

BIOPOLÍTICAS DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE: o SUS e O GOVERNO DAS POPULAÇÕES

Debate ou discussão em teoria social

GT 19: Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Grasiele Nespoli

RESUMO

O trabalho aborda o limite da participação social na gestão das políticas públicas no contexto de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, por meio de uma reflexão ancorada na noção de biopolítica, desenvolvida por Michel Foucault. Analisa-se como no Brasil, as estratégias de saúde, organizadas por diferentes vias, constituíram mecanismos de governo da vida que atuam na regulação da população. Conclui-se que a constituição de um projeto democrático e universal de saúde depende de um outro plano de lutas que constitua a participação política pela via do desejo e da criação, pela reativação da participação política não como um instrumento de governo, mas como uma forma de governo e de afirmação da vida.

Palavras-chave: biopolítica, participação social, saúde.

Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações

A partir de 1908, iniciou-se outra grande corrente imigratória, a dos japoneses. Os imigrantes italianos vieram principalmente para trabalhar na agricultura (café), substituindo os escravos negros que haviam sido libertados em 1888. Após alguns anos de trabalho nas plantações de café, os italianos, na grande maioria, mudaram-se para as cidades. O município de São Paulo recebeu muitos desses imigrantes e, no registro de óbito, como ainda atualmente, constava a nacionalidade do falecido. Na Tabela 1 [Mortalidade segundo nacionalidade e sexo, município de São Paulo, 1902] estão apresentados os óbitos segundo a nacionalidade. Verifica-se que 74,6% eram brasileiros (nascidos na capital ou no estado de São Paulo ou em outros estados); 25,2% eram estrangeiros e 0,2% tinham nacionalidade ignorada. Entre os estrangeiros predominavam os italianos (62,1%). É interessante observar que ocorreram 16 óbitos de "africanos" e 1 "oriental", não tendo sido especificado o país. Quanto aos africanos, pode-se especular que poderiam ser ex-escravos não nascidos no Brasil, mas trazidos da África (Risi Junior e Nogueira, 2002).

No Brasil, os problemas da saúde da população foram evidenciados no contexto das grandes epidemias, da excessiva pobreza e da alta mortalidade derivada das condições de vida nas cidades no final do século XIX e início do século XX. Os fenômenos de vida e morte passaram a ser uma preocupação para o desenvolvimento econômico do país e, assim, a população passou a ser foco de estratégias de saúde. Este movimento configura o que Foucault chama biopolítica, o processo de regulamentação da vida que se caracteriza pelo poder contínuo e científico de fazer viver ou deixar morrer, um mecanismo de poder que opera um controle sobre os fenômenos coletivos e vai trabalhar, sobretudo, na produção de uma população saudável e utilizar estratégias que buscarão, de várias maneiras, fixar um equilíbrio, alcançar uma média e otimizar um estado de vida. Trata-se de "levar em

conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação" (Foucault, 2000, p. 294). Desta forma, a biopolítica ou o biopoder age como um dispositivo de governo, como uma espécie de "governamentalidade" que diz respeito à maneira correta de dispor as coisas e conduzi-las a um bem comum, em que as leis servem como táticas de governo, como regras racionais que são próprias do Estado.

Ao longo do século XX, no Brasil, as estratégias de saúde foram organizadas por diferentes vias que constituíram mecanismos de governo da vida que atuam na regulação dos corpos individuais e dos processos biológicos do homem-espécie (Foucault, 2008). Essas vias são a saúde pública (caracterizada por práticas higienistas e campanhistas), a medicina previdenciária, a medicina do trabalho e a medicina liberal (Paim, 2009). A forma de construção da soberania do Estado brasileiro encontrou nessas vias um dispositivo biopolítico, difundido por meio de técnicas e procedimentos, saberes e práticas, que incidem sobre a vida da população, normalizando-a segundo padrões que interessam ao desenvolvimento econômico do país - o que só foi possível graças a hegemonia da racionalidade biomédica mercadológica, edificada sobre conhecimentos técnicos, científicos e especializados. Por essas vias houve uma regulamentação dos fenômenos da vida, o nascimento, a fecundidade, a velhice, as enfermidades e a morte; "fenômenos coletivos, que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos, que só se tornam pertinentes no nível da massa" (Foucault, 2000, p. 293).

