranqüilidade e da ordem parece, de fato, tão recomendável que a maior parte da filosofia política, desde Platão, poderia facilmente ser interpretada como uma série de tentativas de encontrar fundamentos teóricos e meios práticos de evitar inteiramente a política. O que caracteriza todas essas modalidades de evasão é o conceito de governo, isto é, a noção de que os homens só podem viver juntos, de maneira legítima e política, quando alguns têm o direito de comandar e os demais são forçados a obedecer” (ARENDETT, 1981,p.234).

A história contemporânea dos Estados-Nação tem revelado importantes transformações no exercício deste poder soberano, desde a crise que tem como marco o fim da década de 70 do século XX. Modificações amplamente reconhecidas pelo termo

globalização, as quais nos deixam entrever a distinção necessária entre Estado e Soberania, uma vez colocada a inegável crise do Estado-Nação, expressa pela perda de prerrogativas fundamentais, como o exercício do poder militar, a regulamentação da moeda e a exclusividade cultural em seu território (NEGRI, 2003). Crise que sinaliza a transformação da relação de soberania, expondo sua imbricação com a organização das relações de produção. Novamente cabe frisar a afirmação de que a emergência do Estado Moderno não pode ser dissociada do processo histórico de configuração do modo capitalista de produção.

Concordamos com a avaliação (NEGRI, 2001, 2002, 2003) de que a modificação da relação soberana ocorre não simplesmente como expansão do exercício do biopoder edificado sobre o Estado de exceção, mas como uma resposta às lutas que se articulam em função das formas modernas de dominação. Conforme esta leitura, a falência do Estado-Nação, nos termos em que historicamente se concretizou, expressa a dimensão constituinte das diversas estratégias de anti-poder que se lhe contrapuseram, revelando, abertamente, que qualquer conceito substancial de soberania é por definição inadequado, já que “[...] a soberania não é uma substância autônoma, mas uma relação entre soberano e súdito. O poder soberano nunca é absoluto” (NEGRI, 2003, p.73).

Pensar a crise do Estado-Nação segundo esse prisma conduz à definição dada por Negri (2003) para o conceito de soberania como ponto de coincidência entre o econômico e o político. Nossa perspectiva de análise é remeter a interseção presente nessa designação do conceito de soberania à produção de valor. Ou seja, o processo de valorização é o alvo e o alimento da relação soberana, o que a torna o ponto de coincidência entre o econômico e o político. Isto representa pensar essa relação (esclarecido o fato de que não se pode tomá-la em termos absolutos) como luta pela apropriação de significações, formas de engendramento e codificação da vida, da prática política e da produção. Luta pelos espaços de governo da vida, pela gestão de seus processos e do campo de possíveis que a interpela. A produção de valor possui uma prerrogativa de importância fundamental na constituição dos territórios existenciais que demarcam a experiência humana, corroborando a afirmação de Negri (2003) de que a decisão política é sempre produção de subjetividade.

Cabe, neste ponto, um esclarecimento. A não definição, ou especificação do termo valor neste texto não é aleatória. Nosso propósito é justamente forçar a indiferenciação entre valor econômico, ético, jurídico, subjetivo. A dissolução dessas fronteiras de significação decorre justamente da perspectiva com que abordamos o tema da soberania, da intenção de que o processo de valorização deixe de ser reportado unicamente ao âmbito econômico, sem o

que a produção permanece confinada à relação de capital e a política codificada no âmbito do Estado.

O peculiar desdobramento dessa leitura enraíza-se na compreensão de que é a ação constituinte do viver que produz valor, e que não pode ser delimitada pelos adjetivos modernos que pretenderam [como o afirma Santos (2006), ao dizer que a disputa política é também epistemológica] esquadrihar a compreensão desses fenômenos em campos científicos como o social, o econômico e o político. Separações artificiais enredadas num jogo de poder que tem como finalidade a construção da ilusão de que o processo de valorização é resultado unicamente da inversão de capital. Não há produção que possa ser econômica sem ser subjetiva e política. E não é aleatório que a transformação da relação de soberania tenha tido relevantes sinalizações na produção e na organização do trabalho, a ponto de podermos falar numa sobreposição das relações de soberania e capital, que atualmente se espriam por todo o campo de forças sociais como um processo extensivo de capitalização do social que desconhece as fronteiras tanto “fabris”, quanto nacionais (NEGRI, 2003). Essa extensão, em que se tangenciam globalização e reestruturação produtiva (a interface entre os dispositivos de soberania e de produção), traz à cena, sobretudo, o caráter parasitário do capital, sua dependência dos processos constituintes imanentes à vida.

A principal característica de tais transformações encontra-se no fato de que o trabalho passa a requisitar cada vez mais dimensões imateriais que não podem ser submetidas à temporalidade e à organização espacial dos instrumentos produtivos característicos da modernidade. As atividades intelectuais, comunicativas e afetivas dos sujeitos, em suma, a dimensão ontológica do trabalho, que torna vida e atividade produtiva “uma única realidade de efeitos” (NEGRI, 2003, p.224), impõem-se como centrais à produção do valor, de modo que a quantificação do trabalho pelos parâmetros modernos (que utilizam o tempo como medida de intensidade e, portanto, de valorização) revela-se inadequada. A fronteira entre subjetividade, ou seja, os processos de constituição dos sujeitos, a ontologia social, e a produção de mercadorias e do mundo não se redesenha hoje ao modo das demarcações modernas. Como coloca Negri (2003), “[...] a ontologia social torna-se biopolítica”. Isso significa que a própria vida é investida pelo processo produtivo, “o conjunto das paixões, das linguagens e dos afetos que constituem as subjetividades (p.243).”

No entanto, compreender a relação entre vida e soberania exige que se tenha em perspectiva o fato de que, não obstante toda a configuração dos dispositivos de biopoder, a vida reafirma a dimensão ontológica que lhe é exclusiva, recoloca-se incessantemente como produção de subjetividades, de processos de singularização que instituem diferenças e rotas

de fuga face aos artificios de normalização transcendente que se lhe impõem por todo tecido social. Tal dimensão ontológica exerce-se como recusa às codificações preestabelecidas, a todos os modos de manipulação e de comando, os quais procuram centralizar e expropriar ao máximo a autonomia dos movimentos de renormalização singulares, em sua propriedade de construir novos modos de sensibilidade, de relação com o outro e de produção dos artificios humanos (GUATARRI E ROLNIK, 1999).

Nesse sentido, as reorganizações do trabalho contemporâneo, fruto da irreversibilidade das lutas que se colocaram em distintos planos na modernidade, expõem toda artificialidade de um modo de produção erigido sobre a fissura entre concepção e execução, governantes e governados, cuja principal premissa é a objetivação dos sujeitos como mais um elemento produtivo. Em outras palavras, afirmam (na medida em que a valoração passa a depender em alto grau das atividades imateriais) um coeficiente significativo de liberdade ainda não codificado e reapropriado pelo capital.

Os pressupostos e efeitos da relação entre soberania e vida são assim redesenhados em suas conexões com o conjunto da vida social. A transversalidade constituinte (GUATTARI e ROLNIK, 1999) que a engendra desconstrói os códigos de compreensão instaurados na modernidade, os quais tinham por característica a fragmentação dessas vinculações de sentido e, portanto, a fragmentação das lutas, e o constrangimento da confecção de artificios de produção do comum que poderia delas decorrer. A edificação dos muros simbólicos que delimitam as instituições modernas talvez tenha sido uma dimensão chave na atualização da hegemonia dos modos de subjetivação capitalísticos do período, na medida em que foram eficazes em compartimentalizar, serializar, modelar e esquadrihar o tecido social, criando fortes obstáculos para que a articulação de sentidos alternativos se configurasse numa produção de territórios subjetivos transversais a essas lutas.

A modificação do processo de valoração, ponto central de nosso debate sobre a relação entre vida e soberania, surge na constatação de que embora o trabalho continue sendo mensurável em sua intensidade, ele já não pode ser simplificado e reduzido a uma quantificação temporal, já que

“[...] o trabalho que produz valor é *antes* atividade criativa, depois poderá ser, eventualmente, medido e/ou alienado. Conseqüentemente, o trabalho real, ou seja, ‘complexo’, não poderá mais ser considerado uma *assemblage* de cotas de ‘trabalho simples’, mas uma ~~concatenação de atividades criativas, isto é, cooperação produtiva~~ (NEGRI, 2003, p.254).

Tais transformações assentam-se no fato de que o modo de produção capitalista, em sua emergência histórica como força revolucionária, parte de um paradoxo: por um lado sua potência constituinte advém do agenciamento do trabalhador coletivo; por outro, trata-se de um modo de organizar a produção que tem por finalidade expropriar os resultados dessa cooperação produtiva, por meio de sua apropriação como propriedade privada.

Quanto a esse ponto discordamos de Negri (2003) ao afirmar que o pós-fordismo e o pós-modernismo instauram uma nova forma de mais valia por introduzirem a exploração do comum (conceitualizado como cooperação). Em nossa leitura, essa tem sido sua prática central desde os primórdios, já que a exploração tinha como foco não o trabalhador individual, mas o coletivo de produção, ainda que fragmentado em cotas simplificadas de atividade. Daí que tenha sido fundamental que o trabalhador fosse ele mesmo produzido socialmente como individualidade, por meio das diversas instituições disciplinares que se configuraram a partir de então⁵, assim como foi essencial defender o direito à propriedade como fundamento dos direitos de cidadania (em consequência, da democracia liberal) afim de garantir a apropriação privada dessa cooperação.

O que talvez tenha se transformado nas estratégias de exploração seja o que adquire valor como expressão do comum, no caso não mais restritamente o objeto-mercadoria, mas a vida e os conhecimentos que dela derivam como experiência, os quais passam a ser alvo de uma tensão conflitiva em prol de sua apropriação como mercadoria, como bem passível de ser nomeado e manejado como propriedade privada. Negri (2003) converge com essa compreensão ao colocar que

“o desenvolvimento capitalista, a criação capitalista do valor se baseiam, cada vez mais, no conceito de captação social do próprio valor. A captação dessa novidade, expressão dessa atividade criadora, é o resultado de uma socialização crescente da produção. O que significa ainda: a empresa deve poder valorizar a riqueza produzida pelas redes que não lhe pertencem; a empresa, e portanto a organização do capitalismo cognitivo, se baseia cada vez mais em uma capacidade de apropriação privada, imposta por meio da captação dos fluxos sociais do trabalho cognitivo (p.94)”.

Um dos efeitos notórios da subjetivação da produção que resulta destas transformações do trabalho é o fato de que os processos de valoração derivam cada vez mais diretamente da capacidade de constituição do novo, da capacidade de acompanhar os movimentos do desejo. O valor se expressa como constituição de uma quantidade social que

⁵ Lembremos da discussão foucaultiana exposta anteriormente sobre a emergência dos saberes disciplinares que determinam a legitimidade do estatuto de normalidade do sujeito moderno.

deriva da efetuação de um possível, pela integração e coordenação sistemática de singularidades (LAZZARATO, 2006).

A inovação coloca-se como dimensão central da produção capitalista contemporânea e é justamente nesse aspecto que ela nos interessa, uma vez que a relação entre inovação e valor surge na inserção da atividade constituinte em um universo compartilhado que a significa, já que qualquer valor apresenta sempre uma dimensão comum, na medida em que sua legitimidade requisita o outro para estabelecer as referências e critérios de julgamento que a determinam. Nesse sentido, a atribuição de valor requisita um posicionamento (simbólico, afetivo, cognitivo e ético), que implica um processo coletivo de apropriação, de que resultam as individualizações que configuram as singularidades e suas imbricações, composições e disjunções, matéria-prima da tecelagem do social.

É justamente nesse aspecto que o valor apresenta uma implicação necessariamente política, uma vez que supõe um processo decisório acerca do que o humano constitui e reconhece como possibilidade. Convém lembrar que não nos reportamos à racionalidade instrumental, em seu frágil voluntarismo e em seus ritos procedimentais, ao vincularmos à produção do valor a um processo decisório. Nenhum estratagema de poder teleológico pode pretender responder por essa valoração, fruto de escolhas infinitesimais e incomensuráveis da multiplicidade, de suas singularidades e dos vetores de força que conformam o movimento de constituição da realidade. Neste ponto, onde inovação, valor e política se encontram podemos situar a liberdade, nos termos de Arendt (1998), que a compreende como o sentido da política, a liberdade de produção do novo:

[...] sempre que algo novo acontece, de maneira inesperada, incalculável e por fim inexplicável em sua causa, acontece justamente como um milagre dentro do contexto de cursos calculáveis. Em outras palavras, cada novo começo é, em sua natureza, um milagre – ou seja, sempre visto e experimentado do ponto de vista dos processos que ele interrompe necessariamente. [...] Se o sentido da política é a liberdade, isso significa que nesse espaço – e em nenhum outro – temos o direito de esperar milagres. Não porque fôssemos crentes em milagres, mas sim porque os homens, enquanto puderem agir, estão em condições de fazer o improvável e o incalculável e, saibam eles ou não, estão sempre fazendo (p.42)

Como enfatiza a autora, a inovação carrega consigo um horizonte alargado de liberdade, já que sua dinâmica traz a possibilidade sempre recolocada de ruptura com os mecanismos e modos de atualização dos padrões e referências codificados e constituídos como hegemônicos. O que pretendemos destacar é a percepção de que a descontinuidade que

lhe é inerente aprofunda o desencontro entre o processo de valoração e sua apropriação capitalista. Descompasso que impõe à relação de soberania a temporalidade de ruptura própria dos movimentos de anti-poder e dos processos de subjetivação que os configuram, de modo que “na descontinuidade do tempo produtivo determina-se assim uma passagem ontológica, ser constituído é sempre e novamente ser constituinte... (NEGRI, 2003, p.71)”.

A relação soberana passa a depender claramente da atribuição de valor que se efetiva fora dela, o que converte em problema político fundamental a disputa pela normalização dessa capacidade de designação e legitimação característica do processo de valoração, em sua dimensão de coletivização e produção do comum. Esse aspecto torna relevante uma diferenciação conceitual na compreensão da relação entre vida e soberania.

A perspectiva foucaultiana do biopoder enfatiza o modo pelo qual a vida é investida de um arsenal de dispositivos que visam sua governamentalização, o controle e a organização das populações como tecnologia de governo sobre seus fenômenos de conjunto. Um biopoder que, reportado historicamente ao nascimento do liberalismo, se ocupa da “[...] gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade na medida em que esses sujeitos se tornam, no desenvolvimento do Estado Moderno, coisas importantes para o poder” (NEGRI, 2003, p.103). Enfim, um conceito que trata da “economia política da vida em geral” (NEGRI, 2003, p.105). No que tange a essa discussão Negri (2003) vale-se do recurso a uma diferenciação entre biopoder e biopolítica que nos parece apropriada.

Tal distinção é estabelecida na identificação do biopoder à definição acima exposta, ou seja, às estruturas e funções de governo que têm nas tecnologias do Estado e na governamentalização da vida o foco principal. Em contrapartida, a biopolítica é entendida como emergência de processos de subjetivação a partir do campo de forças em que se articulam tensões, relações estratégicas, lutas e tecnologias de poder. Nessa acepção, o conceito tem como especificidade o plano da experiência, da resistência às codificações externamente determinadas. Em função da imanência que o caracteriza, a transversalidade da crítica é potencialidade inerente ao seu movimento. Nesses termos, a biopolítica equivale ao plano de constituição de processos subjetivação.

Adotamos a diferenciação entre biopoder e biopolítica porque explicita a prerrogativa ontológica que atribuímos à vida, destacando que no campo da biopolítica podemos situar a intransigência da liberdade, o exercício de constituição de alternativas e de valoração das que se nos apresentam, posto que somente a vida produz valor. A vinculação entre valor e vida inscreve a biopolítica num outro registro, como “uma passagem do político ao ético” (NEGRI, 2003, p.106).

Essa passagem somente acontece se ancorada em artifícios de produção do “comum” que tornem a valoração um processo público, não apropriado por grupos e segmentos específicos. Por meio dela a dimensão política da experiência humana explora a extensão de suas potencialidades ao converter-se em premissa ética, na medida em que as implicações coletivas assumem centralidade na definição dos territórios existenciais e produtivos. Perspectiva que para alicerçar-se demanda a crítica a todo processo de individualização e privatização que caracteriza a modernidade.

Nesse sentido, a passagem do político ao ético (aqui tomada não como uma negação do plano político, mas como sua refundação para além dos limites da democracia liberal) concerne à gestão coletiva (portanto pública) dos processos de valoração e normalização da existência. O conceito de “comum” com que trabalhamos não diz respeito a qualquer unidade, ou totalização, mas à negação do comando, à negação da apropriação privada e da objetivação da capacidade produtiva da vida. O comum define-se, então, como o exercício da liberdade em suas implicações éticas com a ontologia social, em seu compromisso com a diferença e com os processos de singularização, que permitem reconhecermo-nos e fazermos-nos humanos em nossa pluralidade (Arendt, 1981). Nessa direção, a produção de artifícios consoantes à passagem do político ao ético requer a dissolução das fronteiras disciplinares do entendimento e da práxis, assumindo a extensividade do que enxergamos separadamente como político, econômico, subjetivo e social.

Importante pontuar que o processo de produção e legitimação do valor articula as referências éticas não como pressuposto transcendente, mas como condição de possibilidade e efeito da cooperação produtiva. Quando reportamos tal cooperação não aludimos restritamente à confecção de mercadorias de consumo, mas a toda produção de mundo e humanidades que caracteriza a ação humana como fonte de todo valor, o trabalho como “junção comum das potências produtivas de uma multiplicidade de sujeitos (NEGRI, 2003, p.255)”. Faremos quanto a este ponto um esforço de resignificação do conceito de trabalho.

Nossa intenção é diferenciar o trabalho das categorias modernas que o confinam à relação capitalista de produção, sempre mediada pela perspectiva do lucro. Quando o assumimos como fonte de constituição de valor, compreendemos o trabalho em sua inscrição como experiência, como atividade,

[...] como “dispositivo constituído e cooperativo [...]. Isso significa, então, que não se poderá mais falar do trabalho como uma quantidade, como uma repetição, como uma simples alienação, em suma, como uma entidade física ... assumimos não apenas que o valor é construído

na produção social (coisa totalmente óbvia), mas também que a *produção social* se apresenta já de modo *cada vez mais comum*, isto é, como multiplicidade de atividades sempre mais cooperativas dentro do processo de produção (coisa menos óbvia) (NEGRI, 2003, p.254).”

Nessa perspectiva, trabalho e vida não se diferenciam enquanto produção social, na medida em que é a teia cooperativa de que emergem que qualifica a experiência humana como produção de valor e questiona, ao mesmo passo, todo o sistema de hierarquias moderno que pretendeu conter a potência ontológica dessa indiferenciação pelo comando, pelas estratégias de objetivação da ação. A desvalorização da atividade feminina e do ambiente doméstico, a pretensão de que a fragmentação e simplificação do trabalho pudessem excluir a subjetividade (lembramos da célebre frase de Ford, de que o operário deveria deixar a cabeça junto com o chapéu ao adentrar a fábrica) são exemplos contumazes disto.

A implicação coletiva que subjaz às determinações da produção de valor, bem como o fato de ser este o alvo primordial dos dispositivos de poder, reforçam a constatação de que na modernidade a vida torna-se o campo de disputa política por excelência, a despeito de toda construção de sentidos que pretendeu restringir a política à representação, à esfera estatal, assim como pretendeu reduzir o entendimento do trabalho a sua inscrição na relação de capital.

1.2. Atividade humana, suas relações com a política, a linguagem e produção de valor.

A nova conformação da produção de valor, que se concretiza como impossibilidade de delimitar seu lócus à fábrica e de restringir sua temporalidade ao tempo de trabalho apropriado pelo assalariamento, leva-nos a optar pelo termo atividade, em lugar da nomenclatura trabalho. As justificativas dessa escolha podem ser remetidas à preocupação de ampliar os contornos tradicionalmente associados a esta palavra, sempre marcada por sua inserção e pelos limites que a constroem à relação de Capital. Nossa intenção é reforçar a dimensão potencialmente produtiva de toda experiência, formulação que para esta pesquisa adquire importância destacada.

Não se trata, entretanto, de uma negação do conceito, uma crítica à sua “expansão sem limites”, tal qual o posicionamento que Lazzarato (2006) advoga, ao questionar as filosofias do sujeito que fundamentam tanto a conceitualização socialista (como “manifestação de si e relação com o outro”), como a designação capitalista do trabalho (subordinação e exploração).

Ao contrário, a opção pelo termo atividade representa justamente uma tentativa de expor a fragilidade da segregação entre os territórios da prática política e o conjunto das relações

sociais (por definição produtivas). Nesse sentido, representa uma provocação à sua expansão, ao confronto com os modos contemporâneos de exploração e apropriação privada da riqueza, assentados sobre a redução da remuneração às atividades inscritas na relação de Capital, não obstante toda a criação de valor que a extrapola e antecede. Um esforço de aprisionar as forças sociais mobilizadas na rede produtiva nos limites necessários para “conservar como valor dos valores já criados” (LAZZARATO, 2001, p.29), e impedir a transformação do valor mercantil (objeto-troca) a partir do plano ético das relações humanas.

