

Do Controle Social à Gestão Participativa: perspectivas (pós-soberanas) para a participação política no SUS.

Francini Lube Guizardi

Parece-me que o melhor modo de apresentar a discussão que procuramos fazer neste ensaio é retomar no título aquilo que aponta para nosso problema de pesquisa. De partida podemos dizer que nossa discussão é um convite ao deslocamento das noções que hoje entendemos no SUS por controle social em direção à gestão participativa. Esse convite nos pede, num primeiro momento, um exercício de estranhamento, já que quando falamos em controle social temos implícitas algumas noções do que seja a participação política, que não nos ajudam a operar esse deslocamento. Mas porquê não?

Bem, a resposta a essa pergunta é propriamente a hipótese teórica que orienta o percurso desta pesquisa. Ou seja, entendemos que para discutir a participação política no SUS e pensar criticamente suas possibilidades precisamos problematizar as opções e concepções que restringem sua operacionalização estritamente por meio de mecanismos de representação. Por isso a reflexão que propomos sobre as possibilidades de participação política no SUS é remetida ao cotidiano institucional da gestão, porque entendemos que o princípio de participação da comunidade diz respeito à constituição do próprio direito à saúde, já que não pensamos o direito somente como formalização jurídica, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores “que estruturam uma linguagem pública”, no dizer de Vera Telles. Em outras palavras, o direito à saúde só pode ganhar materialidade na complexidade dos fluxos e movimentos societários.

Por isso a política de saúde precisa ser porosa às demandas, às realidades e aos “fazeres” dos diferentes agentes e grupos sociais, para que o direito a saúde não fique restrito a uma atualização de suas formas já instituídas, conseguindo expressar os movimentos e processos constituintes da realidade social. Colocar nesses termos o desafio da participação social no SUS significa, parafraseando Negri, não a busca por fazer o político corresponder ao social, mas a luta em “inserir a produção do político na criação do social”. Significa, portanto, interrogar radicalmente os dispositivos, os espaços e, sobretudo, os sentidos que a participação política adquiriu no SUS. A radicalidade a que referimos não deve ser entendida como a negação ou desconstrução das alternativas já criadas, mas sim o estranhamento da suposição de que sejam as únicas alternativas existentes ou viáveis.

Sem esse estranhamento, pensamos que o conjunto dos obstáculos hoje vividos nos espaços do controle social (principalmente nos conselhos de saúde) não serão superados. Não vamos nos ater ao mapeamento desses problemas, mas é importante ressaltar a convergência em torno da avaliação de 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. Alguns dos aspectos que ajudam a conformar esse cenário: podemos citar principalmente os artifícios de poder usados pelo discurso técnico-científico; as dificuldades relatadas quanto aos mecanismos de representação; a tendência de reprodução do jogo político local em suas relações de força e exercício de poder; e a apropriação dos conselhos pelo poder executivo, com um conseqüente caráter monológico prevalecendo na dinâmica desses espaços.

Em nossa perspectiva esses obstáculos dificilmente serão superados sem que se coloque o problema de intervir não somente nos efeitos que geram, mas também em seus regimes de produção, nos entrelaçamentos e determinações que os atualizam em tão diversas circunstâncias. O que remete à constituição das instituições que 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 desafio 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.

De modo algum negligenciamos os avanços conseguidos com a conquista dos fóruns institucionalizados de participação. Ao contrário, entendemos que a necessária e desejada eficácia desses espaços depende da capacidade de radicalizar o projeto democrático, da capacidade de pensar a participação na construção e gestão cotidiana da política de saúde, porque é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente a população vive como realidade material o direito à saúde.

É preciso, contudo, observar que os limites que encontramos em pensar a participação política no SUS para além dos mecanismos de representação não fazem parte apenas da realidade do Sistema de Saúde e da organização sócio-política brasileira. Eles remetem, antes, à constituição do próprio Estado e das formas hegemônicas de institucionalização da ação política. Sem compreender essas vinculações é muito difícil debater o que desejamos construir como materialização do princípio de participação da comunidade no SUS e propor alternativas à sua concretização. Esse é justamente nosso gancho para entender o que sinalizamos por perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS.