E o investimento na vida foi tamanho que resultou num aumento de sua expectativa em termos de idade, correlata a uma mudança, já conhecida, nos padrões de adoecimento e morte, derivada da introdução de novas tecnologias capazes de tornar a população mais saudável, mais forte e produtiva por mais tempo - um ajustamento dos fenômenos populacionais aos processos econômicos. É o governo das populações¹ que interessa, porque o problema político é o problema da espécie humana, do crescimento demográfico, da alimentação e das cidades. Assim, a biopolítica constitui meios para assegurar a circulação e a segurança, de pessoas, mercadorias, produtos, do ar.

Todavia, contra o controle da população emergiu o movimento de reforma sanitária brasileiro que culminou na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, fundado no princípio da saúde como um direito social de todo cidadão. O SUS é reconhecido como uma conquista da sociedade civil contra um governo militar autoritário e centralizador, antidemocrático. O movimento sanitário denunciou a precariedade das condições de vida e a manutenção de uma desigualdade social extrema que avassalava (e ainda avassala) grande parte da população brasileira e garantiu, por meio de um processo democrático, o debate e a defesa de um outro projeto de saúde pública para o Brasil, que deveria desenvolver outros meios, estratégias e dispositivos de governo, de condução e gestão da saúde e da vida da população.²

O SUS se firma sobre princípios e diretrizes que atribuem significado ético e estratégico a sua construção. Dentre os princípios constitucionais, a universalidade resguarda o valor da saúde como direito garantido pelo Estado por meio do acesso igualitário e sem preconceito ou privilégios aos serviços e ações de saúde. Das diretrizes, a descentralização "busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas" (Paim, 2009, p. 49). A atenção integral, por sua vez, visa um atendimento ininterrupto capaz de responder aos problemas de saúde das pessoas vistas em sua complexidade. E a participação

¹ Para Foucault, a população se constitui como noção e como realidade, como objeto sobre o qual são dirigidos os mecanismos de poder, no final do século XVIII. E a noção de população vai se diferenciar da noção de povo. O povo é o que "se recusa a ser população", é o que "vai desajustar o sistema" (2008, p. 57), é o que resiste à regulamentação da população.

² O movimento de reforma sanitária, além de promover a conquista do SUS no campo jurídico-legal, fomentou uma rica produção teórica que sustentou outras perspectivas de práticas e mecanismos de gestão, atenção e formação. Essa produção fundamentou as bases da saúde coletiva e as propostas de novos arranjos nos dispositivos de gestão do SUS como, por exemplo, a gestão compartilhada ou a cogestão.

comunitária versa pela democratização dos processos políticos e de gestão do sistema de saúde brasileiro.

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

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas (Santos, 2008, p. 2009).

Os avanços do SUS são percebidos pelo crescimento do número de procedimentos realizados, que revelam o aumento da cobertura dos serviços de saúde decorrente do processo de descentralização e municipalização e da conseqüente criação de outros dispositivos de gestão, como as comissões intergestoras bipartites e tripartites (atualmente também as regionais), os fundos de saúde e os mecanismos de repasse financeiro fundo a fundo, e os conselhos e as conferências de saúde. Sem dúvida, as mudanças nos mecanismos de gestão foram importantes para configuração de espaços de debate, negociação e pactuação de ações e metas relativas a saúde da população. E são significativos os avanços promovidos pela expansão da atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), que se apresenta como principal dispositivo de reversão do modelo hegemônico de atenção e cuidado. “De uma cobertura populacional de apenas 4,4% em 1998, o PSF atingia 37,9% da população em 2004” (Paim, 2009, p. 77) e mais da metade da população em 2009.³ No que diz respeito às políticas de saúde, foram realizados significativos avanços na confecção de novas normas e processos, no âmbito da gestão, da atenção e da formação. O SUS atualmente se orienta por um conjunto de políticas de saúde⁴ que se atravessam e induzem mudanças, respeitando seus princípios e diretrizes, e resistindo a força liberal da medicina.

No entanto, o SUS é um projeto em disputa e sua construção ainda sofre muitos percalços, pois demanda, para além de sua constituição jurídica, novas formas de “governamentalidade”, diferentes daquelas cunhadas historicamente que reforçam a gestão da vida em função do aumento do capital. Sua defesa, quando coerente com o projeto da reforma sanitária brasileiro de universalização da saúde, caminha contra um projeto neoliberal de reforma do Estado, que defende políticas sociais residuais dirigidas à parcela pobre da população, primando pela regulação do mercado na oferta dos serviços de

³ Histórico de cobertura da Saúde da Família, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 30 de janeiro de 2013.