Para compor este conceito de atividade, resgatamos as contribuições do campo da Ergologia, que correspondem a atividade à toda experiência humana que, marcada pela singularidade e pela impossibilidade de sua antecipação, faz-se produtora de história. Afinal, “se ‘história’ tem um sentido, é exatamente o que é parcialmente não antecipável na experiência humana, o que a distingue do termo experimentação, já que a experiência é sempre em parte encontro” (SCHUWARTZ, 2000, p.1). Desta forma, a atividade produz história na medida em que proporciona sempre a experiência inédita do encontrar de sujeitos, saberes, técnicas, normas, instituições etc. Deste modo, frente ao vazio de normas que a atividade humana expõe (posto que nenhuma normatização é capaz de contê-la em seu registro), faz-se história, são re-interrogados os saberes, as normas, produz-se incessantemente realidades sociais. Pois, como afirma Schuwartz (2000),

Se esse concentrado de história é sempre em parte inacabado, carente, isto significa que a história se re-escreve em permanência, que novas normas de construção de saberes, de construção do social, de ‘renormalizações’ incessantes que vem a ser em todos os lugares onde os grupos humanos se mobilizam para produzir. (p.3)

A atividade faz-se, então, de usos do humano de si, da problemática negociação frente aos espaços de possíveis abertos à experiência, à renormalização parcial dos meios de vida. A palavra *uso* é referida como estratégia para distanciar o conceito de sua apreensão como execução. Mesmo porque, conforme Canguilhem, a saúde seria justamente a capacidade de criar novas formas de vida em confrontação com o meio.

A atividade poderia ser entendida como essa perene tentativa de desneutralizar a relação com o meio, de procurar recentrá-lo segundo suas próprias normas. Seria, nesse sentido, uma outra definição do *viver* humano, posto que “há qualquer coisa que não é viver se nos assujeitamos às normas de um meio, se somos uma espécie de marionete num meio do qual sofremos as conseqüências” (SCHWARTZ, 2004a, p.13). Assim, acompanhando Schwartz (2004a), consideramos imprescindível tomar a atividade como *vida*, como o desafio

sempre colocado aos homens de viver e fazer história. Afinal, “a vida não pode se desenrolar sob o registro do estrito enquadramento, ou da estrita hetero-determinação, dito de outra maneira, do assujeitamento estrito ao meio; isto seria invivível” (SCHWARTZ, 2004a, p.10). Ao formular desta forma o conceito, o autor enfatiza a impossibilidade de conter a vida no prescrito, no codificado, no instituído. Em sua compreensão insistentemente ela os extrapola, exatamente na medida em que exige do humano a criação, a reinvenção incessante de si. Prerrogativa ontológica que garante a todos ser e fazer história, a cada momento singular, sendo essa composição do conceito que nos interessa, por auxiliar o entendimento da dimensão constituinte do agir que impede sua objetivação absoluta.

Tal demanda imperativa somente pode ser dirigida a sujeitos. Esclarecemos a necessária distinção entre sujeitos e individualidades, sendo o primeiro conceito pertinente àqueles que, estando no centro da atividade, respondendo ativamente pela gestão de suas variabilidades, pela síntese de todos os elementos heterogêneos por ela requisitados e postos em movimento, responde também pelo debate de normas e, portanto, de valores, que dela resulta. Talvez seja esse, justamente, o “coração” da atividade, a despeito de toda diversidade que o conceito abarca: o fato de a atividade requisitar *a produção e confrontação de valores*, de pressupor sempre a existência de escolhas. Escolhas do viver que expõem a implicação dos sujeitos na configuração e atualização de territórios existenciais, na constituição de ser. Essas definições, ainda que ínfimas, não remetem jamais apenas às individualidades. Através delas, dos usos que são feitos de si, definem-se por consequência relações com os outros, modos de vida, formas de sensibilidade, referências simbólicas, territórios existenciais.

É necessário pensar a presença do outro na intimidade de suas escolhas de ser (pode-se dizer “escolhas de ser, destinos que você constrói para si), mas **inversamente** o modo como você responde aos outros lhe é, eu diria, inelutavelmente pessoal. Você não pode, se posso dizer, desvencilhar-se dessa responsabilidade pessoal nessa construção coletiva. (SCHWARTZ, 2004b, p.6)

As decisões conformadas pela atividade, no encontro do gerir que se torna assim coletivo e compartilhado, emergem como formas e sentidos para a vida, instituindo uma confrontação de valores que produz o humano e seus mundos possíveis. Essa afirmação nos reconduz à compreensão das implicações políticas do agir humano.

Como discutimos, a tradição disciplinar das ciências políticas tendeu a encerrar o político nas instituições estatais, nas dimensões identificadas como macro-sociais, reportando a política unicamente ao plano do instituído, do normalizado, às tecnologias de

governamentalização da vida e suas tentativas de contê-la no existente. Mas a política, ou biopolítica como a definimos anteriormente, ao contrário de restringir-se a tais instituições, abarca-as na medida em que remonta às definições acerca do existir. Isso, contudo, sem que equivalha à artificialidade das fronteiras que tradicionalmente separam o social, o político, o econômico e o subjetivo. O político é, segundo essa leitura, horizonte ontológico, perspectiva de constituição histórica de ser social (NEGRI, 2002), que se faz política não por ser exclusivamente estatal, mas por incidir nos dispositivos de poder que configuram a produção de realidades sociais. Tomando por base essa compreensão da questão, a atividade humana é eminentemente política. É plano aberto de possíveis ao ser política, ao instituir formas de vida, ao implicar os contornos e sentidos do humano.

Há realmente um problema de valores, de *escolhas de valores* [acrescentaríamos, de produção de valores], confrontado diretamente às políticas, às políticas econômicas, às políticas em matéria de serviço público, às políticas em matéria de emprego. Por detrás disso, estão todos os fenômenos atuais. [...] Logo, dentro do infinitamente pequeno do trabalho [eu diria, mais propriamente, da atividade] encontram-se os maiores problemas do político. [...]” (SCHWARTZ, 2004b, p. 9)

Olhar para a atividade a partir dessa perspectiva nos confronta com a implicação ética de sua transversalidade. Se o pólo da atividade requisita por definição a produção e a confrontação dos valores que organizam nossas sociedades (já que não há valor restrito à esfera individual, já que a linguagem nos faz impreterivelmente criadores e herdeiros de sentidos partilhados), ele também nos convida – ou intima – a interrogar permanentemente a forma como os valores engendram e determinam as normas antecedentes do existir coletivo.

Desafio que remete a uma passagem do político ao ético, principalmente quando observado que grande parte das normas existem como dispositivos de objetivação dos sujeitos, de silenciamento da dimensão instituinte e radicalmente democrática de sua atividade. São as molduras que delimitam os espelhos através dos quais nos reconhecemos (SCHWARTZ, 2004b): saberes, formas de desejar, de valorar, regras do conviver, normas do fazer e do ser. O viver humano, porém, escapa permanentemente às tecnologias e dispositivos de poder que ensaiam sua clausura. Como nos afirma Schwartz (2004b), “há uma obscuridade que [...] coloca à distância toda a objetivação do sujeito [...]. O essencial é restituir a forma pela qual o sujeito escapa sempre, a seu jeito, de ser objetivado – e a atividade, é isso que ela nos diz!” (p.10).

Quando colocamos o tema da objetivação dos sujeitos, nos deparamos com tecnologias de governo que têm como enredo maior a expropriação da dimensão política da atividade humana. O principal mecanismo desse exercício de poder é a produção de invisibilidade para as implicações políticas do viver, mesmo e, principalmente, em sua dimensão cotidiana, ainda quando se apresentam no âmbito das questões pessoais (nem por isso menos coletivas, posto que sua transversalidade é o solo e principal recurso dos demais processos sociais). Tecnologias de governo que se revelam característica fundamental da sociedade moderna, como discutimos acerca da emergência do Estado de Direito. O que não equivale a dizer que seja apenas na esfera do Estado que a produção dessa invisibilidade se afigura. O que Hanna Arendt (1981) discute como sendo a promoção do social é a outra face desse cenário histórico, edificado sobre a dicotomia Estado-Sociedade, em função da qual a participação política é apresentada como momento de articulação desses dois pólos pelos mecanismos de representação.

Segundo a autora, a divisão que caracterizava a antiga sociedade grega entre espaço privado - marcado pela hierarquia inerente ao poder patriarcal e pelos assuntos próprios das necessidades de subsistência humana, território familiar circunscrito por claros limites - e espaço público - espaço político da polis, fundado na igualdade dos cidadãos perante as questões coletivas - foi substituída na modernidade pela polarização entre o espaço do social e a privacidade do individualismo moderno, que tem por principal função a proteção da intimidade. A forma de polarização que advém com a constituição do social torna a dependência mútua em prol da subsistência o fato de importância pública fundamental (ARENDR, 1981, p. 56). Ao diferenciá-la da produção e confrontação de valores que determinam a experiência coletiva, a polarização entre o social e o âmbito privado procura excluir da esfera pública (que podemos aqui significar como plano de visibilidade) a dimensão política inerente à ação humana, restringindo a vida à preocupação com a subsistência.

Discordamos da concepção de política implícita na leitura realizada pela autora, uma vez que analisamos inclusive a polarização da antiga sociedade grega como uma fratura erigida sobre a expropriação do plano político da atividade humana. Perspectiva que se choca com a análise realizada por Arendt, que parte da divisão entre labor, trabalho e ação, como categorias cuja distinção é erguida no fato de implicarem, ou não, a dimensão política. Contudo, consideramos interessante a sinalização feita por ela acerca das especificidades da experiência política na modernidade, particularmente no que diz respeito à substituição da ação pelo comportamento. Fenômeno cujo maior efeito é a destituição do caráter político da

esfera pública, intensificado pelo fato de que quanto maior é o corpo político de uma sociedade, maior é a probabilidade de que o social (nos termos que ela o designa) a constitua em detrimento da política. Aspecto que Arendt sugere aferirmos na prevalência dos problemas (e da construção de sua legitimidade) como pertinentes exclusivamente à garantia dos processos vitais de subsistência. Levando em consideração apenas as questões relativas à esfera da necessidade, ou pautando por ela as demais, não se pode estranhar que o uso se converta em consumo com a emergência da sociedade, e que seus processos adquiram aceleração crescente.

Um fator decisivo é que a sociedade, em todos os seus níveis, exclui a possibilidade de ação, que antes era exclusiva do lar doméstico. Ao invés da ação, a sociedade espera de cada um dos seus membros um certo tipo de comportamento, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a “normalizar” os seus membros, a fazê-los “comportarem-se”, a abolir a ação espontânea e a reação inusitada (Arendt, 1981, p.50).

Em nossa compreensão, o que a autora identifica como “ação espontânea e reação inusitada” é justamente o caráter de normatividade que constitui a dimensão política da atividade humana, e que nesse sentido é transversal a todas as relações dos homens entre si e com o mundo (o que, aliás, só arbitrariamente pode ser assim dividido). Tomando como referência as considerações da autora, podemos dizer que tanto a emergência da esfera social como espaço público por excelência, como a organização política do Estado na modernidade, têm por base o mesmo processo: a redução (posto que discutimos sobre a impossibilidade de sua extinção) da autonomia política dos sujeitos na produção de realidade. Quanto a isso, a experiência da polis grega permanece emblemática. Não por sua fundação na distinção entre labor, trabalho e ação, ou seja, na distinção entre o espaço privado da família, a produção e a política, mas porque apesar dessas exclusões e desigualdades o que Arendt (1981) identifica como o espaço discursivo da aparência situava-se em primeiro plano na organização coletiva, conferindo visibilidade à experiência política. É o fato de ser condicionada pela possibilidade de trazer à aparência processos que de outro modo passariam por naturais e autônomos que determina a especificidade dessa experiência, e torna a ação (definida aqui pelo caráter normativo com que se coloca no artifício humano de um mundo de relações) e o discurso seus elementos essenciais.

[...] Tudo o que os homens fazem, sabem ou experimentam só tem sentido na medida em que pode ser discutido. Haverá talvez verdades que ficam além da linguagem e que podem ser de grande relevância

para o homem no singular, isto é, para o homem que, seja o que for, não é um ser político. Mas os homens no plural, isto é, os homens que vivem e se movem neste mundo, só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos (Arendt, 1981, p.50).

Esse espaço comum (que também podemos ler como plano de produção do comum), em que os homens compartilham, articulam e conferem novos sentidos a suas experiências, é o que permite ao artifício humano a produção de mundo, de realidade. É no espaço de aparência assim configurado pela necessária intermediação de matérias de expressão que qualquer objetividade é forjada, por meio da construção e apropriação coletiva de objetos e referências. Dessa forma, a dimensão de bem comum que resulta dessa produção expressiva é fundamental à experiência política, na medida em que é condição de enunciação e valoração dos sentidos e efeitos da ação humana. Repetição e diferença são resultantes desses processos, que situam os homens uns em relação aos outros.

Conviver no mundo significa essencialmente ter um mundo de coisas interposto entre os que nele habitam em comum [...] pois como todo intermediário, o mundo ao mesmo tempo separa e estabelece uma relação entre os homens. A esfera pública, enquanto mundo comum, reúne-nos na companhia uns dos outros e contudo evita que colidamos uns com os outros, por assim dizer. O que torna tão difícil suportar a sociedade de massas não é o número de pessoas que ela abrange, ou pelo menos não é este o fator fundamental; antes, é o fato de que o mundo entre elas perdeu a força de mantê-las juntas, de relaciona-las umas às outras e de separa-las (Arendt, 1981, p.62).

A experiência política implica diretamente as condições de produção de sentido para a atividade humana, o modo como são forjados planos de visibilidade que se instituem enquanto dimensão pública fundamental à produção do comum. Seguimos aqui a leitura foucaultiana de que as sociedades se definem pelos enunciados que formulam, pelo que assim se apresenta como possível e visível. Regimes de verdade que delimitam por consequência as fronteiras nas quais seus sujeitos ao mesmo tempo reconhecem o existente e a si próprios.

As escolhas e valores do viver coletivo requerem, portanto, a produção de artifícios e artefatos que expressem a ação humana, e que permitam a recriação de seus usos simbólicos e semióticos. Em outras palavras, usos que tenham como possibilidade a conformação de novos e outros sentidos para o real. Nessa apreensão, a participação política situa-se, fundamentalmente, como disputa pelas possibilidades expressivas de constituição e articulação de agenciamentos coletivos, posto que as máquinas de expressão incidem de modo estratégico no controle do processo de constituição do mundo social. Os territórios de

expressão são territórios de lutas pela apropriação e codificação do sentido, “[...] enfrentamento, tanto estético, como tecnológico, pela criação do sensível, e dos dispositivos de expressão que o efetuam” (LAZZARATO, 2006, p.159). Lutas sem as quais permanecemos reféns de mundos normatizados, numa ordem autoritária do sentido, em que a existência fecha-se nas alternativas preestabelecidas, nos mecanismos de controle de sua potência de diferenciação e produção de si e de mundos.

1.2.1 Eu falo, tu falas, ele fala: nós falamos ...

Tais colocações permitem-nos explicitar a interseção entre política e linguagem, a qual discutiremos tendo por referência a leitura realizada por Lazzarato (2006) da obra de Bakhtin. De partida podemos dizer que o termo interseção traz consigo algumas derivações implícitas. A mais importante a ser destacada é a preocupação em não afirmar uma justaposição total, ou seja, não supor que as matérias de expressão que forjam a realidade humana possam ser reduzidas à linguagem, ainda que estejamos aqui compreendendo-na como condição de enunciação do possível.

O sentido ou acontecimento tem uma estreita relação com o signo e com a linguagem, porque é através deles que o sentido se expressa. Mas a linguagem e o signo não contém o sentido. [...] O sentido tem uma independência das palavras e também das coisas [...] é um incorpóreo que age na fronteira das palavras e das coisas, da matéria e do espírito (LAZZARATO, 2006, p.197).

Em consonância com o autor, definimos sentido por tudo o que pode ser englobado como resposta a uma questão, acepção que o remete a dois aspectos em especial. Em primeiro lugar sua identificação à condição de Acontecimento, ou seja, de evento que produz transformação nos processos de subjetivação, operando como problematização, questionamento de hábitos, modos de significar e compreender o que está dado. O sentido estabelece necessariamente uma diferenciação que o posiciona em relação aos arranjos simbólicos e semióticos já constituídos e codificados. É necessariamente dialógico, posto que se constitui na alteridade dessa diferenciação, ao afirmar uma “relação diferencial de valores” frente ao outro, entendido aqui como “expressão de mundos possíveis” (LAZZARATO, 2006).

~~Em decorrência, a vinculação entre política e linguagem apresenta-se no fato de que, mais do que expressar sentidos, a linguagem é primordial em sua produção, ao oferecer a~~

palavra como meio de relação com o outro. Por sua riqueza semântica, suas ressonâncias, a palavra é artifício de construção de relações, instrumento de designação, denominação, metaforização, marcação temporal e espacial, antecipação e projeção. Expressa emoções, símbolos, crenças, racionalidades, articulando-os em uma complexa rede de interações (LACOSTE, 1998). Ao produzir-se como fala, a linguagem forja o plano comum da experiência humana, sua condição dialógica de ser “relação com o tempo, com o outro, com o coletivo” (LACOSTE, 1998, p.32).

A criação de valor no modelo pós-fordista, marcada por intensa subjetivação de seus processos, faz com que a linguagem seja a principal ferramenta produtiva de que se vale o trabalho vivo. Em outras palavras, é preciso destacar que a atividade humana requisita as linguagens não apenas como instrumento de comunicação, mas também como artefato imediatamente produtivo. “Nessa perspectiva, podemos identificar o entrelaçamento da revolução produtiva e da revolução lingüística, a determinação da transformação ontológico-produtiva em ação, lá onde valor produtivo e sentido lingüístico constroem um percurso comum (NEGRI, 2003, p.149)”.

O imbricação entre valor e linguagem dá-se, portanto, em sua dinâmica reticular de cooperação, que produz justamente os interstícios que inviabilizam sua apropriação privada. A linguagem, nesse sentido, ancora sua potencialidade ontológica naquilo que a identifica à liberdade, no fato de ser o “que há de mais comum na vida dos homens” (NEGRI, 2003., p.257), o que nos permite utilizá-la como referência emblemática do conceito de “comum”. Tais características expressam-se em determinados aspectos, como por exemplo, a impossibilidade de redução da linguagem a uma utilização meramente instrumental, o fato de ser campo de mediações e constituições a partir do qual a vida humana escapa à sua plena objetivação. A limitação que a dinâmica lingüística das coletividades impõe às tecnologias de comando resulta de seu movimento aberto ao devir, à inovação, e que responde pelas transformações da atividade humana em direção à centralidade do trabalho imaterial.

Quando atividade e linguagem se interpõem na condição de máquina ontológica a experiência do comum adquire realidade (NEGRI, 2003), o que acontece antes que o valor seja quantificável pelo capital e subjugado à esfera das trocas econômicas. As implicações entre linguagem e valor explicitam, desta forma, o patrimônio comum como condição de qualquer produção, o que nos impõe o problema político de assegurar o reconhecimento do “[...] valor comum à cultura, à civilização, ao saber, às habilidades profissionais e a todas condições ecológicas, associativas, urbanas que pré-constituem condições da economia capitalista (NEGRI, 2003, p.257)”.

O paradoxo que surge com a negação da premência do comum revela-se justamente na constatação de que apenas a atividade humana pode mobilizar e tornar produtivos tais elementos que remetem à acumulação do trabalho passado. Atividade, patrimônio comum e saber encontram-se condicionados à linguagem e à cooperação, colocando-nos o desafio político de restituir simbolicamente nos processos de produção de valor “a centralidade da práxis comum, que é união concreta do saber e da ação (NEGRI, 2003, p.227)”.

Sem que este desafio torne-se um problema político fundamental, dificilmente poderemos pensar em processos de democratização que sejam efetivos em romper com as limitações impostas pela compreensão liberal de governo democrático. Trata-se, nesse sentido, do desafio de “reinventar a emancipação social”, expressão utilizada por Santos (2006) que tomamos de empréstimo.

Compartilhamos aqui a hipótese, lançada por Negri (2003), de que é fundamental não a tomada de poder (o que supõe a manutenção da relação), mas a produção de novos e diversos contra-poderes que transformem os espaços institucionais e a produção das normas que os determinam. Essa perspectiva aponta para tanto para a articulação de redes de cooperação, como para a produção de saberes, artifícios técnicos e dispositivos que viabilizem a produção e legitimação de bens comuns, libertando a criação de valor das amarras da apropriação capitalista. Seria esse nosso horizonte de passagem do político ao ético.