Para compreender essa colocação é necessário retomar os fundamentos e mecanismos de efetivação da soberania, principalmente no que diz respeito aos preceitos do Estado de Direito, que se legitima na articulação de uma esfera pública enraizada na igualdade formal dos indivíduos-cidadãos, igualmente submetidos ao aparelho jurídico estatal. Esfera pública que tem como contrapartida a separação instituída entre o plano político dos direitos e a sociedade privada, e que justifica o imperativo da representação dos interesses individuais (privados) frente à instância estatal. A liberdade de participação política neste contexto pode ser lida como liberdade das garantias individuais. O Estado coloca-se como instância “externa” à sociedade, demarcando a moderna fronteira entre o que seria social e o que seria político.

A artificialidade dessa separação pode ser constatada com a contradição insuperável entre a igualdade que fundamenta essa noção de cidadania e a desigualdade real inerente ao processo de acumulação capitalista, que é a outra face da formação do Estado Moderno. A representação política é imposta pela separação formal entre esfera pública e sociedade “privada”, e produz como resultado indiscutível a restrição da potência ontológica do agir político dos homens em sua prerrogativa de constituição de mundo. 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.

Por isso 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. 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. O que pretendemos, portanto, colocar em questão é a própria compreensão da dimensão política da atividade humana, para o que utilizamos como referência o conceito de Agamben de Estado de Excessão.

Este autor propõe pensar o Estado de exceção como fundamento da política moderna, presença recorrente na história de todos os Estados-Nação. Em suas pesquisas ele mostra como esse recurso jurídico marcou os momentos mais decisivos da história ocidental, sendo usado com tal recorrência que nos permite ver que não se trata realmente de uma exceção, mas de um mecanismo sempre presente nos regimes constitucionais. O Estado de exceção pode ser descrito como a suspensão do ordenamento

legal, geralmente feita em detrimento das garantias e direitos constitucionais individuais. É um dispositivo jurídico fundado nos marcos do paradigma da segurança, e que tende a se tornar regra com a ampliação da biopolítica como tecnologia de poder.

A modernidade é, portanto, marcada pela tentativa de incluir a exceção na ordem jurídica, o que implica estabelecer uma zona em que fato e direito não se diferenciam: fato se transforma em direito e, inversamente, o direito é suspenso como fato. Por isso no estado de exceção a relação com a ordem jurídica não é efetivada por meio de nenhum conteúdo normativo, mas pela relação de forças que o estado de exceção institui (e assegura) entre norma e realidade. O que 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”.

Essa vinculação com a exceção característica do ordenamento estatal traz à tona a dissociação intransponível entre norma jurídica e realidade. Dissociação que só pode ser silenciada com o recurso à força, já que não há nada interno à norma que garanta sua aplicação. Ao contrário, a norma jurídica 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 exceção é em última instância um mecanismo essencial para submeter a vida ao ordenamento estatal, para restringir suas possibilidades normativas e assegurar a relação entre norma jurídica e realidade. Não nos surpreende que na estrutura do Estado-Nação, os direitos de cidadania das constituições democráticas são condicionados pela inscrição da vida em sua relação com o território (localização) e o ordenamento (Estado).

A discussão colocada por Agambem nos interessa porque explicita uma questão que consideramos fundamental: o fato de que 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 como perspectiva a expropriação da potência ontológica do agir humano. Talvez essa seja a interface mais clara da relação entre política, vida e Estado. Porém, ao contrário do autor, achamos necessário destacar que a experiência política, embora tenha sido estrangulada a assumir determinada expressão no Estado Moderno, não pode ser de forma alguma reduzida a seus mecanismos e efeitos de apropriação e codificação.

Isto porque, como discute Foucault, não são os corpos, o objeto último do poder, e sim as ações, a conduta humana. Ou seja, o poder só existe como exercício, e por isso está situado definitivamente no plano da liberdade, da normatividade que caracteriza a vida.