⁴ Merecem destaque as Políticas Nacionais de Educação Permanente, de Humanização, de Atenção Básica, de Promoção da Saúde e de Gestão Estratégica e Participativa.

saúde. O contexto político e econômico adverso à implementação do SUS é, como sabemos, um dos principais obstáculos para a garantia da saúde como um direito e, não obstante, na contrapartida de seus avanços, houve um crescimento da chamada saúde suplementar e, conseqüentemente, uma intensificação do modelo biomédico de cuidado e da medicalização da vida em toda esfera social.

As dificuldades de constituição da saúde como um direito são inúmeras. Em relação à gestão, o SUS sofre com a restrição fiscal, com o subfinanciamento, com a permanência de uma racionalidade normativa e gerencialista, com uma alta carga burocrática de trabalho, com o sucateamento e privatização de serviços de saúde, com a precariedade das condições de trabalho, dentre outros problemas que impedem seu funcionamento ideal. Esses problemas afetam diretamente a construção de alternativas no campo da atenção à saúde da população. Mesmo com a descentralização, o SUS, em muitos municípios e regiões, opera de forma fragmentada, com baixa resolubilidade e sem referências de serviços de média e alta complexidade. E a atenção básica, com todos os seus elementos (território, trabalho em equipe, educação e promoção da saúde, etc.), não consegue “reunir potência transformadora na estruturação do novo modelo de atenção preconizado pelos princípios constitucionais” (Santos, 2008, p. 2011).

Nas tramas dos mecanismos de governo da vida, o Estado se organiza e funciona por uma combinação de técnicas de individuação e de procedimentos de totalização relacionados com a incorporação de diferentes tecnologias que formam modalidades de captura e submissão do corpo às forças produtivas. Neste contexto, pode-se dizer que a Saúde da Família funciona aos moldes de uma medicina social e centra-se ainda na produção de procedimentos e não no fortalecimento da participação coletiva na gestão da atenção e do cuidado no contexto dos territórios. O caráter altamente prescritivo da estratégia direciona as ações para a prevenção, o controle e o tratamento de doenças, e não para o enfrentamento de seus determinantes, o que materializa um modelo ainda insuficiente de resposta às necessidades de saúde da população. Neste sentido, a Saúde da Família pode estar atuando como um mecanismo regulatório nos territórios, como uma estratégia política de extensão da medicalização dos corpos, uma tática de “quadriculamento” (de áreas, microáreas e domicílios) que possibilita a disciplina dos indivíduos e o governo da multidão. As práticas, muitas vezes, continuam situadas na ordem médica e na norma familiar, e os vínculos podem ser de dominação e não de emancipação, o que expressa a dificuldade de construção de ações que correspondam ao conceito ampliado de saúde, tal como defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

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

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

a vocalização política da sociedade civil, particularmente dos grupos populares (Guizardi, 2009, p. 11-12).

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

Os avanços, por mais significativos que sejam, ainda não constituíram o SUS utópico (Merhy, 2012), nem o SUS democrático (Paim, 2009) e também não reverteram a situação de saúde da população brasileira, que continua caracterizada por uma significativa desigualdade no padrão de adoecimento e morte. Se é possível identificar melhorias significativas na expectativa de vida ao nascer, com redução da taxa de mortalidade infantil e de mortalidade geral por doenças infecciosas, por exemplo, também persiste um cenário desigual, que define quem deve viver e quem pode morrer. No contexto nacional, as desigualdades são geográficas, de classe e etnia. Vive-se menos no Nordeste do que nas demais regiões do país. As doenças infecciosas, como esquistossomose, doenças de Chagas e leishmanioses, atingem mais as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Observa-se que a frequência de qualquer doença aumenta com a redução do nível social e econômico dos grupos sociais. E sabe-se que a população negra, “além de possuir demandas relativas a alguma patologia específica, apresenta níveis de saúde abaixo dos observados na população brasileira geral” (Barreto e Carmo, 2007, p. 1.787).