2. A GESTÃO EM SAÚDE: NEXOS ENTRE O COTIDIANO INSTITUCIONAL E A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO SUS

Neste tópico nosso objetivo é discutir os possíveis sentidos que o plano filosófico apresentado anteriormente nos permite construir como perspectiva de participação política no cotidiano institucional da gestão em saúde. O ponto de partida dessa reflexão deve necessariamente reportar-se aos valores que fundamentam o SUS como campo de lutas por direitos sociais que mobilizou amplos setores da sociedade brasileira em torno de um projeto setorial comum (o que não significa homogeneidade e consenso). Política pública que logrou consolidar em seu arcabouço jurídico o compromisso de transformação e justiça social que reuniu tão diferentes atores e segmentos da população engajados na reforma sanitária. Em sua implementação no período posterior à constituição de 1988, o SUS concretizou-se como contexto de lutas sempre atualizadas, potentes na medida em que remetidas à defesa do direito à saúde como valor e bem comum, razão pela qual nos parece representar um movimento de proporções e efeitos singulares na história do Estado Brasileiro. Intencionalidade política que exige a construção de novas formas de governo que estabeleçam rupturas substantivas com a tradição moderna de intervenção do “Estado de Direito”.

É quanto a este ponto, justamente, que cabe interrogar como a gestão dos serviços e sistemas de saúde tem respondido ao desafio de radicalização do projeto democrático do SUS, sem o qual a luta pela atenção à saúde, em outras palavras, a luta pela materialização dos princípios que o organizam formalmente, assume o caráter restrito de acesso e consumo de serviços. Uma breve retrospectiva de seu processo de consolidação nos mostraria o grande avanço que marcou sua institucionalização, em especial os instrumentos normativos de organização da atenção. Destaque-se, a esse respeito, o impacto das normas operacionais, a reorganização da Atenção Primária com a Estratégia de Saúde da Família e a recente perspectiva de ampliação da pactuação federativa das políticas. Esses são importantes exemplos de artifícios institucionais que responderam pela estruturação do SUS em âmbito nacional, por sua significativa capilaridade em tão abrangente contexto e num período histórico relativamente curto.

Nossa intenção é destacar que a presença marcante de artifícios normativos aponta qual tem sido a tendência hegemônica na gestão das políticas de saúde. Em razão dela, e não negligenciando os avanços alcançados em sua implementação, alguns indícios nos fazem questionar se os desenhos institucionais que hoje configuram o SUS respondem plenamente

aos desafios de democratização das políticas do setor. Enormes são os obstáculos vividos nos serviços de saúde, motivo pelo qual consideramos que a discussão sobre a gestão do SUS deve ser situada no cotidiano institucional, nos cenários concretos onde se efetiva. Castanheira (2000) nos ilustra algumas dessas dificuldades, entre elas “[...] os conflitos entre a necessidade institucional de estabelecer normas para o atendimento, e as necessidades mais imediatas trazidas pelos usuários”; ou ainda, “o conflito entre os interesses de grupos de trabalhadores da unidade, e de cada trabalhador individual, com as normas da instituição, de um lado, e com as demandas dos usuários, de outro” (p.222).

Ao propormos remeter a discussão da participação política à gestão do cotidiano institucional não retomamos em nossa análise a distinção entre gestão e gerência⁶ instituída pela NOB 96. Concordamos com Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) que, dada a persistência de orientações centralizadoras e frente ao desafio que se impõe à gestão em “[...] propor e fomentar arranjos descentralizados, resolutivos, solidários e permeáveis à participação da população, desde o sistema local de saúde” (p.62), tal diferenciação torna-se secundária, uma vez que assumimos que

[...]o principal núcleo dos desafios colocados à gestão, nesse contexto, é relativo à capacidade de implementar práticas cotidianas suficientemente densas para produzir, no limite da radicalidade possível em cada situação, tensões e rupturas com a cultura instituída e com as tecnologias de gestão existentes” (p.65)

A tendência à centralização normativa que têm caracterizado a implementação do SUS, muitas vezes, mesmo (ou principalmente), por grupos comprometidos com o ideário do movimento sanitário, pode ser justificada como tentativa de garantir sua efetuação, num cenário histórico marcado por uma assistência pública à saúde fortemente mercantilizada, defendida por grupos de interesses vinculados ao complexo médico-industrial que acumulam grande poder de intervenção. Em face deste quadro, como o estudo das matrizes conceituais nos permitiu constatar, a luta por um sistema público de saúde universal e equânime foi identificada com o referencial da epidemiologia e com as correntes que tinham por objeto o planejamento e planificação das políticas públicas, influenciadas pela produção teórica da CEPAL.

⁶ Na Norma Operacional Básica de 1996, a gestão é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. A gerência, por sua vez, “é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema”.

Ainda que muitas vezes advogando a participação popular e o planejamento ascendente, os modelos de gestão propostos no âmbito do planejamento e da programação em saúde redundaram na permanência de práticas calcadas na centralização normativa da gestão das políticas públicas e no controle do processo de trabalho nas instituições de saúde. Em grande medida essas formulações expressam uma concepção de política marcada pela noção de antagonismo, em que a alteridade é percebida como fato inevitável, porém refém de uma contraposição em função da qual os projetos e intencionalidades políticos disputam por prevalecer. A política seria, assim, terreno da aniquilação do outro. Campo de disputa e construção de hegemonia, que mesmo quando defendida desde a perspectiva do contra-poder, não deixa de implicar um horizonte de totalização e de superação da alteridade, vivida como oposição frontal (de vetores em mesma direção e sentidos opostos). A análise do Planejamento Estratégico Situacional, maior referência do campo, nos possibilita visualizar com clareza essa concepção de política.

A normalização e a racionalização das práticas foi, nesta trajetória, fortemente identificada com o projeto de reforma sanitária, como caminho impreterível para a construção de um outro modelo assistencial, determinando em conseqüência as formas de gestão das políticas de saúde e a especificidade das responsabilidades que configuram a inserção institucional do gestor. Características que convergem com a tradição que tem orientado as estratégias de gestão modernas, cuja emergência histórica é marcada por necessidades específicas do modo de produção que se configura a partir do final do século XIX com o desenvolvimento do capital monopolista.

Nesse contexto, o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, condição legitimada pela separação nas organizações sociais entre o momento da concepção e o da execução. Concordamos com a análise feita por Campos (2000), segundo a qual, não obstante seus compromissos democráticos, a efetivação do SUS seguiu os cânones dessa racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina. Enredamento que encontramos particularmente nos dispositivos propostos pela programação em saúde, pautados pela preocupação em restringir a autonomia da prática clínica por meio da normatização dos processos de trabalho das unidades de saúde e pela ênfase no papel da gerência, efetivada pelo médico sanitário.

Os baluartes desse modelo de gestão são os mecanismos de indução financeira responsáveis pela implementação dos programas verticais e das normas operacionais que estruturaram o sistema. Forma de condução que transparece a premissa de uma grande

concentração de poder no “núcleo central” da gestão e a respectiva limitação da autonomia dos demais segmentos e sujeitos implicados. Não seria, afinal, coincidência que grande parte dos problemas identificados (como os relacionados anteriormente) no cotidiano do sistema diga respeito à relação dos sujeitos com as normas que organizam a produção dos serviços no SUS. A tentativa de exercer um controle eficaz apenas é viável se acompanhada de formas de contenção, ou mesmo de eliminação, das subjetividades e suas singularidades. Em certa medida podemos imaginá-las como instrumentos de garantia do sistema apesar dos sujeitos que o compõem.

Essas considerações não pretendem advogar a possibilidade de organizações sociais sem recursos e instrumentos institucionalizados. Não é por esse caminho que pretendemos conduzir a problematização da gestão. Como já colocamos, nosso objetivo é pensar as possibilidades que os modos de gestão apresentam de construção de novas formas de participação, que não somente as delineadas pelos mecanismos da representação. Interessamos, para tanto, repensar a tendência predominante observada na construção das estratégias de planejamento e gestão, na qual a “[...] hipervalorização de técnicas de objetivação e, portanto, de uniformização arrefeceu em muito a preocupação dos saberes em saúde com a subjetividade e a cultura de seus clientes” (CAMPOS, 1994, p.251).

Conforme vimos, essa tendência em parte se explica pela preocupação de transformação do modelo assistencial a partir da integração das práticas clínicas e sanitárias. Apesar da legitimidade histórica de tais objetivos, não há como desconsiderar a impossibilidade, ou melhor, o fato de que não devemos sequer esperar ou intencionar excluir do plano das intervenções e da produção de saúde as singularidades e os movimentos desejantes que constituem o social. Aspectos que o Modelo Assistencial em Defesa da Vida soube tão oportunamente apontar.

Ao contrário, em nossa avaliação, a discussão dos modos de gestão em saúde remete à impossibilidade de total centralização do processo decisório. O que é preciso enfatizar é que esse “ato de gerir” não é jamais estritamente uma tarefa técnica (GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990), como tampouco é uma tarefa exclusivamente determinada pelo gestor. Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores gerem e configuram a assistência prestada ao escolherem agir numa ou noutra direção. Mesmo que em “discretos gestos”, escolhem estabelecer determinadas relações com os demais profissionais e com a comunidade. Atualizam velhos modelos ou produzem a abertura para novas possibilidades. Assim como o faz a comunidade e os usuários singulares, ao procurarem um pronto-socorro para resolver uma queixa que tecnicamente é considerada

relativa à atenção primária. Ou ainda, quando visitam a rezadeira antes de dirigir-se à equipe de saúde da família para tratar a diarreia da criança, ou quando retornam aos profissionais dessa equipe, efetivando uma contra-referência que inexistente no cotidiano da prática profissional. Como salienta Arendt (1981), a história não tem criador porque não é criada, já que se podemos compreender a inserção de seus agentes, não é possível jamais determinar seus autores, a não ser pelo recurso a objetos teóricos transcendentais, como a Providência, a “mão invisível”, o “espírito do mundo”, ou o interesse de classe.

Algumas vezes pequenas, outras vezes mais aparentes, essas escolhas convertem as normas e desenhos institucionais em atos e práticas concretas. São elas que produzem de fato realidade social. É a partir delas que as instituições de saúde adquirem “vida”, é com elas que o direito à saúde ganha materialidade. São essas pequenas escolhas que tornam a concepção racionalista do sistema de saúde um modelo frágil e sempre deficitário.

[...] o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora” (CECÍLIO E MEHRY, p.199, 2003).

Mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, implicações e perspectivas, são um pouco autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto. Pois não se pode subsumir o fato de que normas e instrumentos operacionais somente existem como prática social em situação, compreendida aqui segundo a acepção que lhe confere Matus. Aspecto que coloca um grande desafio à gestão, já que tal vitalidade depende da percepção de que a intervenção em saúde diz antes da construção de relações (das tecnologias leves, segundo Merhy), da configuração de redes cooperativas, do que da estrita normalização do processo de trabalho. Mesmo porque, a ação, atividade por definição normativa dos sujeitos, e nessa medida, sua participação política, não pode ser de forma alguma isolada das dimensões reticulares em que se tecem as relações humanas. O que faz com que seus efeitos tenham como movimento primordial a tendência a espalhar-se e a repercutirem sem que seja possível sua objetivação ou a previsão incontestável de sua direção e de seus resultados. As conseqüências da ação são, nesse sentido, impossíveis de serem plenamente antecipáveis já que, imanentes à sua efetuação, articulam-se com os demais processos que compõem a realidade como artefato humano compartilhado.

Arendt (1981), seguindo a tradição grega, diferencia os momentos que compõem a ação como *archein e pratein*: o começo, ato inicial que inaugura a ação como possibilidade; e a realização, a condução, o gesto de por em movimento, com que a ação se desdobra para além de seu princípio. Ainda que se possa identificar para o primeiro momento certo sujeito (mesmo que coletivo), a concretização da ação jamais decorre exclusivamente dele, uma vez que se articula em um plano de relações. Assim, a separação entre gestão e execução; governo e vida social não pode ser lida a não ser como ficção, dado que jamais alguém poderá agir isoladamente ou supor responder totalmente pelo curso empreendido por suas ações, ou por aquelas de decide serem realizadas. Essa, contudo, foi a expectativa e a presunção dos modos de gestão modernos, que entendem – ou pretendem afirmar – a ação dos homens como um dentre os demais recursos de produção.

O papel do iniciador e líder, que era um *primus inter pares* [...] passou a ser o papel do governante; a interdependência original da ação [...] dividiu-se em duas funções completamente diferentes: a função de ordenar, que passou a ser prerrogativa do governante, e a função de executar, que passou a ser o dever dos súditos. [...] Contudo, a força do iniciador e líder reside apenas em sua iniciativa e nos riscos que assume, não na realização em si. No caso do governante bem sucedido, ele pode reivindicar para si aquilo que, na verdade, é realização de muitos. [...] Através dessa reivindicação, o governante monopoliza, por assim dizer, a força daqueles sem cujo auxílio ele jamais teria realizado coisa alguma (ARENDRT, 1981, p.202).

Expor a dimensão de expropriação inerente à separação entre os momentos de concepção e execução revela toda a arbitrariedade dessa presunção. Em consequência, reportando a questão ao campo da saúde, podemos afirmar que se de fato à gestão cabe “gerir a coordenação” dos processos de trabalho e da organização do sistema público de saúde, isso não deve representar a centralização do poder de decisão acerca deles. Afinal, são nessas decisões que a assistência ganha forma e intencionalidades, são nessas decisões – poderíamos dizer, em termos foucaultianos, micro-políticas – que os sujeitos implicados podem exercer sua capacidade normativa, podem exercer a participação no SUS como uma atividade política.

2.1. Pensar a gestão como produção de normas e de saúde

A norma, fundamento da racionalidade gerencial hegemônica, remete necessariamente à afirmação de valores. Na medida em que se institui uma referência do normal, alguns valores são eleitos em detrimento de outros e se afirmam então como constitutivos dos

parâmetros nos quais a normalidade é reconhecida. Em outras palavras, a norma, o normal, apenas existe como afirmação de valores, ainda que sendo usualmente feita equivalente à compreensão naturalizada de saúde. “O elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações, e que permite controlar a ordem do corpo e os feitos de uma multiplicidade humana é a norma” (CAPONI, 1997, tradução nossa, p.300).

Essa dimensão, em verdade alicerce da normalidade, não é evidente em si mesma. Implícitos e pouco enunciados em seus efeitos, os valores que fundamentam a compreensão do normal, e, portanto, das normas que o organizam, não são debatidos na experiência cotidiana dos sujeitos. Razão pela qual a constituição de um plano de visibilidade sobre os valores produzidos e confrontados socialmente torna-se, em nossa compreensão, questão política fundamental.

As instituições que configuram a sociedade significam mais que estabelecimentos ou organizações, correspondem às lógicas que funcionam como reguladoras e estruturantes das práticas sociais, e que, segundo o grau de formalização que adotem, podem expressar-se tanto em leis e normas, como em regularidades de comportamentos. São, nessa acepção (BAREMBLITT,1992), lógicas que fazem movimentar sentidos e territorializações existenciais, usualmente sem que tal caráter produtivo seja explicitado. Em seu texto sobre estatuto epistemológico do conceito de saúde na obra *a Canguilhem*, Caponi (1997) apresenta uma interessante leitura do institucional como o âmbito alheio aos discursos, como precisamente o não discursivo.

Esse aspecto é relevante no debate sobre a forma como a gestão se concretiza. Sendo relação, e não substância ou lugar passível de ser possuído, o exercício do poder não é jamais completamente expropriado dos sujeitos, o que faz com que essa forma de gestão, que descontextualiza a experiência e a implicação normativa da atividade, apenas seja possível com a limitação de sua autonomia, muito embora ela permaneça intervindo como elemento essencial de determinação dos processos sociais. Do que advém a necessidade de centralização da capacidade de governo e de acesso aos instrumentos e dispositivos formais desse exercício.

Somos aqui confrontados a uma tradição de concentração das decisões, pautada pelo estriamento hierárquico da realidade social que se atualiza pelas instituições, pela verticalidade e pelo fluxo descendente das informações. Uma tradição para a qual os sujeitos ~~que vivem as políticas pouco ou nada sabem delas, para a qual o planejamento dessa esfera,~~ supostamente pública, apenas pode dar-se pelo recurso aos saberes disciplinares, numa dinâmica em que a concepção é anterior e exterior à execução das políticas. Uma pretensão de

intervir no viver desde uma forjada exterioridade, bastante característica da atuação do Estado como gerente da sociedade.

Dado o peso dessa tradição, em nossa perspectiva o compromisso ético que fundamenta o SUS apenas pode concretizar-se se constituídos planos de visibilidade sobre os modos como são forjados e confrontados valores nas instituições de saúde. É preciso que sejam engendrados artificios e dispositivos de expressão que permitam a recriação dos sentidos que se atualizam nas instituições (e que nessa medida as atualizam também). Usos de si, das palavras, e de matérias outras de expressão, para e pela atividade, que conformem novos e diversos sentidos para o real, que não aqueles do silenciamento e da exclusão. Considerações que nos levam a pensar que a participação política supõe necessariamente o atravessamento da linguagem e de suas potencialidades expressivas.

É preciso, sobretudo, que os sujeitos e segmentos sociais, historicamente alijados dos processos de decisão da gestão das políticas públicas, reconheçam esses territórios institucionais enquanto espaços nos quais seu saber e sua experiência são requisitados como estratégia política de constituição de realidades sociais. Sem o que os serviços de saúde tendem a expressar o movimento de permanência nos registros que organizam as normas das instituições dentro dos limites modernos do Estado de Exceção.

Frente a esses desafios endossamos a avaliação de Campos (2000) sobre o problema do “fortalecimento dos sujeitos (em sua capacidade de análise e intervenção) e a construção de democracia institucional” (p.41). Imaginamos que essa é uma perspectiva interessante de problematização da gestão, posto que remete a democracia à capacidade de ser normativo, o que implica, necessariamente, as possibilidade de co-gestão dos processos institucionais.

Todo homem quer ser sujeito de suas normas. A ilusão capitalista está em acreditar que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio. [...] A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como termos de um conflito sempre aberto, e por isso mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito (CANGUILHEM, 2001, p.121).

A participação no SUS poderia colocar-se como o problema de construção dessa democracia institucional e de publicização dos processos decisórios que conformam as políticas de saúde. Para o que é preciso desarticlar os discursos que pretendem justificar como questão estritamente técnica a centralização do poder de governo. Ao contrário, a tarefa

de repensar a gestão apenas pode ser abordada na opção pela politização da técnica, como expuseram Gonçalves, Schraiber e Nemes, (1990) ao defender a ação programática como um valor-Saúde. O ponto de partida deve ser “tornar políticas” as ações e seu cotidiano, no sentido de expor suas implicações com a configuração da assistência, seus efeitos sobre a produção do bem comum que é a política de saúde.

Tais colocações nos levam a questionar as decisões e opções técnico-políticas que tornaram possíveis os desenhos institucionais esboçados no SUS. Falamos, aqui, do desafio de constituição de planos de visibilidade para os valores que permeiam e embasam os processos decisórios que o determinam. É no âmbito da gestão desses processos, nos territórios reais onde ocorrem, que podemos pensar a participação política. A participação como sendo ela própria uma atividade de luta e saúde. Mesmo porque, esses são dois sentidos dificilmente separáveis. Seguindo o caminho delineado por Canguilhem (CAPONI, 1997) a saúde seria essa capacidade de “enfrentar e superar as infidelidades do meio” (tradução nossa, p.291), a margem de segurança que nos permite confrontar os fracassos, erros e desafios inerentes à vida. Distante da alternativa de manutenção perene de qualquer equilíbrio, a saúde é justamente esse movimento de luta pela vida, pela condição de ser sujeito em suas trilhas, autor de seus percursos. Em outras palavras, não apenas o movimento de adaptar-se, mas a luta em ser normativo.

É preciso pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar a capacidade de administrar de forma autônoma essa margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por não dizê-lo, de ‘mal-estar’ com o qual inevitavelmente todos devemos conviver. (CAPONI, 1997, tradução nossa, p.300)

Enfim, consideramos importante destacar nos processos de produção de saúde e doença suas implicações políticas, já que o exercício normativo supõe necessariamente a conformação e atualização de territórios existenciais, de processos de subjetivação. Nessa medida, o público (não se leia aqui inadvertidamente o estatal) é uma arena normativa incontornável, em que saúde e autonomia são sentidos que não podem ser dissociados. Mas essa garantia depende de lutas que remetem à instituição de outras normas, à construção de outros dispositivos de participação política que proporcionem visibilidade para a produção dos valores legitimados e institucionalizados pelas práticas de gestão.

Tais questões demonstram a necessidade de repensar os modos de gestão do Sistema de Saúde, já que o cotidiano institucional expõe as limitações que a tradição gerencial enfrenta na concretização de projetos e programas, principalmente quando se apresenta como

horizonte desejado a transformação de suas instituições. Nesse sentido, a realização das políticas públicas do setor vai muito além de sua adequada formulação, ou da criação de mecanismos de controle burocratizados.