O que pretendemos indicar é que a relação entre vida e soberania tem como solo de possibilidade justamente a liberdade. O limite do controle é a própria vida *humana*, o que torna o plano político o plano de emergência da liberdade. Nesse sentido, como diz Negri: é “ao redor do problema da decisão que nasce o político”, ou ainda, segundo Hanna Arendt, o sentido da política é a liberdade. E é justamente essa condição limite da soberania, como bem a definiu Negri (2003), que expõe o caráter falho 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.

Assim, divergimos de Agamben por considerar que entre a intenção desse exercício de poder 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. Seria essa a fratura biopolítica essencial do Estado de Direito, que procura capturar todo o espaço de “anomia”, lido aqui não como negatividade, mas como possibilidade de constituição de novas e outras normas.

Essa análise não pretende advogar a impossibilidade de constituir o direito a partir da 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”, que tem como maior edifício o Estado Moderno, mesmo quando nomeado como democrático. Por isso defendemos que o objetivo de problematizar as perspectivas da participação política no SUS deve partir do desafio de restituir a vida, em sua prerrogativa normativa, como o espaço do político. 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 os artefatos da representação política que hoje prevalecem em nossas sociedades. Indicamos apenas que eles 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 fundando sobre valores democráticos.

Por este motivo propomos a discussão da participação política desde o contexto cotidiano da gestão em saúde, salientando a necessidade de transpor para as relações institucionais a democracia participativa. Em nossa compreensão este desafio remete antes a uma crise do sentido político de nossas práticas, do que a um movimento imediato de desenho normativo de novos mecanismos de participação. Inclui-se porque a questão maior nos parece ser como engendrar esses mecanismos de modo que sejam artifícios produtivos e constituintes de realidade social. Problema que exige o esforço de pensar as alternativas que abrem novas relações entre o exercício político (portanto normativo) de produção de valor e as práticas institucionais da gestão.

Assim, esse estudo visa contribuir para a construção da gestão participativa no SUS procurando ser 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. Procuramos rever e recompor os principais conceitos que compõem o debate sobre a gestão em saúde, interrogando os sentidos que a política adquire nessas produções. Deste modo, o trabalho assume o caráter de uma investigação teórica que pretende analisar como o tema da participação política se apresenta nas principais formulações conceituais que norteiam e abordam a gestão em saúde no SUS. Escolha metodológica que fundamenta uma abordagem filosófica de nosso problema de trabalho, qual seja, o problema dos nexos existentes e desejados entre gestão e participação política na saúde.

As produções conceituais discutidas se revelam situadas numa conversação que institui o campo da saúde coletiva. 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 duas *matrizes conceituais* a literatura analisada. O termo *matriz* pretende expressar o caráter de centralidade, a função originária que certos conceitos adquirem em relação à produção de conhecimento do campo. Duas matrizes conceituais foram articuladas em função do mapeamento do campo da Saúde Coletiva e da convergência que sua produção revela em torno de determinados conceitos. As matrizes construídas foram nomeadas: *Planejamento em Saúde e Modelo Assistencial em Defesa da Vida*.

Não apresentaremos nesse momento a revisão feita com as matrizes, em função do limite de tempo. Vamos apenas retomar seus principais elementos quando solicitados pelo debate conceitual que a tese pretende propor.

Nossa tarefa a partir de agora passa a ser, então, apresentar as posições teóricas que nos levaram a articular as questões de pesquisa, procurando expor o modo como nos propomos a utilizar essas

referências como instrumento de compreensão e intervenção no tema da participação política na gestão em saúde.

Organizamos nossa apresentação em três momentos: no primeiro discutimos a relação entre soberania e produção de valor, no momento seguinte abordamos as implicações da gestão em saúde decorrentes dessa leitura; e por fim apresentamos o que compreendemos por perspectivas pós-soberanas para as políticas públicas de saúde.