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

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

Num país com grande capacidade econômica, onde a fome ainda constitui uma agenda do governo, a iniquidade nas condições de vida é evidente e aparece como um importante indicador do estado de saúde da população alcançado pelos mecanismos de governo da vida. Embora a questão da equidade esteja colocada na operacionalização do SUS desde 1990, com base num financiamento mais redistributivo, por exemplo, só recentemente vem sendo referida na elaboração de políticas de atenção

integral a algumas populações específicas⁵ que sofrem historicamente com a desigualdade social e vivem em situações de vulnerabilidade. Essas políticas resultam da luta de movimentos sociais pelo reconhecimento e implementação de medidas que possam reduzir as iniquidades entre os grupos populacionais. São políticas que primam pela garantia do acesso destas populações aos serviços de saúde e que apresentam questões específicas, como o problema do racismo que incide sobre a população negra, o preconceito sobre a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e as particularidades do processo saúde-doença constituído pelo modo de vida dos povos do campo e da floresta, e pelos quilombolas.

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

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

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

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

A reforma sanitária não conseguiu forjar mecanismos de “governamentalidade” capazes de ressituar a vida da população nas políticas de saúde, mas nos ensinou como a participação política é força fundamental para a resistência e construção histórica. Se quisermos fazer da gestão participativa, tal como definida no ParticipaSUS, uma estratégia transversal presente no cotidiano do SUS, devemos estender os mecanismos de participação ao infinito, fazendo-a rizomática. Neste sentido, é preciso pensar a participação para além dos mecanismos de representação e radicalizar no processo de democratização do SUS (Guizardi, 2009), tornando a “governamentalidade” porosa à ação política do povo. Acima de tudo, é preciso escapar dos mecanismos de segurança e de controle que criam

⁵ Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002; Política de Atenção Integral a População Negra, criada em 2007; Política Nacional de Atenção Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2008; Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2010.

“condições para cada um sentir-se atuando e decidindo no interior das políticas de governo” (Paseti, 2005, p. 134) e, assim, capturam o exercício da participação que não alcança, por sua vez, uma ação política transformadora da realidade social.

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

Assim, o enfrentamento das iniquidades e a constituição de um projeto democrático e universal de saúde depende de um outro plano de lutas, que retome a força do movimento de reforma sanitária, e de outras estratégias de “governamentalidade”, que consigam deslocar a multidão do seu lugar de população para o lugar de povo, de quem resiste. E, para isso, uma possibilidade, é reafirmar a participação política pela via do desejo e da criação, ativar o biopoder pelo seu avesso, transformando-o em biopotência, potência de vida, luta constante pela defesa da saúde como direito que, de fato, é de vida. O desejo é “a potência da capacidade ativa de existir” (Fuganti, 2009, p. 672) e a criação é o que torna possível romper aquilo que se conserva, o que exige abandono e autonomia. O desejo, quando investido pelo capital, serve como limite, como força de conservação do estado de vida, dos modos de pensar e agir no mundo, das verdades. Mas quando investido de vontade de criação pode ser o motor de uma ação política emancipatória. Não há participação sem capacidade ativa de existir e sem abertura para o novo.

Neste sentido, no âmbito da participação social ou dos mecanismos de gestão participativa do SUS, os homens precisam se reinventar para não serem cúmplices daquilo que supostamente se combate, e que acabam conservando, por exemplo, a racionalidade liberal, privatista em suas diversas facetas e práticas disciplinares e normalizadoras. Para isso, precisam produzir outros desejos, o que não significa produzir novas intenções, mas novas maneiras de se relacionar, novas formas de sociabilidades e novas singularidades que escapem ao assujeitamento do próprio desejo e da vida. O assujeitamento é o efeito do poder, daquilo que captura e determina a vida de fora (Fuganti, 2009) e uma das saídas desta captura é a invenção ética relativa aos valores e aos domínios de constituição do sujeito, de si e do outro (Foucault, 2006).

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Participasus: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. 2a. edição, 2009.

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

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

_____. *Segurança, Território e População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

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

GUIZARDI, F. L. Do controle Social à Gestão Participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Revista Trabalho, Educação, Saúde*. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 9-34, março-jun. 2009.

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

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

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

PASSETI, E. Anarquismos e Sociedade de Controle. In: RAGO, M., ORLANDI, L.B.L.; VEIGANETO, A. (Orgs.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005, p. 123-138.

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

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