A experiência histórica de implementação do SUS manifestou a ineficácia resultante de tentativas de estabelecer objetivos, novos instrumentos de produção de informação, reorganizar os processos de trabalho, reformular a composição das equipes, construir novas unidades e disponibilizar verbas, inclusive grandes investimentos em capacitação, sem que sejam questionadas no âmbito da gestão as relações cotidianas de poder que permeiam e configuram as instituições de saúde. De fato, as dificuldades enfrentadas nos confrontam com os limites das tentativas de reformar as instituições sem explicitar a dimensão política das práticas, sem produzir visibilidade para as implicações que geram na produção de valor.

Nisso, ao nosso ver, se situa a potência da perspectiva de análise que adotamos: o foco nas relações e em seus efeitos, o que necessariamente significa interrogar os dispositivos de poder que respondem pela restrição da capacidade de governo da vida da maioria. Com isto, pretendemos justificar a posição assumida de que a discussão sobre o que seja e o que se deseja da ação de participar não deve ser entendida estritamente como representação em espaços instituídos para este fim, como no caso dos colegiados e conselhos administrativos, mas como pertinente ao cotidiano das atividades institucionais. Sem o que dificilmente os espaços já formalizados de representação política deixarão de reproduzir as relações de força que os sujeitos historicamente vivenciam no dia-a-dia do Sistema de Saúde. Condição, enfim, para a reinvenção das possibilidades democráticas no SUS.

2.2. Perspectivas democráticas e suas condições de possibilidade: sobre a participação política e os desafios da reorganização das instituições e da gestão em Saúde

Apresentaremos a seguir algumas reflexões sobre os caminhos possíveis de reorganização das instituições de saúde e de sua gestão a partir dos conceitos de atividade, saúde e valor que expusemos. Um primeiro elemento a discutir seria a necessidade de constituição do valor-Saúde como bem comum, não redutível às divisões corporativas e mercantis que historicamente delimitam as práticas no campo.

A noção de bem comum corresponderia, aqui, ao modo como se exerce e se materializa em nossas sociedades as condições da produção de valor, quando resultantes de implicações éticas que asseguram ou inviabilizam sua apropriação privada. O bem comum

seria a interseção de práticas, instituições e dispositivos de diversas ordens (técnicos, comunicacionais etc.) que engendram territórios existenciais pautados por uma ética do Comum (embora essa adjetivação seja em nossa perspectiva redundante). Ou seja, territórios existenciais que acolhem as singularidades em sua prerrogativa normativa de constituição de mundo, tendo por critério de valoração a expansão da vida, e não sua exploração, limitação ou cerceamento. Sentidos que nos permitem ler o bem comum como artefatos e artificios que viabilizam a articulação de campos de força que produzem como efeito de realidade relações e práticas de liberdade e igualdade. Um adendo faz-se necessário. O conceito de igualdade exige certo cuidado em sua abordagem, já que falamos de igualdade como condição de reconhecimento formal e legitimidade do direito à diferenciação. Damos aqui ênfase à processualidade aberta e indeterminada da diferença (por isso o termo diferenciação), estratégia imprescindível para resguardá-la dos riscos de qualquer apreensão identitária.

Identificamos que as produções teóricas sobre o modelo assistencial em Defesa da Vida representam uma importante contribuição, posto que trazem para primeiro plano na gestão em saúde o problema do valor que orienta as ações e definições institucionais. Defender a vida é apresentado claramente como um esforço de valorar em determinada direção ética a produção de saúde, perspectiva que compartilhamos, porém tendo uma ponderação a fazer.

Assumindo o valor como criação imanente, efeito da atividade cooperativa das redes sociais, de sua capacidade de produção de subjetividade e de mundo, caberia em nossa opinião um esclarecimento quanto à Defesa da vida como valor norteador das práticas de gestão. Qual seja, a possibilidade de tornar-se uma referência transcendente, um certo “lugar a chegar”, confundindo a potência ética da noção de bem comum com determinadas configurações institucionais, ações ou modos de operar a produção de saúde previamente estabelecidos. Isto porque, ainda que em uma situação específica tais configurações possam instituir rupturas importantes, é preciso não perder de vista que em qualquer circunstância histórica fechar a temporalidade constituinte dos processos sociais em conformações institucionais que se definem como exterioridade, suspensão dessa temporalidade, pode significar novas codificações e cerceamento da atividade em seu movimento normativo.

Não pretendemos em hipótese alguma sugerir que este desdobramento se faça presente nas produções teóricas que analisamos. Nosso intuito é somente apontar os riscos de atualização das relações de poder aos quais estamos sempre expostos. Nesse sentido, a ressalva que fazemos significa, sobretudo, um alerta para a sedução que se apresenta em cada esquina e em cada passo de nossas lutas. Pensar a defesa da vida como valor-Saúde, como

bem comum, requer a recusa em definir institucionalmente o que seja essa defesa, como ela deve acontecer nos processos materiais. Uma recusa das formas de centralização normativa, sempre próximas à gestão, pois essas conformações de sentido devem ser o resultado de práticas de liberdade e justiça, e não seu ponto de partida. Caso contrário, ainda que inicialmente potentes em suas ofertas normativas, em pouco a história exporia o envelhecimento rígido de nossas certezas. Como, aliás, tantas vezes já o fez.

Essas considerações derivam em outras perguntas: como então pensar a dimensão ética da noção de bem comum, se ela não pode ser de antemão definida? Ou seja, como saber o que recusar e o que afirmar em nossos movimentos de normalização e renormalização das práticas institucionais?

As interrogações feitas nos remetem ao cerne da criação de valor em suas determinações e atravessamentos com a linguagem. Expõem diretamente o fato de que valorar é, em última instância, tanto engendrar sentido, como proceder avaliações, uma vez que os valores expressam intensidades e investimentos desejantes. Podemos então, definir mais precisamente alguns conceitos-chave para nossa reflexão. O que apresentamos como capacidade normativa corresponde, portanto, às escolhas e às avaliações que a atividade requisita ao humano. Nesse sentido, podemos aproximar (ao ponto de confundir, de não ser possível uma diferenciação) a produção de valor e a capacidade normativa da atividade. Sobreposição que não deve ser apreendida de modo algum em referência a uma exterioridade: o exercício normativo presente em toda atividade não equivale à aplicação de leis e normas institucionais (o que não significa desconsiderar a importância das territorializações existenciais, sem as quais o humano não pode reconhecer-se e produzir-se). Inclusive porque estes recursos de sobrecodificação não conseguem jamais manter a atividade em seus limites, dada a “intransigência da liberdade” que a história nos solicita insistentemente.

Não pretendemos aqui sugerir a possibilidade de sociedades sem estes mecanismos de regulação, mas apontar o fato de que é preciso incorporar em nossas instituições (na apreensão anteriormente definida), como estratégia de sua determinação, o movimento normativo da atividade em seu plano de imanência. Isto significa, não a existência de normas a serem seguidas de forma estrita, mas o reconhecimento no âmbito dos espaços institucionais do agir como produção normativa. Significa engendrar artificios e dispositivos que promovam planos de visibilidade que nos permitam constatar os efeitos da atividade e de suas sinergias, o modo como potencializam ou constroem outras esferas de ação, bem como as implicações de seus vetores de determinação. Em outras palavras, planos de visibilidade que exponham esse exercício normativo em sua capacidade de produzir repercussões e efeitos de realidade, e

em sua condição de atravessamento e ponto de emergência singular de outros movimentos de normalização. O que também poderia ser lido como esforço de “publicizar os auto-governos”, “o exercício privado do agir”, como propõe Merhy, ao falar da necessidade de expor os espaços institucionais às multiplicidades que os atravessam, viabilizando sua abertura aos saberes outros.

Podemos aqui fazer clara referência ao conceito de dialogismo, criado por Bakhtin, como condição ontológica do existir humano, princípio arquitetônico do mundo real da ação que se efetua na relação eu/outro, ou seja, que inscreve qualquer atividade numa teia de relações sociais (LAZZARATO, 2006). O desafio que se coloca para a gestão em saúde é fazer com que os seus dispositivos institucionais tornem a prerrogativa ética dessa produção de valor (portanto de normas e re-normalizações incessantes) formas responsáveis de implicação, geradas pelas relações de avaliação que a visibilidade impõe à atividade normativa. Isto porque, a atividade se efetiva necessariamente na relação com o outro, entendido aqui como subjetividade qualquer, e não como individualidade (LAZZARATO, 2006). Em distintos termos, porque a atividade se reporta ao outro, condição de sua existência, já que não há agir que se contenha em sua própria esfera de atuação. A atividade é, por definição, um movimento de expansão do ser, que se consubstancializa como ser justamente na possibilidade dessa relação, desse encontro com o outro do qual decorre toda diferenciação e individuação. Os sentidos são assim forjados na atividade como efeito de nossa condição humana de seres de relação, de seres de linguagem, portanto. Daí podermos referendar a colocação feita por Lazzarato (2006), de que “a linguagem é a realidade do possível enquanto tal” (p.25) ; e de que “o ser só se constitui plenamente na relação de avaliação construída pela palavra” (p.194), o que também não significa supor a redução da experiência ao sentido lingüístico.

Nessa esfera [do dialogismo], as relações são relações de sentido que se expressam pela linguagem e pelos signos, mas não são redutíveis a estes últimos. [...] a relação dialógica não é uma relação lingüística. Embora pressuponha uma língua, esta relação não existe dentro do sistema da língua. E porque podemos fazer tal afirmação? Porque “a emoção, o juízo de valor, a expressão são igualmente estranhos à palavra dentro da língua, e só nascem para favorecer o processo de sua utilização viva no enunciado concreto. [...] A maior parte dos comentadores de Bakhtin, [...] equivocam-se ao interpretar o dialogismo como um problema lingüístico. Para Bakhtin, ao contrário, trata-se de um problema ontológico e político (LAZZARATO, 2006, p.195).

É nesse efeito de avaliação de que resulta o sentido, que podemos situar o que chamamos de prerrogativa ética da produção de valor, a qual não requer nenhuma instância transcendente de aferição. Ela se mostra em seus próprios efeitos de constituição de mundo, como expansão ou constrangimento, e mesmo aniquilação da vida. A dimensão política dessa experiência concerne, assim, ao plano de visibilidade a partir do qual podemos publicizar as implicações normativas da atividade em sua produção de sentidos e efeitos de real. Nessa apreensão, a gestão é feita por todos, é responsabilidade ética de todos, já que mesmo sob os maiores cerceamentos, a atividade do humano produz realidade e determina nossos territórios existenciais. O que significa pensar a realidade (institucional) necessariamente como co-produção.

A transformação dos modos de produção contemporâneos apresenta-nos a radicalidade desse sentido de gestão, a impossibilidade real de concretizar em absoluto a separação entre concepção e execução no agir humano. Foram as infinitesimais e micropolíticas insurgências da atividade que redundaram na falência do ideal fordista de produção, ao ponto do efetivo reconhecimento da urgência em requisitar essa capacidade normativa de produção de valor, procurando, contudo, delimitar seu escopo de intervenção à valorização do Capital. A acumulação flexível e o chamado modelo toyotista não são outra coisa que não um esforço de regulação da atividade dentro das fronteiras da organização capitalista do trabalho. Os trabalhadores são convocados à “auto-organização” das equipes e células de produção em função de tarefas e projetos, sem que seja viabilizado o acesso concreto dessa capacidade normativa à própria configuração institucional, ou seja, à definição do sentido da produção e da instituição.

Questão fundamental à noção que adotamos de co-produção, formulada a partir do debate sobre as modificações contemporâneas do capitalismo. O ponto de partida que fundamenta o conceito de co-produção que utilizamos é a indicação de que criação social de valor e modo de produção capitalista não coincidem completamente, a despeito da força historicamente revelada pelo Capital de submeter “[...] à lógica da acumulação pela acumulação os modos de produção que lhe são estranhos” (LAZZARATO, 2003, p.64). O que é particularmente evidente no modo como o território, a comunidade, as relações sociais de vinculação passam a ser investidos diretamente como lócus da produção, em contraposição ao modelo fordista, assentado na separação entre produção e reprodução social, em mecanismos que explicitam a divisão moderna entre o político, o subjetivo, o social e o econômico.

As novas articulações produtivas rompem essa diferenciação, ao impor uma passagem da lógica de reprodução à da inovação, com base na potência produtiva do trabalho imaterial. Cada vez mais intensamente são as linguagens, os afetos, os saberes e a vida que se tornam imediatamente produtivos, em virtude das novas formas de composição sócio-técnica do trabalho, em grande medida assentadas nas alternativas tecnológicas de integração e comunicação em rede disseminadas na dinâmica pós-fordista da produção, que reorganizam em torno destas qualidades imateriais os processos de trabalho.

A cooperação social revela-se como principal força motriz da produção, com os fluxos e redes sócio-técnicas que gera. De fato, as novas tecnologias de comunicação e informação, (NTIC) que estão na base dessas transformações, introduzem uma inédita dinâmica de cooperação horizontal, em que se efetivam a produção, circulação e acumulação de conhecimento sem constrangimentos de ordem temporal ou espacial. Redesenham, com isto, os estriamentos, as malhas e os pontos de passagem, de desvio e de adensamento dos fluxos, criando e intensificando de forma exponencial as linhas que tecem os territórios sociais. A importância que a internet adquiriu nas sociedades contemporâneas revela não só o distanciamento já percorrido em relação ao período fordista, mas também a abertura de possibilidades que esses arranjos produtivos portam e enunciam como indeterminação.

Deste modo, a potencialidade produtiva das redes sociais (redes de redes) extrapola e antecede a codificação da fábrica e da empresa, já que não mais pode ser aprisionada na dissociação entre tempo de trabalho e tempo de lazer, de vida. A dinâmica instaurada por essa nova composição da atividade humana intervém diretamente na temporalidade contida e regulada da sociedade moderna, de suas disciplinas, impondo-se como aceleração virtual e descontinuidade. Uma temporalidade heterogênea que expressa as qualidades diferenciadas dos novos arranjos produtivos, convertidos em externalidades a serem apropriadas pelo Capital. Externalidades essenciais à produção da riqueza e de sua circulação, que acabam forçar o movimento de expansão da firma capitalista pelo território social em tentativas de captar e apossar-se da produção de valor que lhe escapa, e que depende cada mais diretamente da formação de vínculos sociais e da própria mudança social (CORSANI, 2003).

O trabalho reticular que se configura com as redes sócio-cognitivas, a produção e difusão de saber que empreendem, têm para nós uma relevância peculiar, na medida em que intervém diretamente no governo e administração da vida. Isto porque, as novas modalidades de trabalho e de relações sociais engendradas requisitam outras capacidades dos sujeitos, que não aquelas fomentadas pelos mecanismos e tecnologias de comando moderno.

A distinção entre concepção e execução mostra-se absolutamente impertinente neste contexto, em que o trabalho produz valor ao produzir diferença, ao dar passagem à invenção e à criação. Auto-organização, comunicação, cooperação, participação e autonomia são qualidades que definem o modo de operação nas redes sócio-cognitivas, marcadas pelo acesso ampliado, por uma economia de doação (BARBROOK, 2003) em que a hierarquização das relações converte-se em contra-senso, indução à estagnação. Como salienta Corsani (2003), “o que está em questão não é a emergência de uma economia do conhecimento, mas uma mutação mais profunda que afeta a maneira como o Capital é dotado de valor. A inovação é o principal fator de valorização” (p.16).

No pós-fordismo, esta exceção que era a inovação torna-se regra. A valorização repousa então sobre o conhecimento, sobre o tempo de sua produção, de sua difusão e de sua socialização, que as NTIC permitem, enquanto tecnologias cognitivas e relacionais. A um tempo sem memória, tempo da repetição, opõe-se um tempo da invenção, como criação contínua do novo (CORSANI, 2003, p.17).

As funções de reprodução obviamente permanecem, mas não respondem mais pelo incremento substantivo da valorização. Uma camisa não vale pelo material e pelo trabalho empregado na confecção, mas pela marca e pelo design que expressa. O conceito, a marca, o produto vendido não é mais um objeto, mas um estilo de vida, um investimento de desejo de ser e pertencer a um universo. O marketing converte-se, assim, em atividade produtiva primordial, já que o produto é vendido antes mesmo de sua execução, posto de depende e revela a adesão e aceitação de mundos disponibilizados pela máquina de expressão mobilizada pela publicidade, com imagens, discursos, percepções e afetos que conformam maneiras de sentir, viver, relacionar-se, compreender, valorar objetos e experiências ... O desejo que induz a aquisição não se direciona mais ao objeto em si, mas aos territórios existenciais aos quais este objeto atrela-se. De modo que “o marketing não é mais somente uma técnica de venda, mas um dispositivo de constituição das relações sociais, de informações, de valores para o mercado. Um dispositivo que integra técnica e “responsabilidade” do político” (LAZARATTO, 2001, p.64).

A atuação do marketing revela o modo como a inovação se faz “[...] entre as imagens, entre as palavras, entre os conceitos e remete a heterogeneidade do tempo da memória” (LAZZARATO, 2003, p.72), entendida como capacidade de fazer durar o tempo e a experiência, de contrai-los, manipulá-los e atualizá-los. Memória e a atenção seriam as principais forças mobilizadas na produção de conhecimentos, na “cooperação entre cérebros”

que caracteriza o trabalho imaterial. O novo resulta justamente do caráter difuso e reticular dessa cooperação, das contribuições infinitesimais, no dizer de Lazzarato, que cada sujeito aporta à realidade. Na insistência da repetição, a diferença se imiscui, como sorrateira intrusa. Não há, na atividade humana, a alternativa da reprodução exata, a execução perfeita, a possibilidade de estancar o tempo da ação como reificação absoluta de uma norma antecedente. Todo e qualquer sujeito difere, introduz em seu contexto a marca dessa condição ontológica, que por certo tempo pretendeu-se neutralizar com as técnicas administrativas de controle, com a postulação rigorosa do *best way* das práticas e movimentos.

É essencialmente desta capacidade de diferir e de colocar em sinergia tais contribuições, que a inovação resulta. Não o grande invento do grande homem, mas a co-produção singela e cotidiana que a interação humana nas redes potencializam. Daí que a eficácia do processo produtivo dependa cada vez mais intensamente da interação e socialização que os meios técnicos ofertam como suporte e infra-estrutura de comunicação e relação. Dependem, em última instância, das aprendizagens que transformam os territórios existenciais e forçam a abertura do campo de possíveis da experiência e da produção de sentido.

As análises dos diferentes “momentos” do ciclo do trabalho imaterial nos permitem avançar na hipótese de que aquilo que é produtivo é o conjunto das relações sociais [...], segundo modalidades que colocam diretamente em jogo o “sentido”. [...] Essa cooperação não pode ser em nenhum caso predeterminada pelo econômico, porque se trata da própria vida da sociedade. O econômico somente pode apropriar-se das formas e produtos desta cooperação, normatizá-los e padronizá-los. Os elementos criativos, de inovação, são estritamente ligados aos valores que somente as formas de vida produzem (LAZZARATO, 2001, p.52).

Com isto, a incerteza e o desequilíbrio deixam de ser circunstâncias desfavoráveis e negativas da produção, eventos e momentos excepcionais a serem contidos e regulados por confrontarem a prescrição do trabalho, a normatização dos modos de ser e viver. O aleatório e a criação do novo tornam-se a alma do processo de valoração, fazendo pulsar em seu ritmo o coração da produção. A eficácia produtiva do acontecimento joga definitivamente para o campo da subjetividade a criação de valor, o que nos remete a um outro ponto fundamental para a análise da temática da participação política: a redefinição da relação entre consumo e produção.

A premência da inovação rizomática no processo de valoração incide diretamente na clivagem entre produção e consumo característica do modelo fordista. Ao deslocar

radicalmente a criação do valor para a dinâmica da vida, ou seja, para além dos muros da fábrica, as condições de valorização do Capital passam a depender de sua habilidade em conectar-se com esses movimentos e processos constituintes, tornando a concretização do produto e do serviço prestado necessariamente dependente de um regime de co-produção. A competência e a expertise da utilização redefinem a relação entre demanda e oferta, condicionando o consumo à intervenção ativa do usuário na constituição do produto (LAZZARATO, 2001).

Os processos comunicativos, que abrangem a relação com o consumidor e as condições da cooperação produtiva, são o meio de efetuação desta co-produção, o que nos permite compreender a assertiva de que “a comunicação e a relação social tornam-se produtivas na produção pós-fordista” (LAZZARATO, 2001, p.43). O trabalho imaterial pode ser então entendido como essa interface que reconstrói a relação entre produção e consumo, convertendo-a numa vinculação dialógica que tem por efeito a normalização e re-normalização permanente e intensiva dos modos de produção. A criação de valor desloca-se, portanto, para o uso e para o usuário, a ponto de podermos utilizar a relação de serviço como referência paradigmática do pós-fordismo. Não reportamos, aqui, a prestação de serviço taylorista, que não pressupõe a intervenção do consumidor, mas a relação de serviço que se converte num “processo social de concepção e de inovação” (LAZZARATO, 2001, p.44), e transforma toda produção em co-produção.