Soberania e produção de valor

Este ponto é importante porque remete às relações entre participação política e gestão em saúde ao modo como nossas sociedades se organizaram na modernidade a partir separação entre os planos econômico, político, subjetivo e social da existência humana. Polarização que na história do pensamento político pode ser vista na dicotomia sempre evocada entre Estado e Sociedade Civil. A instância estatal é apreendida como exterioridade, fundada numa premissa política que pretendemos contrapor: a da necessária divisão entre governados e governantes, entre governo (entendido como referência à política institucional) e vida social. O aparato estatal e a centralização do governo são, portanto, historicamente indissociáveis. O Estado é instituído como instância transcendente, que se posiciona como exterior às relações sociais, que se convertem em objeto de seu exercício normalizador e homogeneizador.

A história contemporânea dos Estados-Nação tem revelado importantes transformações no exercício deste poder soberano, com modificações que reconhecemos pelo termo globalização, e que nos ajudam a entrever a distinção necessária entre Estado e Soberania. Isto porque, a crise dos Estados-Nação sinaliza a transformação da relação de soberania, expondo sua necessária articulação com a organização das relações de produção.

Concordamos com a avaliação de Negri de que a modificação da relação soberana não é resultado somente da expansão do exercício do biopoder edificado sobre o Estado de exceção, mas que é principalmente uma resposta às lutas que se articulam na modernidade. Ou seja, a falência do Estado-Nação revela essencialmente a dimensão constituinte das diversas lutas que se contrapuseram a suas formas de dominação. O que nos mostra que qualquer conceito substancial de soberania é por definição inadequado e que o poder soberano nunca é absoluto.

Pensar a crise do Estado-Nação segundo esse olhar é resultado da escolha pela definição que Negri dá ao conceito de soberania, entendendo-a como ponto de coincidência entre o econômico e o político. Nossa perspectiva de análise é remeter a interseção presente nesse conceito de soberania à produção de valor. O que significa pensar que 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 (que não é nunca absoluta) como luta pela apropriação de significações, por formas de concretização 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 e constituição dos territórios existenciais se aproximam com isso, corroborando a afirmação de Negri (2003) de que a decisão política é sempre produção de subjetividade.

Cabe, neste ponto, um esclarecimento. Quando não definimos ou especificamos o termo valor não é por acaso. Nosso propósito é justamente forçar a indiferenciação entre valor econômico, ético, jurídico, subjetivo. Dissolver dessas fronteiras de significação é justamente nossa perspectiva de análise do tema da soberania, nossa intenção é 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. Em nossa leitura é a ação constituinte do viver que produz valor. E ela não pode ser dividida nas fronteiras que separam nosso entendimento em campos científicos como o social, o subjetivo, o econômico e o político.

O que importa nessa forma de análise é compreender que na relação entre vida e soberania, a vida reafirma sempre a dimensão ontológica que lhe é exclusiva, escapando aos mecanismos de normalização transcendente que se articulam por todo tecido social. Nesse sentido, as reorganizações do trabalho contemporâneo, fruto das lutas que se colocaram na modernidade, expõem toda artificialidade de um modo de produção fundado sobre a fissura entre concepção e execução, governantes e governados, e que tem como principal premissa a objetivação dos sujeitos como mais um elemento produtivo. Essas transformações afirmam um coeficiente significativo de liberdade ainda não codificado e reapropriado pelo capital. Um dos aspectos principais é o fato de que 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.

A nova conformação da produção de valor, que não pode mais ser fechada no interior da fábrica, nem restringida ao assalariamento, leva-nos a optar pelo termo atividade, em lugar da nomenclatura trabalho. Essa escolha resulta da preocupação de ampliar os contornos associados a esta palavra, sempre marcada 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 tem importância destacada.

A partir da discussão colocada pela Ergologia, entendemos a atividade como essa perene tentativa de desneutralizar a relação com o meio, de procurar recentrá-lo segundo suas próprias normas. É, nesse sentido, uma outra definição do *viver* humano, porque como diz Schwartz, “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 este autor consideramos a atividade como o desafio sempre colocado aos homens de viver e fazer história. Novamente citando Schwartz, podemos dizer que “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). O que significa dizer que a vida não pode ser contida no prescrito, no codificado, no instituído. 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, e é justamente essa dimensão do conceito que nos interessa, por auxiliar o entendimento da dimensão constituinte do agir que impede sua objetivação absoluta.