Estas rearticulações da atividade produtiva decorrem, portanto, da emergência do trabalho imaterial como dimensão estratégica da organização global da produção, que determina o “valor de uso” da força de trabalho ao convertê-lo explicitamente em atividade abstrata vinculada aos processos de subjetivação. Trata-se de um novo regime de acumulação, calcado intrinsecamente no trabalho vivo, em sua natureza imanente, capaz de agenciar-se como potência ontológica indeterminada e aberta à constituição do novo (LAZZARATO, 2001). As atividades que assim adquirem centralidade têm em comum, principalmente, o fato de implicarem diretamente em relações e processos comunicacionais ampliados, que se estendem para fora dos limites das fábricas tradicionais. Ou seja, tais rearticulações da atividade produtiva expressam uma transformação radical das condições de produção do valor, assentada na força cooperativa das redes societárias.

A dissolução da distinção entre tempo de trabalho e tempo de vida, a temporalidade heterogênea da criação do novo (cuja intensidade produtiva não pode ser medida pelas horas da jornada de trabalho), a dinâmica horizontal das redes, que se fortalecem na comunhão dos saberes e conhecimentos, como produção compartilhada que recusa a lógica da apropriação

privada da riqueza, tudo isto nos fala da solidez de nossas instituições modernas que se desmancham no ar. Ao ser remetida definitivamente à dinâmica da vida (em comum), a reconfiguração contemporânea da criação de valor força a dissolução das fronteiras modernas que separaram o social, o político, o econômico e o subjetivo, e exilaram a política nos campos da representação, no Estado (de Exceção) que apenas pode existir como violência normativa, força de ~~Lei~~. Transformações que nos dizem da

[...] extrema atualidade da história das massas como produtoras das bifurcações do tempo (do intempestivo), enquanto capazes de “constituir”, digamos, eticamente o tempo. A revolução produz o tempo e, portanto, sua vitalíssima atualidade. [...] As massas, a multidão, afirmam a centralidade da temporalidade enquanto abertura irresolúvel de uma crise entre, de um lado, o tempo da propriedade, consolidado e fechado e, do outro, o tempo do trabalho que se libera, indeterminado e aberto (COCCO, 2001, p.14).

Enfim, transformações “éticas da constituição do tempo” que nos solicitam outras instituições e, em conseqüência, o desafio de articular outros modos de gestão, pautados pelo reconhecimento da realidade como incontornável co-produção. Para pensar esse desafio quanto à produção de valor-Saúde (como bem-comum), julgamos necessário retomar a inovação que o conceito de co-gestão trabalhado por Campos nos oferece. Ao remetê-lo ao compromisso de democratização institucional, o autor nos apresenta um problema fundamental: como tornar o cotidiano institucional espaço de produção de autonomia? Como superar os efeitos do paradigma tradicional da administração, geradora de desinteresse, da objetivação dos sujeitos, alienação, agir mecânico e burocracia?

Estas questões revelam-se centrais aos problemas hoje vividos seja nas unidades de saúde, seja nos espaços de controle social no SUS. Temos por hipótese que a vitalidade dos mecanismos de representação é diretamente condicionada pela experiência cotidiana nos serviços que materializam, de fato, a política de saúde. Não há como a representação de interesses em fóruns episódicos substituir a materialidade das relações e trocas que ocorrem nas instituições de saúde, razão pela qual situamos o problema da participação política no SUS nos modos de gestão dos serviços e sistemas.

Como sinalizado anteriormente, adotamos a referência ao conceito de instituição sistematizado por Baremlitt (1992), como lógicas que regulam e estruturam práticas sociais, e que podem expressar-se tanto em leis e normas, como em modos de comportamentos.

Quando utilizamos o termo instituições de saúde no debate sobre a gestão fazemos referência à conformação de determinados campos de força que configuram efeitos particulares nos

estabelecimentos, resultantes do atravessamento de diversas lógicas institucionais que requerem, para atualizar-se nas relações sociais, a legitimidade que lhes conferem tais lugares específicos.

Quando falamos na instituição médica não é o mesmo debatê-la em seu exercício no hospital e no domicílio do usuário. O que queremos enfatizar com essa colocação é que a dinâmica produtiva das instituições demanda certos modos de territorialização, de organização do locus de suas práticas, sendo justamente aqui que a interseção com o tema da gestão nos interessa. Em outras palavras, discutir as possibilidades de co-produção das instituições de saúde implica discutir estes espaços concretos de atualização das tecnologias de dominação, o modo como se organizam e procedem a clausura normativa dos fluxos sociais, protegendo-se de sua potência constituinte. Espaços que oportunizam a integração e o agenciamento mútuo do conjunto dos dispositivos disciplinares e de biopoder que conformam a sociedade de controle contemporânea (DELEUZE, 1992). Nesse sentido, são condição material da produção de determinadas permanências, posto que desempenham funções de estratificação das relações de força e estruturação dos processos sociais dentro de certo horizonte de possibilidades. Assim, nessa malha institucional territorializada,

[...] aquilo que é aprisionado é o fora. O que é enclausurado é o virtual, a potência de transformação, o devir. As sociedades disciplinares exercem seu poder neutralizando a diferença e a repetição e sua potência de variação (a diferença que faz diferença), subordinando-a à reprodução (LAZZARATO, 2006, p.69).

O que apenas é possível na medida em que as tecnologias de governo se assentam em delimitações territoriais de seu exercício, de desaceleração ou mesmo imobilidade das movimentações constituintes imanentes aos fluxos sociais. A trama institucional que atravessa e conforma os espaços de concretização das políticas de saúde é, nesse sentido, produção de temporalidade e espacialidade, produção do cotidiano, conforme Milton Santos (1999), já que é no lugar como território compartilhado que se materializam as relações de cooperação e conflito que são a base da vida em comum. “Porque cada qual exerce uma ação própria, a vida social se individualiza; e porque a contigüidade é criadora de comunhão, a política se territorializa, com o confronto entre organização e espontaneidade. O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo[...]” (p.258).

O que observamos com as transformações atuais do trabalho é constituição de redes que escapam aos regimes institucionais tradicionais da modernidade, engendrando outras territorializações nessa constituição do lugar, que o aproximam de suas potencialidades

virtuais. Deslocamento que fez insurgir a potência produtiva das relações de cooperação, que não encontram abertura nos espaços institucionais, dados os dispositivos de captura que os organizam. Desta forma, ao transpor essas análises para o campo da saúde, percebemos que afirmar a natureza intrinsecamente social da produção de valor implica o questionamento dos arranjos institucionais que materializam a política de saúde, principalmente no que diz respeito às suas cerceaduras e cercanias.

E é justamente nesse aspecto que divergimos da proposição do conceito de co-gestão feito por Campos, porque embora indique uma avaliação convergente quanto à necessidade de democratização institucional, a forma como o autor articula a co-gestão nos parece reduzir sua amplitude ao limite das equipes de trabalho, ou em sua terminologia, às Unidades de Produção. Circunscrição que ao nosso ver não consegue romper, de fato, com o modo operante do funcionamento institucional, em suas inércias, enclausuramentos e em seu peso gravitacional, que procura sempre conter e fixar a intensidade dos fluxos sociais, asfixiá-los com sobre-codificações e hierarquias. Aspectos que o próprio autor aborda, ao falar da tendência de fechamento que as unidades de produção revelam, o que justificaria segundo ele a função de apoio e liderança.

Em nossa perspectiva, discutir a co-gestão no âmbito das instituições de saúde representa uma passagem do entendimento da gestão como organização da operação de tarefas e ações e suas distribuições no trabalho da equipe, para o plano da articulação em rede das atividades de produção de saúde. O que significa necessariamente extrapolar os limites das equipes e unidades em direção às conexões possíveis com o território produtivo em que se situam. Seria esse um novo sentido para o conceito de territorialização do sistema de saúde trabalho pelo enfoque teórico dos Distritos Sanitários. Aproximação que resgata alguns de seus objetivos, que consideramos atuais, como por exemplo, a necessidade criar maior plasticidade nos mecanismos da gestão e de efetuar uma transição de normas duras para normas brandas.

No entanto, apesar dessas convergências, o conceito de territorialização apresenta aqui uma apreensão diversa da proposta do Distrito Sanitário, pois não se trata de conhecer o território para melhor intervir, para melhor responder às suas necessidades de saúde (o que mantém as fronteiras funcionais da instituição). Ao contrário, a territorialização significa aqui a socialização das instituições de saúde nas redes sociais produtivas do território, no sentido de democratizar o poder normativo que caracteriza sua intervenção ao limite de sua transformação em malhas articuladoras destas redes, em sua potencialidade de produção de saúde.

Significa investir no território diretamente como campo da produção de saúde, concretizando novas articulações institucionais que não atualizem a intervenção em saúde como uma reprodução de normalizações sobre-codificadas e hetero-determinadas. Remete, portanto, a uma compreensão da co-produção como socialização e democratização da constituição de artificios institucionais, com base na potência produtiva do trabalho imaterial, em sua dependência direta dos fluxos e redes sociais que promovem a socialização dos saberes, dos dispositivos tecnológicos e organizativos. Pensar a co-produção de saúde em suas articulações com o território demanda, portanto, inovações (“sinergias produtivas”, não antecipáveis, não passíveis de prescrição) que produzem, sobretudo, novas formas de ver e sentir, novos territórios existenciais.

Se a produção é hoje diretamente produção de relação social, a “matéria-prima” do trabalho imaterial é a subjetividade e o “ambiente ideológico” no qual esta subjetividade vive e se reproduz. A produção da subjetividade cessa, então, de ser somente um instrumento de controle social (pela reprodução das relações mercantis) e torna-se diretamente produtiva [...]”(LAZZARATO, 2001, p.46).

Poderíamos mencionar como exemplo dessa compreensão de mobilização produtiva do território na produção de saúde o projeto Rezas e Soros, implementado com enorme sucesso em Maranguape (CE)⁷. A iniciativa consistiu na articulação e cooperação entre unidades de saúde da Família e as rezadeiras locais para identificação dos casos de desidratação, responsáveis pelo alto índice de mortalidade infantil (30 bebês a cada mil nascidos vivos) do município. A credibilidade que as 180 rezadeiras locais possuem junto à população, em razão da proximidade com que compartilham o cotidiano e as crenças com a comunidade, foi fator decisivo para o fim das mortes por diarreia entre as crianças com idade inferior a um ano. Uma intervenção que não se colocou como desqualificação da cultura popular pelo saber científico, articulando-se, ao contrário, com os sentidos que a experiência de saúde tem para a população. Saindo dos consultórios médicos e reconhecendo os trânsitos, a circulação nas redes sociais locais, o projeto concretizou-se abrindo as portas das unidades para as rezadeiras e levando a unidade às suas casas, aos seus atendimentos, que passaram a incluir a orientação sobre o uso do soro caseiro e a identificação dos casos que demandavam atuação de um profissional de saúde. Transformação que segue a direção das análises feitas por Cecílio e Mehry (2003), que nos propõem pensar o “sistema” como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços” (p. 199). Leitura que completamos ao sugerir que o

⁷ <http://metaong.info/node.php?id=200>

sistema torna-se necessariamente rede societária porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora da política de saúde é capaz de antever e engessar as movimentações sociais.

A co-gestão das instituições seria, então, a outra face da co-produção de saúde. Vinculação que explicitamos por realocar a descentralização do sistema de saúde no horizonte da efetiva apropriação democrática dos processos de sua gestão. Transformações administrativas dos serviços de saúde que supomos depender da exposição dos espaços institucionais à multiplicidade normativa dos fluxos societários e de suas composições singulares. Uma forma de ruptura da tendência de centralização e concentração do poder normativo da gestão que tem ocasionado ao SUS um vasto leque de dificuldades em articular desenhos institucionais adequados às especificidades loco-regionais. Ou melhor, que tem apresentado constrangimentos para concretização do SUS como território público, plano de visibilidade que torna acessível aos seus sujeitos a dimensão política das práticas de saúde, ao mesmo passo em que se efetua como contexto de expressão e materialização de sua diversidade e singularidades na produção de saúde .

A co-gestão colocar-se-ia, assim, como dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais (objetivo do planejamento conforme Testa), afirmando definitivamente a participação política como relativa às implicações decisórias da atividade (normativas, portanto), ao poder de intervir na capacidade institucional de regular a temporalidade e a intensidade constituinte da dinâmica societária. Ou seja, co-gestão como ampliação das possibilidades de inserção em relações de avaliação dos territórios existenciais agenciados pelas práticas de saúde, na perspectiva em que discutimos anteriormente produção do valor e atividade normativa. Nesse sentido, dispositivo democrático, que transformaria os espaços institucionais não mais em lócus de aprisionamento do virtual, mas em rede cooperativa em que ocorre a modulação ética das forças que o constituem (já que a vida social nos solicita permanências e territórios institucionais).

Podemos apontar alguns elementos que nos parecem úteis à composição do conceito de co-gestão. O primeiro deles seria a noção de porosidade, que expressa a necessidade de desfazer a compactação uniforme dos muros institucionais, que delimitam o dentro e o fora dos serviços, abrindo canais de articulação dos processos de trabalho às redes sociais do território. Uma desconstrução dos limites das unidades, das equipes e mesmo das tarefas e ações realizadas que é proporcionada pelo compromisso dialógico de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, seu valor, seu sentido. Compromisso transversal que diz respeito não somente às atividades episódicas de planejamento (anuais, por exemplo), aos projetos intersetoriais, ou grupais, mas que se aplica também à própria

dinâmica da consulta individual. Desafio à racionalidade biomédica que conforma a prática da grande maioria dos profissionais de saúde como relação hierarquizada e fechada em si mesma.

Um outro recurso para visualizar a transformação reticular do trabalho em saúde seria retomar o conceito de espaço interseçor proposto por Merhy, pensando em possíveis mecanismos de sua integração em rede. Integração que entre outros efeitos poderia proporcionar um plano de visibilidade para a dimensão normativa das práticas de saúde (espaços de auto-governo, no dizer do autor), ao mesmo tempo em que pode oferecer suporte à sua concretização, ampliando o campo de interlocução e cooperação na resolução de impasses e dificuldades.

Desta forma, produzir visibilidade para a dimensão normativa das ações em saúde significa tanto publicizar os modos de apropriação de normas e saberes que antecedem as situações específicas, como também tornar pública a gestão das variabilidades inéditas que essas situações apresentam em sua historicidade. Esta concepção de co-gestão demanda a construção de outras relações com a atividade, pautadas na afirmação democrática de sua prerrogativa normativa, ou seja, na legitimidade de seu exercício por todos os implicados, ainda que isto não signifique de modo algum supor uma homogeneidade das formas de participação e responsabilização.

Produzir saúde implica, portanto, o exercício de capacidades normativas, o que envolve a própria configuração institucional das alternativas de intervenção. É importante, quanto a esse ponto, destacar que em última instância essa é sempre uma tarefa local, situada, que deve demandar a autonomia daqueles que a vivenciam. Sem isso, torna-se frágil a exigência de co-responsabilização, fundamental às relações de democratização institucional, já que se tratam de formas de implicação que se constroem quando situadas como contrapartidas da descentralização da tomada de decisão. Como salienta Zarifian (2001), responder por é assumir valores de envolvimento pessoal, acrescentaríamos, é assumir-se co-autor dos processos de gestão.

Reinventar as instituições de saúde significa, também, reinventar nelas as formas de organização do trabalho. Objetivo que confronta os sujeitos à necessidade de analisar e compartilhar as implicações das situações que enfrentam, instrumentalizando, em função delas a co-responsabilidade com a formalização de compromissos coletivos (ZARIFIEN, 2001). Mais do que redividir tarefas, ou mesmo inventar novas, é preciso produzir e compartilhar sentidos que direcionem o trabalho coletivo, articulando os saberes e práticas

necessárias em função deles (e não o inverso: determinar o objetivo do trabalho a partir dos postos de trabalho, da configuração corporativa das profissões).

Tarefa delicada, sem a qual, contudo, não são desfeitas as fronteiras corporativas que desenham os processos de trabalho em saúde, configurando os limites da atuação das equipes. Limites cuja persistência (que mobiliza diversos recursos poder, pautados historicamente no assujeitamento do outro) atravança a construção de cadeias de cooperação que permitiriam a criação do novo, de outras formas de intervenção e produção de saúde, uma vez que freqüentemente essas experiências requerem a mobilização de uma rede de atores e instituições. Ao reconfigurar o objeto da gestão - não mais resultados e produtos, mas as relações cooperativas agenciadas pelo trabalho (o que não significa restringi-las aos profissionais) - torna-se necessário redefinir também os instrumentos de seu controle, da divisão das tarefas, das condições propiciadas para sua efetivação, em suma, a redefinição do próprio sentido do trabalho e da organização das instituições de saúde. Esse objetivo não é o caso de ser alcançado (como um projeto ou plano que já estabelece o destino e os meios de efetuação das modificações esperadas), mas experimentado (o que tem como horizonte a imprevisibilidade e a abertura à inovação, ao surgimento do novo).

Consideramos que intervir nas instituições de saúde nos demanda reconhecer um elemento essencial de sua capacidade produtiva de relações, de constituição de referências que apresentam a temporalidade própria da permanência. Trata-se do reconhecimento de um dos principais aspectos que responde diretamente pelo engajamento dos sujeitos em movimentos de atualização de práticas e sentidos. Falamos aqui da noção de pertencimento, dos efeitos de subjetivação que gera e dos campos de possível que podem ser explorados a partir dela.

Tradicionalmente a vinculação, o sentimento de pertencer às instituições é mobilizado como desejo de participar do que denominamos movimento circular, de reconhecimento identitário, que se fecha em um circuito estrito e não produz diferenciação de si mesmo. Em grande medida atrela-se à capacidade que as instituições promovem de conferir durabilidade e constância aos processos sociais. Porém a questão que se nos coloca com tal observação deve ser buscada além destes efeitos, como uma interrogação sobre as condições de eficácia destes agenciamentos de desejo.

Levantamos aqui uma hipótese explicativa simples, a de que tal poder de vinculação expressa, sobretudo, nossa condição de seres de relação, a impossibilidade do viver humano de acontecer em isolamento. Necessitamos do outro como condição de nosso próprio reconhecimento, imperativo dialógico ao qual respondem as práticas institucionais e de que

decorre sua eficácia política. Aliás, não é aleatório que a imensa potencialização de novas e outras relações, oportunizada pelas tecnologias de comunicação e informação contemporâneas, que desfazem diversas ordens de fronteiras (sociais, culturais, lingüísticas, espaciais e temporais), tenha sido acompanhada de uma intensificação exacerbada da produção de fragmentação e isolamento social como tecnologia de governo dessa “monstruosidade” por definição ingovernável, que se afirma e produz no encontro das singularidades. É preciso que estejamos conectados para os processos de valorização do capital e desconectados para o fora, o virtual que põe em cheque a todo instante essa própria restrição. Tecnologias de governo que procuram impedir o exercício franco da liberdade de que nos fala Arendt, liberdade política de produção do novo, de articulação de novos territórios existenciais, da criação de outros modos de valoração.

A produção do medo em nossas cidades, a vida que se percebe sitiada, a construção do outro como ameaça, todos estes artifícios coincidem com a potencial ampliação indeterminada das redes e entrelaçamentos atuais, e que nos revela, antes de mais nada, a potência constituinte dessas relações de vinculação. Aspecto que no campo da saúde os autores do modelo em defesa da vida já haviam sinalizado, ao apostar no vínculo como estratégia primordial de transformação das práticas sanitárias e do modelo assistencial que as orienta.

O que pretendemos aqui explorar é justamente uma apropriação constituinte dos espaços institucionais, que invista em relações éticas de pertencimento (valores e sentidos compartilhados para a produção de saúde), e não em atualização de hierarquias e exclusões, delimitadas pelos muros das instituições. Por isso uma perspectiva de instituição porosa, que se exponha e se confunda com os processos produtivos do território, tornando-se eficaz também em inventar nessa aproximação relações éticas de pertencimento. A referência à ética é aqui significada como reconhecimento do outro e de suas diferenciações, sem o que não conseguiremos concretizar as malhas institucionais dos serviços de saúde como espaço de pertencimento solidário.

A noção de pertencimento apresentada confronta-se, portanto, com a lógica tradicional da produção de vínculos institucionais, que se efetiva como identidade, como estabelecimento de fronteiras deste reconhecimento de legitimidade, em função das quais as instituições pretendem reportar-se apenas aos iguais, ao situarem com seus muros simbólicos a diferença como externalidade (de si). O que pode ser averiguado como transversal às tecnologias de governo em que se fundam, dadas as estratificações e hierarquizações que as caracterizam. Não é estranha a dificuldade que vivenciamos de tornar os serviços de saúde espaços

públicos, em que os usuários reconheçam-se e sejam reconhecidos como sujeitos de relação, e não objeto de intervenção (ainda quando gentilmente tratados).

A perspectiva de uma instituição que se produza como porosidade por meio de redes sociais requer a construção de dispositivos de encontro e de experiência da alteridade, que desmistifiquem o outro como ameaça ou contra-ponto de uma posição identitária. Inclusive porque todos circulamos por diversos territórios subjetivos, somos vários nesse sentido, e o reconhecimento disto é fundamental a uma implicação ética com a produção de saúde. Aspecto que remete, diretamente, à circulação de afetos, à disponibilidade com que nos colocamos em relação ao outro, pois, como indica Lazzarato (2006), “diferença é sentir, *pathos*” (p.33), não pode ser reduzida ao registro da cognição, do direito formal, das obrigações profissionais, pois “agir significa modificar a maneira de sentir junto [...]. Criar e efetuar mundos significa agir sobre crenças e sobre os desejos, sobre as vontades e inteligências, ou seja, agir sobre os afetos” (LAZZARATO, 2006, p.32).

As malhas institucionais poderiam gerar o sentimento de pertença ao integrar singularidades em relações de vizinhança, de proximidade, alinhavadas pela referência do Comum. Não uma reunião assentada em unificações funcionais, generalizações ou categorias abstratas, enfim, em qualquer modo de totalização (tão presente no entendimento da política que expressou a esquerda) mas a convergência de pequenas diferenças, a integração das infinitesimais variações que compõem o social. Pertencimento tem aqui o sentido de reconhecimento e comunhão (integração), experiência de afecção, de sentir o outro em sua diferença como alguém com quem se compartilha o direito ao bem-Comum. Não a adesão a mundos ofertados pela produção midiática, que busca acoplar-se e direcionar os investimentos de desejo da população, oferecendo maneiras de sentir e de viver numa criação autoritária de sentido, mas pertencimento como vinculação solidária na construção política de territórios existenciais. Uma intencionalidade política que procura incidir diretamente na produção de pertencimento agenciada pelo consumo como adesão a certo universo de valores estabelecidos nas fronteiras das relações de Capital.

Pensar as instituições de saúde a partir dessas referências equivale a reconhecer como problema fundamental a desarticulação dos estados de dominação que as determinam. Segundo Foucault (LAZZARATO, 2006), estes são resultantes da estabilização, do congelamento e do bloqueio nas instituições das relações estratégicas de poder que constituem o social. Na medida em que entendemos, em uma apreensão foucaultiana, o poder como “ação sobre outras ações possíveis, como capacidade de conduzir as condutas possíveis dos outros” (p.250), as relações estratégicas seriam uma faceta inerente às relações humanas, o que não

significa confundi-las com estruturas políticas, institucionais ou classes sociais. Seriam, em contrapartida, “jogos de poder infinitesimais, móveis, reversíveis, instáveis, que permitem aos diferentes parceiros disparar e colocar em ação estratégias para modificar as situações” (p.251). Relações que não têm, portanto, conotação negativa, já que resultam de modos de ação livres, que pressupõem a liberdade de serem revertidas, desfeitas e modificadas.

Os estados de dominação consistiriam na estabilização institucional dessas relações estratégicas, na limitação da reversibilidade e mobilidade própria das assimetrias que constituem toda relação social. Ao cristalizar a fluidez dessas assimetrias, revelam-se como constrangimento da liberdade das relações estratégicas, o que se produz com o recurso a um conjunto de tecnologias de governo, de

[...] práticas através das quais se pode 'constituir, definir, organizar, instrumentalizar as estratégias que os indivíduos, em sua liberdade, podem traçar, em relação uns aos outros'. O que essas técnicas regem é consigo e com os outros. Para Foucault, as técnicas de governo desempenham um papel central nas relações de poder, porque é através delas que os jogos estratégicos podem ser fechados ou abertos, e é pelo seu exercício que se cristalizam e se fixam em relações assimétricas institucionalizadas (estados de dominação) ou em relações fluidas e reversíveis, abertas à experimentação de subjetivações que escapam aos estados de dominação” (LAZZARATO, 2006, p.252).

O desafio, então, seria constituir novas tecnologias de governo, novas institucionalidades abertas à reversibilidade e à mobilidade das relações estratégicas, que incorporem a dimensão política (normativa) da atividade como liberdade de experimentação. Ou seja, tramas institucionais em que a política possa adquirir o sentido e o efeito de por à prova o existente. A política em seus atravessamentos institucionais deixaria de ser, assim, a mobilização para negação (o situar-se coletivamente contra), ou para a definição identitária de elementos constantes de agregação, tornando-se uma recusa das opções dicotômicas atualizadas como possível (representantes x representados, público x privado, individual x coletivo). Uma abertura do plano de possibilidades (de criação de realidade) que resulta do estranhamento e do questionamento da transversalidade dos estados de dominação, da fixação das assimetrias por certas tecnologias de poder. Dessubjetivação (suspensão do existente, sua recusa e interrogação) que expõe esta abertura a partir da especificidade histórica (portanto inédita) de cada situação, quando a política afirma-se como experimentação, como prática normativa não cerceada pelos limites de mundos normalizados, que tornam a escolha, a

possibilidade de constituir-se nessas decisões, restritas aos possíveis já determinados pelas tecnologias de governo.

Perspectiva que decorre da compreensão da política como criação, determinada segundo Negri (2003) pelo poder constituinte da multiplicidade. Nesse sentido, extrapola sua definição como resistência e defesa (de interesses), colocando-nos o problema da efetuação nas instituições de arranjos e dispositivos que engendrem e expressem outras possibilidades, ao invés de restringi-las, em um processo necessariamente imprevisível e não antecipável. Poderíamos tirar o “r” que tem limitado a política à resistência em sentido estrito, de reatividade e contraposição (avesso dialético do existente), passando a defini-la então como existência, constituição de ser social que expõe a luta política em suas implicações ontológicas.

Pensar a política como experimentação, solicita pensar também outras composições institucionais, outras tecnologias de governo que tenham por compromisso a integração e coordenação das singularidades, a articulação dos fluxos sociais de modo a potencializar a constituição de novos horizontes éticos. Composições que manteriam o principal efeito de realidade das instituições: a produção de temporalidades e espacialidades, de referências e permanências, de lugares que territorializam relações, porém resignificando o sentido de sua eficácia. Não mais a fixação hierárquica e excludente, mas o direito de todos ao pertencimento e à diferença, que supõe necessariamente o acesso ao bem-comum (conhecimentos, linguagens, serviços etc, tudo que resulta da cooperação pública) e a relação com o outro, em que as inevitáveis assimetrias estejam submetidas à mobilidade e reversibilidade das relações de poder estratégicas. “Instituições paradoxais, porque precisam ser móveis, falhas, excêntricas, fraturadas como os devires que irão favorecer” (LAZZARATO, 2006, p.212).

Quanto a este ponto, parece-nos que Rivera indica uma direção importante ao enfatizar a interação comunicativa e a coordenação lateral nas organizações, advogando que a configuração institucional deve adaptar-se à rede de produção, aos seus fluxos e modos de realização de processos e de conversações. Discordamos, como já exposto, dos limites de sua análise, que se revelam referidos à cultura organizacional. No entanto, essas sinalizações nos parecem apropriadas, principalmente por estarem assentadas na constatação de que a transformação da gestão é antes uma questão de criação de valores que de processos técnicos, implicando “a maior incorporação possível de práticas de gestão pelo maior número de atores” (RIVERA, 1996, p.366). Socialização da gestão que não pode ser pensada senão sob

uma perspectiva de horizontalizar os processos institucionais, dispersando-os como redes sócio-técnicas de produção de saúde.

Este objetivo, coerente com a noção de co-gestão que defendemos, interpela diretamente o problema do conhecimento e de sua circulação, posto ser este o principal recurso de estratificação das relações, de legitimidade que determina quem está ou não apto a intervir nos processos institucionais. Conhecimento científico, é preciso esclarecer, que na modernidade assumiu o papel primordial da tradição, da autoridade, no sentido que lhe confere Arendt (2005). Ou seja, autoridade como responsável pela exigência de obediência, nem força, nem violência direta, mas poder de submeter sem o recurso a meios externos de coerção. Relação necessariamente hierárquica, que exclui qualquer modo de persuasão ou argumentação, já que nela se reconhece anteriormente a divisão entre quem manda e quem obedece, assentada na legitimidade e no direito que a própria autoridade confere, a partir do qual se estabelecem os lugares pré-definidos da relação.

Se olharmos as relações entre conhecimento científico e instituições disciplinares com as lentes deste conceito, parece quase evidente sua adequação analítica, muito embora não se possa desconsiderar toda a mobilização do corpo (e de sua memória física) feita pela disciplina, como violência silenciosa (ou nem tanto). De qualquer modo, o conceito de autoridade mostra-se útil na compreensão das relações produzidas no âmbito institucional, com suas prerrogativas hierárquicas, eficazes em estabelecer lugares específicos, diferenciados pela legitimidade que o conhecimento científico aufere aos seus porta-vozes. Conceito útil na medida em que nos expõe a conexão íntima entre conhecimento e legitimidade, ponto crucial a ser problematizado quando propomos engendrar outras configurações institucionais, que viabilizam a co-gestão como compromisso de criação do novo, a partir da democratização do exercício normativo e da flexibilidade técnico-política de seus processos.

Ao discutir as interseções entre ciência e política Gonçalves, Schraiber e Nemes, (1990) indicam a impossibilidade de dissociar a produção de conhecimento das relações sociais, a cidade científica, suas regras e valores, da cidade social e historicamente determinada dos homens. Conhecimento e política não poderiam separar-se quando está em jogo a construção permanente da democracia, a materialização de alternativas e experimentações sociais que respondam ao desafio de produzir o SUS como um bem-comum.

Não se trata, então, de negar o conhecimento como condição da produção de valores,
mas de desfazer as lógicas hierárquicas implícitas na relação entre conhecimento científico e os demais saberes, que não precisam ser sequer enunciadas, já que vividas como autoridade

natural em sua capacidade de pré-estabelecer os campos de possibilidade das práticas institucionais. Seria o estranhamento desta posição de autoridade uma condição fundamental para a cooperação na produção de saúde poder requisitar e estabelecer-se nas redes sociais. Isto, entretanto, não deve ser confundido somente com o acesso ampliado à informação (o que frequentemente mantém a exclusividade normativa do conhecimento científico), mas como socialização de sua própria construção, principalmente se entendemos o conhecimento a partir da aceção compartilhada por Nietzsche e Tarde, como o afeto mais importante, posto que faz convergir a dimensão judicial e intelectual da subjetividade (LAZZARATO, 2001).

A potência produtiva que dispõem os conhecimentos, produtos imateriais por definição, baseia-se em suas características: são inteligíveis, inapropriáveis, não-cambiáveis e inconsumíveis (LAZZARATO, 2003). Não se adequam à lógica da apropriação privada da riqueza, pois as trocas que permitem não podem ser efetuadas segundo o critério da acumulação como expropriação e destruição. Ao ofertar um conhecimento, o sujeito que o concede dele não se despoja, não o perde, ao contrário, o valor que adquire depende da extensão com que é partilhado e difundido. Os conhecimentos são, assim, bens que não podem ser divididos, nem alienados em razão da troca econômica. Seu consumo não é predatório, mas criador, já que pode imediatamente gerar um novo processo de inovação. São, sobretudo, resultado essencial da cooperação pública, já que dependem do universo de saberes compartilhados e de suas interlocuções dialógicas.

[...] o que está envolvido na produção criativa não é mais a capacidade heterogênea e abstrata de trabalho, mas sim a capacidade heterogênea, subjetiva para aquisição, para acumulação, para valorização dos conhecimentos, para articular os conhecimentos abstratos aos conhecimentos tácitos, para recontextualizar os saberes codificados (CORSANI, 2003, p.22).

A centralidade que os conhecimentos adquirem nos novos modos de produção nos reportam a alguns aspectos que não devem ser desconsiderados, quando pensamos nas possíveis explicações para a eficácia do conhecimento científico, que não é somente derivada de uma posição de autoridade. Antes, é preciso entrever do que advém sua legitimidade e sua capacidade de mobilização produtiva. Quanto a isto dois fatores nos parecem preponderantes: a interseção entre sua dinâmica reticular e a capacidade de sistematização e articulação que o compartilhamento de regras e a explicitação dos percursos de sua construção torna possível.

Características que nos permitem vislumbrar o motivo porque a internet, exemplo emblemático do potencial de cooperação produtiva das redes (de redes) que demarcam os

modos de valoração contemporâneos, tenha surgido justamente no âmbito das trocas acadêmicas, fundadas numa economia de doação, quando o consumo passivo de informações possibilitado pelas redes informáticas foi sendo substituído por um processo de criatividade interativa (BARBROOK, 2003).

Dimensões aparentemente paradoxais do saber científico, que por um lado é fruto da cooperação horizontal (entre pares) e da publicização de seus caminhos de construção, e por outro, fundamenta processos institucionais de exclusão e hierarquização. Talvez possamos compreender essa contradição como uma recomposição das tecnologias de comando, derivada justamente das possibilidades de democratização gerada pela circulação e sistematização dos saberes. Efeitos que não puderam ser de fato contidos, como a história da internet tem nos mostrado. O que queremos apontar é a necessidade de inserir na composição institucional dos dispositivos de co-gestão em saúde a produção de saberes como efeito de trocas não hierárquicas, que demandam tanto um grau diferenciado de publicização (em relação aos saberes tácitos), como uma dinâmica reticular de apropriação, compartilhamento e sistematização.

A política de Educação Permanente, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, demonstra aproximar-se dessa compreensão ao enfatizar uma noção de prática pedagógica que procura promover a auto-gestão e a auto-análise dos coletivos, tendo como referência o objetivo de uma aprendizagem significativa. Destaca-se, principalmente, a articulação dos Pólos de Educação Permanente como dispositivos de gestão colegiada, com finalidade de quebrar a “regra da verticalidade do comando e da hierarquia rígida nos fluxos” e “superar a racionalidade gerencial hegemônica” (MS, 2004, p.21). Proposições políticas formuladas em função da avaliação de que

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde – e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (MS, 2004).

Ceccim (2005), ao apresentar e discutir a Política de Educação Permanente (PEP), enfatiza a distinção entre a lógica da construção política que marca essa proposta e a histórica estratégia de implementação de ações programáticas, identificando essa construção com o que nomeia como descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. Em nossa avaliação, o principal aspecto a ser ressaltado é a abertura produzida pelos dispositivos dos

pólos, que não prevêem os modos de operação, nem os critérios de validação e pactuação dos processos deliberativos. Uma política que não tem ponto de chegada antevisto e que tampouco normatiza previamente as relações institucionais a ocorrerem em seu âmbito (grande parte das críticas que recebeu se direciona justamente a esta características). Os Pólos foram conformados primordialmente com o objetivo articular espaços e uma rede de encontros horizontalizada, na qual a política de Educação em Saúde deve acontecer.

Consideramos importante resgatar essa orientação na discussão sobre a construção de novos dispositivos de co-gestão. Tratar-se-ia de pensar a participação política no SUS como uma discussão sobre os efeitos formativos das redes institucionais, como produção de territórios existenciais, de processos de subjetivação. Uma perspectiva que supõe um movimento de inversão quanto à relação entre os temas da participação e da formação, que têm sido articulados pelo lema de “formar para participar”, refém da lógica da capacitação, da transmissão de informações desde a o lugar de autoridade excludente do saber técnico.

Defender a política como experimentação e constituição de processos de subjetivação implica o reconhecimento de que nossa inexperiência democrática, como a denomina Freire (2005), não deixará de ser uma realidade no cotidiano das instituições de saúde, a menos que esse cotidiano se torne objeto de problematização e de construção de outros saberes que sejam reconhecidos como legítimos na esfera de determinação da política pública do setor. É em razão desse aspecto que consideramos a necessidade de organização de dispositivos e artificios institucionais que conformem um plano de visibilidade, do qual derive a problematização e a produção de conhecimento sobre as práticas normativas que determinam a gestão. Condição fundamental para que o SUS se materialize como expressão do direito à saúde, do direito ao bem-comum e à diferenciação, posto que a alteridade é fundamental à experiência política, na medida em que é condição de enunciação e valoração dos sentidos e efeitos da ação humana.

Como argumenta Freire (2005), “a democracia, antes de ser uma forma política, é forma de vida” (p.88). Atributo da vida que se deseja humana, já que “a vida não tem necessidade de assumir valores externos a ela para tornar-se política. Política ela é imediatamente em sua própria facticidade” (AGAMBEN, 2004, p.160), pois o homem é um ser de relações, não apenas de contato. Tanto ele está *no* mundo, como *com* o mundo, sendo essa a grande peculiaridade da condição humana, sua abertura autoral à realidade, que se efetiva em sua multiplicidade, criticidade e temporalidade (FREIRE, 2005).

O exercício dessa condição política da atividade está estreitamente condicionado pelas possibilidades de apropriação e produção de informações e conhecimentos, o que demanda

novas estratégias e dispositivos de expressão, aprendizagem, sistematização e comunicação da experiência de produção de saúde, não restritas aos mecanismos de representação e aos universos técnicos-científicos do campo. Podemos, então, pensar na “coordenação e desenvolvimento das aprendizagens coletivas, de expertises coletivas que fazem emergir os 'objetos' e os 'sujeitos' políticos” (LAZZARATO, 2006, p.225) como decorrente da publicização e articulação reticular da dimensão normativa da atividade (que extrapola os espaços de auto-governo dos profissionais). Um aprendizado compartilhado sobre suas implicações éticas e seus efeitos de realidade. O desafio de construção de novos dispositivos institucionais e saberes como recursos de co-gestão do sistema de saúde talvez possa nesse movimento encontrar uma importante ressonância, que não se tornará presente no processo de efetivação do SUS se não nos dispusermos a questionar a produção concreta (portanto local) das políticas e intervenções públicas.

Em outros termos, a problema da participação política, de que parte nosso estudo, em nossa compreensão passa necessariamente pelo exercício da potência de criação que constitui o humano. Pensar a participação nestes termos significa pensar essa implicação política, significa tecer participações como possibilidade de “instituir normas, e não apenas como controle da execução e fiscalização das normas existentes” (HERCKERT, 2005, p.5). Afirmar o SUS como bem comum requer, portanto, configurações institucionais que não cerceiem a constituição de outros possíveis, de novos e outros sentidos para o real. Nossa aposta é que a democratização das relações institucionais no campo da saúde depende da capacidade de produzir radicalmente a gestão como co-produção de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS SOBRE AS PERSPECTIVAS (PÓS-SOBERANAS) PARA A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO SUS

Procuramos, ao longo deste trabalho, rever e recompor conceitos que o campo da Saúde Coletiva oferta ao debate sobre a gestão em saúde, interrogando os sentidos que a política adquire nessas produções. Objetivo que partiu do desafio de provocar um deslocamento do tema da participação política para além das práticas de controle social configuradas no SUS em mecanismos de representação de interesses. Optamos por propor esta discussão utilizando referências teóricas não familiares ao campo, o que representou um esforço de resignificação desta participação, remetendo-a à gestão do cotidiano institucional. Trata-se, principalmente, de um investimento na constituição de um problema, conformado pela necessidade do deslocamento sinalizado e pela intenção de produzir outros sentidos e artifícios institucionais para a participação política no SUS. Problema em certa medida já reconhecido formalmente com a articulação de uma política pública (participaSUS) voltada para o fortalecimento da gestão participativa.

No entanto, apesar dessa afluência, parece-nos que essa proposta não converge integralmente com o questionamento que buscamos forjar, já que concentra nos mecanismos de representação o sentido maior desta participação na gestão. Isto, embora a apresente como forma de promover espaços dialógicos e de co-responsabilização, nos quais os sujeitos sociais sejam concebidos não apenas como sujeitos de direitos, mas como “sujeitos ativos que sustentam os sentidos das suas experiências” (MS, 2006, p.44). O protagonismo ensejado permanece, contudo, na esfera da definição das demandas e necessidades de saúde, não sendo reportado explicitamente (como questão fundamental da participação na gestão) à configuração dos dispositivos institucionais de produção das intervenções, como nos revela o trecho que complementa a frase citada: “Desta forma, estes [sujeitos ativos] se tornam protagonistas no esclarecimento das suas necessidades e demandas a partir das realidades sociais e das responsabilidades coletivas que considerem e respeitem os valores e os modos de vida que determinam o bem-viver” (MS, 2006, p.44). Nestes termos, a gestão participativa, mesmo propondo-se compartilhar os processos de decisão com a Sociedade Civil organizada (o que já a inscreve no terreno da representação), não chega a assumir a produção do valor-Saúde como co-produção. Remete, antes, à adequada expressão dos valores sociais na política

e na gestão em saúde, situando a participação, e por consequência a política, no propósito da correspondência apropriada dos processos sociais. Delimitações de sentido mantidas nos limites das fronteiras modernas que separam o social, o político, o econômico e o subjetivo.

Ao resgatar o conceito de participação na teoria social moderna, Costa e colaboradores (MS, 2006) sinalizam que o antigo sentido do termo, que remonta à polis grega, foi ressignificado no século XX com a substituição do adjetivo *política* pelo adjetivo *social*. Modificação que expressa uma distinção do uso clássico do conceito, referido à condição de igualdade do direito e dever universal de participar dos assuntos públicos, convertendo-se na participação de setores específicos da população (pobres e minorias), em função de desigualdades sociais. A participação social seria um mecanismo de inclusão de segmentos excluídos socialmente.