Embora seja um conceito muito amplo, é marcado por uma questão fundamental: o fato de que a atividade requisita a *produção e confrontação de valores*, já que pressupõe 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 devem ser entendidas como uma questão individual, já que através delas são definidas relações com os outros, modos de vida, formas de sensibilidade, referências simbólicas, territórios existenciais.

Colocada a relação entre soberania, produção de valor e atividade, podemos passar ao segundo tópico de nossa discussão, em que tentamos aproximar esses conceitos do tema da participação política no cotidiano institucional da gestão em saúde.

Implicações decorrentes de nosso problema de pesquisa para a gestão em saúde

Um primeiro elemento a ser retomado na história do SUS é a presença marcante de artifícios normativos, que aponta qual tem sido a tendência hegemônica na gestão das políticas de saúde. Não negligenciamos os avanços alcançados em sua implementação, mas desejamos questionar se os desenhos institucionais que hoje configuram o SUS respondem plenamente aos desafios de

democratização das políticas do setor.

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 uma 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.

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. Essas formulações expressam uma concepção de política marcada pela noção de antagonismo, em que a alteridade é percebida como fato inevitável, mas refém de uma contraposição. O que significa dizer que os projetos 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. 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. Com isso, as formas de gestão das políticas de saúde se mostram bastante próximas de características da tradição da administração moderna, que surge historicamente com as necessidades específicas do modo de produção que se configura com o desenvolvimento do capital monopolista.

Nesse contexto, o surgimento da gerência sinaliza, principalmente, a redução da autonomia dos trabalhadores sobre a tarefa, o que é legitimado pela separação nas organizações sociais entre o momento da concepção e o da execução. Concordamos com a análise feita por Gastão Campos, para quem o SUS, apesar de seus compromissos democráticos, seguiu os cânones dessa racionalidade gerencial hegemônica, marcada pelo exercício do controle e da disciplina. O que podemos observar particularmente nos dispositivos propostos pela programação em saúde, marcados 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, feita pelo médico sanitário.

Conforme vimos, essa tendência em parte se explica pela preocupação de transformação do modelo assistencial a partir da integração das práticas clínicas e sanitárias. Mesmo com a legitimidade histórica desse objetivo, não há como desconsiderar que é impossível, ou melhor, que não devemos esperar excluir das intervenções e da produção de saúde as singularidades e os movimentos desejanos 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, já que mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos os seus sujeitos, com suas diferentes inserções, implicações e perspectivas, são um pouco autores de seu desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto.

Não podemos diminuir o fato de que normas e instrumentos operacionais somente existem como prática social em situação, retomando o conceito de Matus. O que coloca um grande desafio à gestão, já que a vitalidade de suas intervenções depende da percepção de que o mais importante é a construção de relações (das tecnologias leves, segundo Merhy), a configuração de redes cooperativas,

do que da estrita normalização do processo de trabalho. Mesmo porque, a atividade (que é por definição normativa) e nessa medida, a participação política, não pode ser de forma alguma isolada das redes sociais em que se tecem as relações humanas. As conseqüências da ação são, nesse sentido, impossíveis de serem completamente antecipáveis porque são imanentes à sua efetuação, e se articulam assim com os demais processos que compõem a realidade como artefato humano compartilhado.

Em conseqüência, voltando para a questão da gestão em saúde, podemos afirmar que a coordenação dos processos de trabalho e da organização do sistema não deve ter como pressuposto a centralização do poder de decisão. Afinal, são nas pequenas decisões do cotidiano que a assistência ganha forma e, são nessas decisões que os sujeitos implicados podem exercer sua capacidade normativa, podem exercer a participação no SUS como uma atividade política.

Concordamos com Gastão Campos sobre o problema do “fortalecimento dos sujeitos (em sua capacidade de análise e intervenção) e da construção de democracia institucional”. Em nossa avaliação essa é uma forma interessante para problematizar a gestão, já que remete a democracia à capacidade de ser normativo, o que implica, necessariamente, as possibilidade de co-gestão dos processos institucionais.