Ao indicar essa distinção, os autores aproximam claramente o sentido da política da igualdade, da possibilidade de tomar parte da criação da esfera pública. Propõem, a partir dessa concepção de política que intentam preservar e em contraposição à recorrência com que o termo participação social tem-se feito presente no debate sobre as políticas públicas, qualificar a noção de participação cidadã como

categoria central por meio da qual outros sujeitos sociais, os cidadãos como um todo, independente de classe social e balizada pela universalização dos direitos, produzem uma nova compreensão sobre o papel do Estado. Intervenções sociais, periódicas e planejadas ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de políticas públicas, transformam-se em gestão participativa (MS, 2006, p.39).

Em nossa perspectiva essa posição aponta para o deslocamento que consideramos necessário, sem assumi-lo em sua radicalidade. Isto porque, justifica a finalidade da participação na necessidade de propiciar “formas diferenciadas de distribuição de recursos nas quais as prioridades sejam as necessidades sociais e não aquelas afeitas às necessidades do mercado” (MS, 2006, p.40). Gostaríamos, quanto a este aspecto, de sinalizar dois movimentos apenas aparentemente divergentes: ao mesmo tempo em que compartilhamos o entendimento de que é necessário pensar a participação como gestão das políticas públicas, propomos adensar a radicalidade deste problema ao defender que essa aproximação diz respeito não à inscrição do social no político, mas à dissolução das fronteiras modernas que codificam a existência humana e pretendem separar esses dois planos. Em outras palavras, defendemos que fortalecer a dimensão política da participação no SUS significa desconstruir todo um repertório de polarizações – como público x privado, Estado x Sociedade Civil, participação

política x participação social – que se atualizam em suas práticas e configurações institucionais. Quando definimos a política como experimentação, invenção de territórios existenciais, criação de valor inerente às implicações normativas da atividade, nossa perspectiva é justamente desfazer tais demarcações que incorrem em falsas escolhas entre simulacros de igualdade e diferença, posto que experienciados como contradição.

A dimensão política diz, em nossa leitura, da justiça quanto às condições de produção e apropriação de sentidos, que decorrem diretamente da relação entre igualdade e diferença. Igualdade como direito comum à diferenciação, diferença como invenção (de si e do mundo), constituição ética do tempo (COCCO, 2001). Invenção política, que sendo colaboração, cooperação, co-produção, implica necessariamente o exercício normativo de criação de valor e, em consequência, de realidade. Na medida em que a igualdade que o direito assegura e legitima agencia a potência de diferir e produzir artificios compartilhados como realidade podemos remeter a política definitivamente à liberdade, à liberdade de inventar o novo, de concretizar o milagre que nos anuncia Arendt (1981). Liberdade supõe, portanto, o acesso de todos aos bens-comuns que tornam possível a criação, que instituem o plano de determinação dos problemas com que interrogamos a realidade, e que nos permitem formular novas questões e produzir outras respostas, tornando aberto o tempo da existência, que não pode ser contido em nenhuma configuração particular do possível, por mais oportuna que seja. Liberdade e justiça se encontram quando a política é materializada como recusa produtiva em separar a potência de expressão e de constituição da multiplicidade humana de sua capacidade de criar e propagar possíveis (LAZZARATO, 2006). Recusa política em estabelecer quem tem o direito de inventar e a quem cabe reproduzir o que há, recolhendo-se aos contornos e ditames do existente. Como afirma Lazzarato (2006), “a justiça social deve garantir também a capacidade de criar o possível” (p.227).

Propomos, assim, pensar a política fora dos termos que a aprisionam na contradição, na disputa por hegemonia e superação do outro, tão característica dos enfrentamentos modernos, em suas maneiras de estabelecer a oposição dentro de alternativas já conhecidas. Não falamos, portanto, da política como clivagem que reduz o real ao jogo dialético das polarizações e dicotomias, que são, sobretudo, negação da liberdade, clausura do possível, dos terceiros e tantos outros que se pretende assim excluir (BENEVIDES, ****).

Pensar a política como invenção, experimentação, significa assumir que a alteridade é condição tanto da diferenciação que nos constitui e nos permite qualquer individuação, como da co-produção de realidade. Assim, “[...] as individualidades e as coletividades não são mais o ponto de partida, mas o ponto de chegada de um processo aberto, imprevisível, arriscado,

que deve ao mesmo tempo criar e inventar estas mesmas individualidades e coletividades” (LAZZARATO, 2006, p.28). Individualidades e coletividades que são não o sujeito (demiurgo) da política (cujo objetivo seria nos termos da modernidade prevalecer uns sobre os outros), mas o efeito político do encontro, da co-produção, da co-adaptação, do modo como se utilizam reciprocamente as forças heterogêneas, do plano de imanência que constituem, dos territórios existenciais que engendram. O conceito de Política que adotamos se define não em termos de igualdade (formal) que se contrapõe às diferenças (sociais), mas como co-produção de realidade que se concretiza nas relações entre Igualdade e Diferença, como acesso e uso dos bens-comuns, em sua capacidade indeterminada e aberta de criação de valor.

Nesta composição conceitual a lógica do *welfare* não deve seguir sendo de modo algum a referência de justiça social, posto que calcada na inscrição da política na relação de Capital. O que não implica negar a potência que o direito oferece às lutas, ao afirmar a igualdade como condição do humano, “condição de abertura a um devir, a processos de subjetivação heterogêneos” (LAZZARATO, 2006, p.209). O desafio que se nos apresenta é por definição político, pois nos convoca a invenção de direitos que operem paradoxalmente como devir e permanência, como garantia de condições materiais de igualdade que apenas adquirem sentido se transformadas em expressão constituinte, procedimento absoluto da liberdade (LAZZARATO, 2006; NEGRI, 2002). Desafio que Lazzarato (2006), utilizando a menção de Franco Berardi à constitucionalização do devir, enuncia como sendo relativo à invenção de “[...] um conjunto de regras, de dispositivos, de instituições previstas para ir se transformando à medida em que se modifica o conteúdo de sua aplicação, à medida que novos possíveis se criem e se atualizem” (p.243). Perspectiva que explicita as implicações que desejamos incorporar ao conceito de gestão participativa, como possível “tecnologia de governo” pós-soberana. A participação na política de saúde converte-se, deste modo, no problema de constituição de uma política pública pós-soberana⁸, que consiga permanecer aberta e imprevisível, resguardando, contudo, condições materiais de igualdade. Nesse sentido, uma forma de produzir políticas públicas que rompa com os mecanismos da soberania moderna ao incorporar em seus desenhos institucionais a imprevisibilidade da produção normativa, forjando-se como dispositivo ético (portanto aberto e comum) de produção de valor.

⁸ Termo utilizado por Giuseppe Cocco em discussão realizada em seminário de pesquisa na Escola de Serviço Social da UFRJ.

A grande distinção que marca essa concepção de política pública refere-se ao movimento de escapar das expectativas que constroem a intervenção como cadeias lineares de causalidade, de que derivam um conjunto de pressupostos e operações “lógicas”, que articulam os meios empregados aos fins desejados. Nesses termos, a política pública tem-se conformado como modelo que se impõe à realidade, esperando conter seus desdobramentos dentro dos cenários e resultados esperados.

De tal modo se julga necessário definir o que alcançar e como isto será feito, que as políticas públicas se configuram como modelização a ser aplicada (e a história do SUS não deixa de corroborar isto) seguindo os cânones da racionalidade que distingue teoria e prática, sujeito e objeto, plano e realidade. Operação que se estende da ação do revolucionário (com o modelo de sociedade a construir) ao militar (e seu plano de guerra a conduzir), passando pelo economista (com a curva de crescimento a alcançar) e pelo sanitarista (com os patamares que indicadores de saúde definidos devem alcançar). Todos, mirando o melhor resultado, têm suas certezas (em grande parte respaldadas como científicas e técnicas) a projetar no mundo, estendendo-nas a todas as dimensões da vida, que se acanha assim em suas prerrogativas normativas de enfrentamento das infidelidades e riscos inerentes (mas também potentes) ao viver.

Vasto “empreendimento de modelização” (JULIEN, 1998) cujo principal efeito é a centralização normativa que tanto discutimos no campo da gestão. Este, aliás, se efetiva como saber disciplinar que tem por objeto o controle dos processos de trabalho e a racionalização das organizações. Processos operados segundo normas e modelos que amalgamam nas instituições de saúde as intervenções como reificação e permanência estéril, que pouco cria, produzindo principalmente aquela resistência em sentido estrito, ou pior, a vida como sintoma de si (que retorna, insistentemente, porém sem viço e sem brilho).

Meios-fim: de um lado, e já mais ou menos ao alcance da mão, o leque aberto dos recursos, ao mesmo tempo instrumentos e marcos; e, do outro, no horizonte, o que é simultaneamente o termo e o objetivo (*telos*), em direção ao qual não cessaremos de marchar, no qual manteremos os olhos fixos: ao mesmo tempo o que tensiona, mandando fazer esforço, e o que promete. Doravante está tão bem estabelecido o face-a-face entre esses dois planos, tornou-se também tão cômodo, que escapa ao pensamento (pensamos a partir dele, mas não a ele) (JULIEN, 1998, p.47).

Ao provocarmos o debate sobre as perspectivas da participação política no SUS desde o prisma da pós-soberania estamos, então, questionando a relação entre norma e realidade, o

fato de que toda intervenção estatal torna-se um procedimento de exceção ao negar as implicações normativas da atividade e inserir em um regime de determinação transcendente (ainda que falho por definição), o modo como a vida produz realidade. Estado de dominação, relações de forças que tem na gestão das políticas públicas o campo de organização e racionalização das práticas de contenção que caracterizam as instituições, fechando-as sobre si mesmas.

Tal leitura nos coloca, em última instância, o problema de como nos posicionamos quanto à definição do que se deseja alcançar com tais intervenções e como se espera pô-las em operação. O primeiro aspecto a ser ressaltado é a necessidade de diferenciar aplicação de exploração, pois pensar a política como experimentação e invenção requer transformar as políticas públicas de saúde em outra direção, que não a da aplicação de projetos, normas e modelos. Sair desse plano de atuação demanda, entre outras coisas, uma recusa em determinar desde fora o processo de materialização da política, em prescrever seus objetivos e meios de concretização. Essa afirmativa causará, com certeza, estranhamento para grande parte das pessoas. Como pensar uma política pública que não estabeleça onde e como chegar, quais resultados alcançar? Talvez a primeira questão a responder seja: porque não definir estes aspectos, incorrendo em riscos de que as intervenções tomem direção não desejada, incompatível com o projeto de sociedade que a luta pela materialização do direito à saúde expressa?

Para responder estas perguntas, precisamos retomar a relação meios-fim, não como ela se apresenta, mas a partir da lógica que a justifica. Pensamos com naturalidade as metas que esperamos conseguir como resultados fechados, uma certa configuração já definida da realidade, deixando de problematizar a duração dos processos. Queremos aqui sinalizar que procedemos insistentemente forjando o pensamento em cenas, quando o real acontece como curso ininterrupto de transformações, movimento que não se pode conter em nenhum desenho normativo prévio. Qualquer “fotografia” deste alvo a ser atingido pelo curso dos processos é necessariamente fugidia, ainda quando se realize em algum contexto, já que não pode interromper os fluxos que o fizeram advir, e que os conduzem a partir de então a outras configurações. Ou seja, empregamos como “ferramentas” de compreensão categorias que não nos ajudam a situar apropriadamente nossa ação neste processos, ou melhor, na afluência insondável de inúmeros fluxos, cujas interpelações e imbricações é impossível esquadriñar, apesar de toda pretensão científica da modernidade.

[...] a transformação não tem “lugar próprio”. Não só ela não é local, como o é a ação, mas também não é localizável, seu desdobramento é sempre global. Seu efeito, por conseguinte, é difuso, ambiente, jamais acantonado.

Por isso, por ser contínua e progressiva, por operar em toda parte ao mesmo tempo, a transformação passa normalmente despercebida. Não sendo jamais atribuível (a uma vontade individual), tampouco localizável (num lugar e num momento dados), ela não é isolável, não se destaca, portanto, não se vê (JULIEN, 1998, p.75).

Pensar a dinâmica entre o real e as políticas públicas com o quadro de referência característico da modernidade fez com que se supusesse viável articular operações (fotografias, na analogia que fizemos) como uma relação fechada de vínculos de causalidade, capaz de promover em seu arranjo seqüencial um resultado específico, já definido. Todas as dissonâncias da aplicação são vistas como desvios a serem contornados e forçosamente recolocados na estrada que conduz à norma-meta estabelecida. Lógica de intervenção pautada pela afirmação da necessidade de fechamento do tempo numa síntese, de condução do processo ao seu fim. Hegemonia da finalidade, por meio da qual dialeticamente a crise gerada pela impossibilidade real de controle do poder constituinte da atividade foi apaziguada em sua submissão ao Estado.

Nossa posição é a de que tal dinâmica entre o real e as políticas públicas deve ser abordada desde uma perspectiva pós-soberana, ou seja, que incorpore em seus desenhos institucionais a imprevisibilidade da produção normativa. O que solicita ensaiar artifícios de apreensão do movimento do real que expressem sua complexidade insondável, a abertura processual de seus fluxos. Um primeiro elemento de abordagem seria justamente a distinção que entre real e realidade, entre a potencialidade virtual que os processos mobilizam em seu devir e a atualização que conseguimos reconhecer como efeito tangível deles. Distinção que nos remete à existência, mesmo quando não efetuada, de malhas de força, tramas do possível não enunciado, que não podem ser fotografadas em nossas lentes de observação e entendimento habituais, e cuja existência apenas advém na imanência dos agenciamentos que as convocam. Todo efeito de realidade só se torna real como afluência de inúmeros processos e fluxos, discretos ou mesmo não perceptíveis, cujos deslocamentos, atravessamentos, imbricações e tensionamentos constituem uma paisagem de realidade movente, em perene transformação. Conforme Julien (1998), “[...] não cessando de se entre-afetar [...], a realidade não cessa de tornar-se efetiva: estando sempre a se desdobrar, e justamente por ser coerente e regulada, realidade nunca acaba de advir e não pode se esgotar” (p.148).

Nesse sentido, construir a intervenção como aplicação implica forçar um fechamento arbitrário destes possíveis, uma contenção dos fluxos em rotas já conhecidas, que tornam nossas instituições espacialidades e temporalidades de reificação do existente, e não de produção de existência. Ao sugerir anteriormente tomar a resistência como existência apontamos justamente para a necessidade de expor as lógicas institucionais a essa abertura ontológica constitutiva da realidade, que torna todo efeito uma duração. Em outras palavras, trata-se de uma tentativa de inserir na produção e configuração das políticas públicas, um “pensamento da *processualidade*” (JULIEN, 1998), não como seqüência ordenada de eventos, mas como reconhecimento do poder constituinte como força expansiva que desfaz a continuidade imaginária da realidade, impedindo a antecipação de seus percursos.

Trazer para o cerne da questão das políticas públicas as implicações constituintes dos processos sociais significa colocar o problema de sua porosidade e suas articulações com o movimento histórico, reconhecendo-no como potência de constituição de ser desprovida de verticalidade, escorregadia às totalizações. Espacialidade aberta, temporalidade da intensidade que não se encerra em normas institucionais, procedimentos, disciplinas e hierarquias, já que em sua dinâmica “estão antes presentes e ativos a resistência e o desejo, a pulsão ética e a paixão construtiva, a articulação do sentido da insuficiência do existente e o extremo vigor da reação a uma intolerável ausência de ser” (NEGRI, 2002, p.38). A realidade constitui-se, nessa perspectiva, temporalidade do singular, que as instituições modernas procuraram enclausurar e codificar. Questionar a produção das políticas públicas de saúde quanto ao modo como atualizam este fechamento resulta, então, em promover sua exposição à aceleração do presente, do evento, da generalização da singularidade. Desafio de articular condições para que nestas intervenções a produção de realidade social, a “constituição temporal do existente”, se materialize sem finalismos, sem projetos. Desutopia, na acepção de Negri (2002), “atividade transbordante, intensa como a utopia, mas sem ilusões, plena de materialidade” (p.27).

Não se deve supor que essa leitura redunde em esvaziar das políticas públicas de saúde os compromissos éticos que as justificam. Ponto em que retornamos ao consenso que a relação meio-fins foi capaz de gerar, ao apresentar-se como necessária à garantia de sua eficácia no alcance destes compromissos. Ao negarmos a validade da relação meio-fins não pretendemos subtrair as implicações ético-políticas das intervenções em saúde. Ao contrário, consideramos como questão fundamental a produção de visibilidade para as intencionalidades e direcionalidades que as norteiam quanto à transformação ou atualização do existente. O que ressaltamos, por outro lado, é a impossibilidade e os riscos inerentes às tentativas de

estabelecer o percurso segundo a racionalidade instrumental que usualmente se presentifica nos programas e modelos normatizados.

Nesse sentido, defendemos que o compromisso ético que subjaz às políticas de saúde deve expressar-se e atuar não como desenho normativo fechado e focado em objetivos pré-estabelecidos. O exercício ético na gestão das políticas públicas de saúde supõe, em contrapartida, recusar a reificação da realidade, a heteronomia da atividade, as hierarquias e exclusões institucionalizadas, em favor de agenciamentos, cujas intencionalidades e efeitos se legitimem em seu próprio movimento de efetuação, expandindo seu campo de influência em razão da adesão que sua coerência e consistência mobilizam. Postulado da coerência, em referência ao conceito de Mario Testa, que remete aqui particularmente ao modo como a política pública responde por seus efeitos, sem intentar prescrevê-los, e sem organizar sua concretização desde qualquer forma de centralização e expropriação normativa.

Falamos, portanto, da possibilidade de engendrar dispositivos e artifícios políticos que não pretendam impor resultados esperados, constranger o real aos seus moldes, e sim sedimentar progressivamente uma transversalidade ética, que tem por referência a produção do Comum. Dispositivos que, em uma acepção foucaultiana, são as redes que se delineiam entre elementos heterogêneos (leis, medidas administrativas e de segurança, enunciados científicos, componentes de discursos, instituições, etc.) conformando certa “disposição” destes elementos que se revela por si mesma produtora de efeitos (AGAMBEN, 2005).

Para pensar a participação política no SUS, em suas possibilidades e perspectivas pós-soberanas, consideramos necessário propor a articulação de dispositivos abertos, que não conduzam ao fechamento da temporalidade constituinte dos processos sociais, à contenção do existente, nem tampouco a uma materialidade pré-concebida. Artifícios que tenham por especificidade desenhar-se em sua própria processualidade, como modos de operação que respondem à singularidade da situação, às circunstâncias que mobilizam e demandam sua eficácia produtiva. Configurações institucionais esvaziadas de prescrições e sobre-codificações que viabilizam, por certa disposição provisória de elementos diversos, a imprevisibilidade e a eficácia da produção normativa, forjando-se como dispositivo ético, já que comum, de produção de valor. Sua abertura e conformação “vazia”, marcada pela transitoriedade, constitui-se condição produtiva, pois, como salienta Julien,

Se ele [o vazio] cessasse de atravessar o real, este ficaria definitivamente entorpecido, prostrado, coagulado; sem esse influxo do vazio, o real seria completamente reificado. [...]sem a indiferenciação do vazio, como fundo comum [...], uma individuação

não poderia ir de encontro a outras, interagir com elas (graças àquele entre operante) e fazer ressaltar seu efeito; e, se não houvesse a vacuidade do vazio como meio ambiente, esse efeito não poderia se difundir e propagar. [...] o vazio é simplesmente o que permite a passagem do efeito. [...] Pois, se tudo está repleto, não resta nenhuma margem para operar; se todo vazio é eliminado, elimina-se também o jogo que permite o livre exercício do efeito (JULIEN, 1998, p.136).

Reportamos o conceito de dispositivo para enfatizar que, apesar de serem propostos como artefatos abertos, tratam-se de elementos heterogêneos distribuídos de modo singular, em razão de determinadas redes de articulação que estabelecem entre si e com movimentos externos. Sem a característica de estabelecer conformações específicas e formalizadas no contexto institucional (o que não equivale à determinação prévia dos objetivos e procedimentos que as norteiam) torna-se complicado imaginar uma política pública que responda concretamente aos desafios que a interpelam. Ou seja, ao problematizar a configuração institucional do SUS não negligenciamos as requisições de permanência, de constituição de temporalidades e espacialidades, a que respondem suas instituições.

Não advogamos, portanto, uma “vacuidade” negativa, que em última instância é anti-ética ao desresponsabilizar-se pela produção da vida social, mas mobilizações institucionais produtivas, marcadas pela reversibilidade e pela provisoriedade dos modos como incidem e conformam as relações de poder. Um dos aspectos relevantes em relação aos dispositivos abertos é o fato de estabelecerem garantias de constituição de um plano de visibilidade para as implicações normativas da atividade, dos efeitos que atualizam, daqueles que a atravessam e convocam. Enfim, garantias de igualdade, de condições materiais para a democratização das instituições e relações sociais. Em função disso, tais dispositivos podem ofertar matérias de expressão ao projeto ético do SUS, fortalecendo desdobramentos que potencializem a produção de saúde, por esboçar relações de avaliação e afirmação estreitamente atreladas à produção de valor, e que derivam em responsabilização difusa e partilhada.