A participação no SUS poderia ser então pensada 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 desarticular os discursos que pretendem justificar como questão técnica a centralização do poder de governo, o que nos leva a questionar as decisões e opções técnico-políticas que fundamentam os desenhos institucionais do SUS. Defendemos a necessidade de constituição de planos de visibilidade para os valores que permeiam e embasam os processos decisórios que determinam o sistema de saúde, porque 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.

Não pretendemos sugerir a possibilidade de sociedades sem mecanismos de regulação, mas apontar que é preciso incorporar em nossas instituições 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 criar artifícios 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.

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. 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, salientando um elemento de divergência importante. Embora tenhamos uma avaliação convergente sobre a 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 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 um sentido diverso 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 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 artifícios 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.

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 seria, assim, um 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 (implicações normativas, portanto). Participação política como 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 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).

Perspectivas pós-soberanas para as políticas públicas de saúde.

Passamos então ao terceiro ponto de nossa discussão, em que nos propomos pensar as perspectivas pós-soberanas que essa concepção de participação política na gestão pode ofertar à produção das políticas públicas de saúde.

Quando situamos a participação como gestão das políticas públicas, propomos não uma inscrição do social no político, mas a 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.

A dimensão política diz respeito, em nossa leitura, às condições de produção e apropriação de sentidos, que decorrem diretamente da relação entre igualdade e diferença. Igualdade entendida como direito comum à diferenciação, e diferença entendida como invenção (de si e do mundo), constituição ética do tempo, segundo COCCO. Ou seja, falamos da realidade como invenção política, que sendo colaboração, cooperação, co-produção, implica necessariamente o exercício normativo de criação de valor. Na medida em que a igualdade que o direito assegura e legítima agencia a potência de diferir, podemos remeter a política definitivamente à liberdade, à liberdade de inventar o novo, de concretizar o milagre que nos anuncia Hanna 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. Seguindo Lazzarato, concordamos que liberdade e justiça se encontram quando a política é materializada como recusa (produtiva, é preciso enfatizar) em restringir em nossas instituições a potência de constituição que tem a multiplicidade humana. 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.

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 afirmam, sobretudo, práticas de negação da liberdade.

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, citando Lazzarato, podemos dizer que “[...] 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”. O que significa dizer que tais individualidades e coletividades que são não os sujeitos (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. 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 moderna do *welfare* não deve seguir sendo de modo algum a referência de justiça social, já que parte da 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, como condição de abertura a processos de subjetivação heterogêneos. O desafio de construção do SUS é para nós por definição político, pois nos convoca a invenção do direito à saúde como garantia de condições materiais de igualdade que apenas têm sentido se transformadas em expressão constituinte. Essa perspectiva para nós explicita o que desejamos incorporar ao conceito de gestão participativa, como possível “tecnologia de governo” pós-soberana. E aponta para o fato de que a participação na política de saúde remete ao problema de constituição de uma política pública que consiga permanecer aberta e imprevisível, resguardando, contudo, condições materiais de igualdade. Nesse sentido, o termo pós-soberano se refere a 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, tornando-se dispositivo ético (portanto aberto e comum) de produção de valor.

Ao provocarmos o debate sobre as perspectivas da participação política no SUS desde a perspectiva 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 quando nega as implicações normativas da atividade humana e busca inserir em um regime de determinação transcendente (ainda que ele seja falho por definição), o modo como a vida produz realidade.

Pensar a dinâmica entre o real e as políticas públicas com o quadro de referência característico da modernidade nos fez prisioneiros de uma relação fechada de vínculos de causalidade, sempre buscando promover em arranjos seqüenciais certos resultados específicos, já definidos. Todas as dissonâncias da aplicação do modelo 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.

Nossa posição é a de que tal dinâmica entre o real e as políticas públicas deve incorporar em seus desenhos institucionais a imprevisibilidade da produção normativa. O que nos solicita ensaiar artifícios institucionais que expressem o movimento do real em sua complexidade, na abertura processual de seus fluxos. Um primeiro passo nessa direção seria justamente a percepção da distinção 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 concretiza com a afluição 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.