Importante neste aspecto esclarecer que a avaliação não equivale aqui a uma prática deliberativa, que pressupõe a centralidade da razão e da pactuação formal, procedimentos que não abrangem toda a intensidade e virtualidade dos processos de constituição da realidade. Concebê-las em outra direção significa entender que a transformação ensejada não existe a não ser em sua realização, mas que tampouco toda efetuação é desejada e deve ser corroborada. Isto porque, embora não fechem os sentidos e mesmo os modos de atualização e expressão de seus efeitos, os dispositivos abertos, conforme os entendemos, não podem jamais prescindir de sua implicação ética, assumindo-a como compromisso em excluir do

campo de possibilidades efetuações do real que cerceiem a vida e a potência constituinte do devir.

Ao fundamentar-se em dispositivos abertos, a produção da política de saúde afirmaria a impossibilidade de estabelecer linearidades causais, assumindo em seu modo de operação a realidade como transformação constante, processualidade aberta, não antecipável e não localizável. As conformações institucionais que se fizessem cognoscíveis resultariam, então, de convergências, adensamentos e deslocamentos, da consistência própria da realidade, em suas materialidades e territorializações, que a política poderia investir ou esvaziar, conforme os movimentos do desejo confluam ou não em sua direção. O que seria necessário garantir é a visibilidade de seus modos de concretização, de suas articulações e resultados, mas também do conhecimento e das demais acumulações que possibilitam, a fim de que os valores que expressam sejam acessados, compartilhados e apropriados como bem comum.

Espaço de aparência, nos termos empregados por Arendt, em que a esfera pública se constitui, não como localidade institucional ou procedimento formal, mas como acesso real aos processos de decisão que conformam as instituições e sua dinâmica produtiva. Desta maneira, as políticas públicas de saúde são pensadas como artifícios de intervenção institucional e publicização das implicações normativas que resultam na transformação ou atualização dos territórios existenciais. Substituição da ação política teleológica e representativa que toma, desde uma pretensa exterioridade, o mundo e os processos sociais como objeto, por políticas públicas que expressam a compreensão de que as transformações sociais desejadas são da ordem da consequência, da coerência e consistência dos processos que engendra, e não do projeto que a define (JULIEN, 1998). Políticas que construam a democracia como experiência do viver, segundo Freire, e que por isto requisita estratégias ampliadas de participação política, que conformem talvez um modo pós-soberano de produção da política de saúde. Pós-soberano porque autopoietico, em movimento constante de conformação de propósitos, intervenções, sentidos, enfim, de políticas públicas orientadas para a criação de valor como expressão do poder constituinte dos processos sociais.

Retomar a ilustração feita por Hegel da relação dialética entre o senhor e o escravo nos parece oportuno, em nossa intenção de qualificar desde uma perspectiva pós-soberana as políticas públicas de saúde. Nela, Hegel mostra claramente que nem o escravo, nem o senhor são livres, pois que dependem um do outro para constituir-se, estando presos nessa relação. Não nos interessa nessa análise propriamente o sentido negativo da dependência dialética.

Chama-nos atenção, antes, o fato de que ela permite entrever a extensão das implicações ontológicas do conceito de comum, que fragiliza qualquer pretensão de identidade e

isolamento. Dissolvendo seus limites dicotômicos e transpondo-a para a transversalidade dos processos de subjetivação e constituição do mundo, em seus regimes dialógicos de construção de sentido, enfim, reportando a ilustração feita para o que faz coincidir política e ontologia, percebe-se claramente que liberdade e justiça não podem ter fronteiras (nacionais, étnicas e de classe, etc) definidas. O Comum não é uma escolha, mas um imperativo da vida humana, em sua requisição radical da relação, da alteridade, de tal sorte que a transformação de seus territórios existenciais não é nunca um fenômeno localizado e delimitável. Constituímo-nos em relação com o outro, compartilhamos um mundo de coisas que se interpõem entre nós, como dito por Arendt, e é nessa dependência (produtiva) que a radicalidade do conceito de Comum se explicita. Tanto, que a máquina ontológica de subordinação e colonização característica da modernidade somente pôde ser efetivada determinando transversalmente o conjunto da coletividade, como a experiência do Estado Moderno nos permite aferir. Isto porque, a decisão continuamente atualizada da exceção procede necessariamente como mecanismo de inclusão da vida, de sua inscrição no ordenamento estatal, ainda quando operada como estratégia de exclusão.

O repto que se coloca à constituição contemporânea das políticas públicas é, portanto, mais amplo do que a princípio podemos supor. Suas implicações éticas decorrem justamente da ficção que representa qualquer delimitação dos processos sociais em relações de inclusão e exclusão, qualquer ilusão que pretenda localizar a soberania em artefatos institucionais específicos. A transversalidade dessa implicação nos impõe o compromisso ético de tornar aparentes os efeitos engendrados pelos artificios institucionais que criamos, de expô-los às apropriações e à avaliação comuns, sem procurar forçar o real aos moldes de nossos modelos e expectativas. Compromisso ético, porque necessariamente atinente à produção do comum, ou melhor, ao desafio de libertá-lo dos limites ontológicos impostos na relação de soberania. Afinal, a radicalidade do sentido da política: a liberdade, liberdade de produção do novo.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *Estado de Exceção*, de. São Paulo - SP: Boitempo Editorial, 2004a. 144p.
- _____. *Homo Sacer – o poder soberano e a vida nua*. Belo horizonte: Ed. da UFMG, 1ª reimpressão, 2004b. 234p.
- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo. *Outra travessia – revista de literatura n. 5*. Ilha de Santa Catarina, p. 9-16, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva em latinoamérica. *Cuadernos médico sociales (75)*, Rosario, p. 5-30, 1999.
- ANDRADE, L. S. et al. Democracia, Participação Popular e Controle Social: *Um estudo sobre os Conselhos de Saúde de Fortaleza*, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos II, Brasília: Distrito Federal, 2003, p.449.
- ARENDT, H. Entre o passado e futuro. São Paulo: Ed. Perspectiva, 3ª reimp. da 5ª Ed.. 2005. 348p.
- _____. *O que é a política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 240p.
- _____. *A condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; Rio de Janeiro: Salamandra; São Paulo: Ed. Universidade São Paulo, 1981. 338p.
- BARBROOK, R. A regulamentação da liberdade: *liberdade de expressão, liberdade de comércio e liberdade de dádiva na rede*. In: COCCO, G.; GALVÃO, A.P.; SILVA, G. *Capitalismo Cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2003. p. 61-82.
- BAREMBLITT, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: *teoria e prática*. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1ª Ed., 1992. 204p.
- BELISARIO, S.A. Algumas Contribuições ao Texto Saúde Pública e Saúde Coletiva: *campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva vol. 5 n. 2*, Rio de Janeiro, p. 241-242, 2000.
- BARROS, R.D.B.; ROLNIK, S. A afirmação de um simulacro, Tese de doutorado. PUC/SP, 1994.
- BELLO, C.A. Orçamento, Redistribuição e Participação Popular no Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva vol. 20 n. 3*, São Paulo, p.95-105, 2006.
- BORGES, S.F. A representação das associações de moradores nos Conselhos de Saúde. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos II, Brasília: Distrito Federal, p.456, 2003.
- BOTAZZO, C. . Saúde pública e saúde coletiva: *saberes, interdisciplinaridade e política*. *Ciência & Saúde Coletiva vol.5 n.2*, Rio de Janeiro, p. 237-240, 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA. PARTICIPASUS: *Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20-%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>. Acesso em 10/09/2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. *Participação Social em Saúde*. 2006. Disponível em http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf. Acesso em 10/07/2008.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, 2008.
- ~~http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13&filtro=1&id_aplicacao_campo=&start_date=&end_date=&campo14973%5B%5D=1643474. Acesso em 21/08/2008.~~

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CABRAL NETO, A. Democracia: *velhas e novas controvérsias*. *Estudos de Psicologia* vol. 2 n. 2, Natal, p. 287-312, 1997.
- CALIMAN, L. Dominando corpos, conduzindo ações: *genealogias do biopoder em Foucault*. Dissertação de Mestrado. IMS: UERJ, Rio de Janeiro, 2002.
- CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1989. p. 9-32.
- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: *revolução das coisas e reforma das pessoas*. In: CECILIO, L.C.O. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994. p. 29-88.
- _____. Saúde pública e saúde coletiva: *campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 5 n. 2, Rio de Janeiro, p. 219-230, 2000a.
- _____. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Ed. Hucitec, 1ª ed., 2000b. 236p.
- _____. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª ed., 2005. 185p.
- _____. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Ed. HUCITEC, 3ª ed., 2006. 175 p.
- _____. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: *inovações e limites*. *Revista do Serviço Público v. esp.*, Brasília, p. 123-132, 2007.
- CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-Posições*, Faculdade de Educação, UNICAMP, v. 12, n. 2/3, p. 38-52, 2001.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico de salud. *História, Ciências, Saúde*, vol. 4 n. 2, p. 287-307, 1997.
- CARVALHO, E.F. Os dilemas e desafios da saúde coletiva: *andando na vida num contexto Morte e Vida Severina*. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 5 n. 2, p. 233-236, 2000.
- CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. Em SCHAIBER, L. B. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10 n. 4, Rio de Janeiro, p. 975-986, 2005.
- CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública* vol. 13 n. 3, Rio de Janeiro, p. 469-478, 1997.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p.197-210.
- CHÂTELET, F.; DUHAMEL, O.; PISIER-KOUCHNER, E. *História das idéias políticas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. 399p.
- CHAUÍ, M. Cultura e democracia: *o discurso competente e outras falas*. São Paulo : Cortez, 5.ed., 1990, 309p.
- _____. Conformismo e Resistência. Aspectos da Cultura Popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994, 174p.
- _____. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. *Pólis Publicações (Instituto Polis)*, v. 47, p. 23-30, 2005.

- COCCO, G.M. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2001. p. 7-24.
- COELHO, V.S.P. A Democratização dos Conselhos de Saúde. *Novos Estudos*, São Paulo: Cebrap, 78, p. 77 – 92, 2007.
- COELHO, V.S.P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: *o que está faltando?* In: COELHO, V.S.P.; NOBRE, M. (Orgs.) *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 1ª Ed., 2004.
- COHN, A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: *o desafio permanente*. *Saúde e Sociedade vol. 1 n. 2*, São Paulo, p. 97-109, 1992.
- COHN, A. Descentralização, Cidadania e Saúde. In: *São Paulo em Perspectiva vol. 6 n.4*, São Paulo, Fundação SEADE, p. 70-76, 1995.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva vol. 8 n. 1*, Rio de Janeiro, p. 9-18, 2003.
- CORDEIRO, H.A. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Ed/ABRASCO, 1. ed., 1991. 184p.
- CORSANI, A. Elementos de uma ruptura: *a hipótese do capitalismo cognitivo*. In: COCCO, G.; GALVÃO, A.P.; SILVA, G. *Capitalismo Cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2003. p. 15-32.
- DELEUZE, G. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 6ª reimpressão, 2007. 232p.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 2ª ed., 1997. 288p.
- DONNANGELO, M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil – A Década de 70. In: Buss, Paulo Marchiori (org.). *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*, vol. 2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, abr. 1983. p.19-35.
- FERLA, A. A.; CECIM, R. B. e PELEGRINI, M. L. M. de. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. Em PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2003, p.61 –88.
- FIORI, J.L.C.; KORNIS, G.E. Além da Queda: *economia e política numa década enviesada*. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 1-42.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petropolis: Vozes, 20ª Ed., 1999. 262p.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 3ª tiragem, 2002. 382p.
- _____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 3ª ed., 2003. 160p.
- FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. São Paulo: Paz e Terra, 28ª ed., 2005, 158p.
- GALLO, E.. Razão, poder e política para repensar o planejamento. In: Gallo, Edmundo. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p.11-40.
- GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. 1. ed. RIO DE JANEIRO: Editora FIOCRUZ, 1995. 189 p.
- _____. *Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares*, *Cad. de Saúde Pública vol. 20 n. 6*, Rio de Janeiro, p. 1670-1681, 2004.

- GONÇALVEZ, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: *características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: E. Hucitec, 1994.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: *cartografias do desejo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 5ª Ed., 1999. 327p.
- GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: *Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa*. *Cad. de Saúde Pública* vol. 6 n. 2, Rio de Janeiro, p. 129-153, 1990.
- GONÇALVEZ, R.B.M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: *características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: E. Hucitec, 1994. 278p.
- GONÇALVES, R.B.M.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. (orientadora). Participação Política e os caminhos da construção do direito à saúde: *a experiência da Pastoral da Saúde nos municípios de Vitória e Vila Velha*. Dissertação de Mestrado, IMS:UERJ, 2003.
- GUIZARDI et al, Participação da comunidade em espaços públicos: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* vol. 14 n. 1, Rio de Janeiro, p. 15-39, 2004.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: *um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 369-384.
- HERCKERT, A. L. O trabalho em saúde a partir de um novo humanismo. Painel apresentado no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde: desafios da fragilidade da vida na sociedade contemporânea, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 09 a 13 de julho de 2005 (mimeo).
- JULIEN, F. *Tratado da eficácia*. São Paulo: Ed. 34, 1998. 240p.
- LABRA, M.E. e FIGUEIREDO, J.A. Associativismo, participação e cultura cívica: *o potencial dos conselhos de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva* n.3, p. 537-547, 2002.
- LACOSTE, M. Fala, atividade, situação. In: DUARTE, F.J.C.M.; FEITOSA, V.C. *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Lucerna, 1998, p. 15-36.
- LAZZARATO, M. As revoluções do capitalismo. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2006. 268p.
- _____. O ciclo da produção imaterial. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2001. p. 43-54.
- _____. Estratégias do empreendedor político. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2001. p. 55-70.
- _____. Trabalho e capital na produção dos conhecimentos: *uma leitura através da obra de Gabriel Tarde*. In: COCCO, G.; GALVÃO, A.P.; SILVA, G. *Capitalismo Cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2003. p. 61-82.
- LAZZARATO, M.; NEGRI, A. Trabalho imaterial e subjetividade. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A Ed., 2001. p. 25-43.
- LEVCOVITZ, E.; BAPTISTA, T.W.F.; UCHÔA, S.A.C.; NESPOLI, G.; MARIANI, M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil: (1974-2000). *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde*, 2, Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2003. 75p.
- LOCKE, J. *Segundo tratado sobre o governo*. In: Série "Os pensadores". São Paulo: Abril Cultural, 1973.

- LUZ, M.T.A Produção Científica em Saúde Coletiva (1994-1995). *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 2 n. 1/2, Rio de Janeiro, p. 117-141, 1997.
- MAGALDI, C.; CORDEIRO, H. Estado Atual do Ensino e da Pesquisa em saúde Coletiva no Brasil. In: Buss, Paulo Marchiori (org.). *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*, vol. 2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, abr. 1983. p..
- MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. In: RIVERA, F.J.U. (org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 107-149.
- _____. Planificacion en situaciones de poder compartido. Caracas; CENDES; 1981. 83 p.
- _____. Estrategia y plan. Mexico; Siglo Veintiuno; 1978. 191 p.
- _____. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1997. 381p.
- MENDES, E.V. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: *o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 1ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO, 1993, v.1, p.
- MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: *o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 1ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO, 1993, v.1, p. 159-185.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L.C.O. (org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994. p. 117-160.
- _____. Saúde: *a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. e ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 3ª Ed., 2007. p. 71-112.
- MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. e ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 3ª Ed., 2007. p. 113-160.
- MORONI, J.A. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate* v.29 n. 71, Rio de Janeiro, p. 284-304, 2005.
- NEGRI, A. O Poder Constituinte: *ensaios sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro: Ed. DP&A, 2002. 480p.
- _____. Cinco lições sobre *Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. 280p.
- NEGRI, A.; HARDT, M. *Império*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Ed. Record, 2ª ed., 2001. 501p.
- NUNES, E.D. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 1 n. 1, Rio de Janeiro, p. 55-69, 1996.
- NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* vol. 2 n. 3, Botucatu, p. 107-116, 1998.
- OPAS-OMS. *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*. Washington: OPS/CENDES, 1965. 77 p.
- PAIM, J.S. O Movimento pelo Planejamento de Saúde na América Latina. *Revista Baiana de Saúde Pública* v. 10 n 1, Salvador, p. 46-52, 1983.

_____. 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*. 1ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC/ABRASCO, 1993, v.1, p. 187-220.

_____. Epidemiologia e planejamento: *a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 8 n. 2, Rio de Janeiro, p.557-567, 2003.

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

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: *balanço do estado da arte*. *Rev. Saúde Pública* vol. 40 n. Esp., São Paulo, p. 73-78, 2006.

PESSOTO, U.; NASCIMENTO, P.; HEIMANN, L. A Gestão Semiplena e a Participação Popular na Administração de Saúde. *Cad. de Saúde Pública* vol. 17 n. 1, Rio de Janeiro, p. 89-97, 2001.

PINHEIRO, R. *Conselhos de Saúde: o direito e o avesso*. Dissertação de Mestrado: IMS/ UERJ, 1995.

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

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*. *Maringá* v.25 no. 2, Maringá, p. 349-358, 2003.

RIVERA, F.J.U. Planejamento de Saúde na América Latina: Revisão Crítica. In: RIVERA, F.J.U. (org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989a. p. 13-55.

RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante, *Cad. Saúde Pública* vol. 12 n.3, Rio de Janeiro, p. 357-372, 1996.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em saúde: *flexibilidade metodológica e agir comunicativo*. In: RIVERA, F.J.U. (org.) *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.17-35.

SÁ, M.C. Planejamento Estratégico em Saúde: problemas conceituais e metodológicos. 1993, vi. 425 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

SANTOS, B.V.S. *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: encuentros em Buenos Aires*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 1ª ed., 2006. 110p.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: espaço e tempo: razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 3.ed.,1999.

SANTOS, T.G. Notas para o debate sobre a participação social. Mimeo 2008. Disponível em <http://www.cebes.org.br/anexos/Notas%20para%20o%20debate%20sobre%20a%20Participa%20E3o%20Social.pdf>. Acesso em 10/07/2008.

SCHIERA, P. Estado Moderno. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1993. p. 425-431.

SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: *a força do debate*. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 11-35.

SERAPIONI, M.; ROMANI, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: *os casos de Itália, Inglaterra e Brasil*. *Cad. Saúde Pública* vol. 22 n. 11, Rio de Janeiro, p. 2411-2421, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: *o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª ed., 2006. 143p.

- SPOZATI, A; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cad. de Saúde Pública* vol. 8 n. 4, Rio de Janeiro, p. 366-378, 1992.
- SOARES, N.R.F. E RIBEIRO, M.S. Levantamento da realidade dos Conselhos de Saúde e dos Conselhos no Estado do Mato Grosso, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Livro de Resumos II, Brasília: Distrito Federal, p.450, 2003.
- TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil, em DAGNINO, E. (org.) *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*, São Paulo: Paz e Terra, 2002, p.47-104.
- TAVEIRA, M. Planejamento e Programação: aproximações diferenciadas ao problema: *elementos para discussão. Saúde em Debate* n. 32., Rio de Janeiro, Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde, p. 38-43, 1991.
- TEIXEIRA, C.F. Planejamento e Programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E.V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 1ª Ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1993, v.1, p. 237-266.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública* vol. 34 n. 2, Rio de Janeiro, p. 63-80, 2000.
- TELLES, V. S. Sociedade Civil e a construção de espaços públicos. In DAGNINO, E. (org.) *Os anos 90: saúde e sociedade no Brasil*, São Paulo:Brasiliense, 1994. p. 91-102.
- TESTA, M. Planejamento em Saúde: as determinações sociais. In: Nunes, E.D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, s.l. Organización Panamericana de la Salud, 1985. p.335-367.
- _____. Mario Testa e o Pensamento Estratégico em Saúde. In: RIVERA, F.J.U. (org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p. 59-104.
- _____. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: *o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC / ABRASCO, 1995. 306p.
- VIACAVA, F.; RAMOS, C. L. Difusão da Produção Científica dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* vol.2 n. 1/2, Rio de Janeiro, p. 142-153, 1997.
- UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 1ª Ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1993, v.1, p.221-235.
- VÁZQUEZ, M.L. et al. Participação Social nos serviços de saúde: *concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil*. *Cad. de Saúde Pública* vol. 19 n. 2, Rio de Janeiro, p. 579-59, 2003.
- WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol. 18 n. 6, Rio de Janeiro, p. 1621-1628, 2002.
- WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S.M. Processo decisório e Conselhos Gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem* v.60 n. 5, Brasília, p. 579 -584, 2007.
- ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*, São Paulo: Atlas, 2001. 200p.
-