Não se deve supor que essa leitura redunde em esvaziar das políticas públicas de saúde os compromissos éticos que as justificam. Ao questionarmos a racionalidade instrumental que fundamenta a concepção moderna de intervenção das políticas públicas, 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 norteiam as intervenções feitas. 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 não deve ser entendido como a garantia de determinados desenhos normativos fechados e focados 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 outros, 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 no tecido social. 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.

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 engendram, e não de projetos previamente definidos. 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.

O desafio que se coloca à constituição contemporânea das políticas públicas é, portanto, mais amplo do que a princípio se apresenta. 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 artifícios institucionais que criamos, de expô-los às apropriações e à avaliação comum, 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 é a liberdade, liberdade de produção do novo.

Referências bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

_____. O que é um dispositivo. *Outra travessia: revista de literatura*, n. 5. Ilha de Santa Catarina, p. 9-16, 2005.

ARENDT, Hanna. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; Rio de Janeiro: Salamandra; São Paulo: Edusp, 1981.

_____. *O que é a política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BELLO, Carlos Alberto. Orçamento, redistribuição e participação popular no município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 20, n. 3, São Paulo, p. 95-105, 2006.

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 set. 2008.

CAMPOS, Gastão W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, Gastão W.S.; MERHY, Emerson E.; NUNES, Everardo D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 9-32.

- _____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECILIO, Luiz Carlos O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.
- _____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, Rio de Janeiro, p. 219-230, 2000a.
- _____. *Um método para análise e cogestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000b. 236 p.
- _____. *Saúde Paideia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005, 185p.
- _____. A saúde pública e a defesa da vida. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, 175 p.
- _____. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: inovações e limites. *Revista do Serviço Público*, Brasília, p. 123-132, 2007. Volume especial.
- CANGUILHEM, Georges. Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-Posições*, Faculdade de Educação, Unicamp, v. 12, n. 2-3, p. 38-52, 2001.
- CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico de salud. *História, Ciências, Saúde*, v. 4, n. 2, p. 287-307, 1997.
- CASTANHEIRA, Elen Rose. A gerência na prática programática. In: SCHAIBER, Lilia B. (Org.) *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- COCCO, Giuseppe Mario. Introdução. In: LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001. p. 7-24.
- COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, Rio de Janeiro, p. 9-18, 2003.
- FERLA, Alcindo A.; CECIM, Ricardo B.; PELEGRINI, M. L. M. de. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj: Abrasco, 2003, p. 61-88.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999, 262p.
- FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária brasileira. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 189 p.
- GUATTARI, Felix; ROLNIK, Sueli. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 5. ed., 1999. 327p.
- GUIZARDI, Francini L.; PINHEIRO, Roseni (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 (Mestrado em Saúde Coletiva), IMS, Uerj, 2003.
- _____. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Orgs.). *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco, 2006, p. 369-384.
- LABRA, Maria Eliana; FIGUEIREDO, Jorge A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 3, p. 537-547, 2002.

- LAZZARATO, Maurizio. *As revoluções do capitalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 268 p.
- MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, Francisco J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 107-149.
- _____. *Adeus, senhor presidente: governantes governados*. São Paulo: Fundap, 1997, 381 p.
- MERHY, Emerson E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial 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, Luiz Carlos C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.
- _____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005, 189 p.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.
- MERHY, Emerson E. *et al.* 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, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 113-160.
- MORONI, José Antônio. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 284-304, set.-dez. 2005.
- NEGRI, Antonio; HARTD, Michael. *Império*. Rio de Janeiro-São Paulo: Record, 2. ed., 2001, 501 p.
- NEGRI, Antonio. *O poder constituinte: ensaios sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002, 480p.
- _____. *Cinco lições sobre império*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003, 280 p.
- PESSOTO, Umberto C.; NASCIMENTO, Paulo R.; HIEMANN, Luiza S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, p. 89-97, 2001.
- PINHEIRO, Roseni. *Conselhos de saúde: o direito e o avesso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). IMS/ Uerj, 1995.
- RIBEIRO, José M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, Rio de Janeiro, p. 81-92, 1997.
- RIBEIRO, Ednaldo A.; ANDRADE, Cleverson M. *Cultura política e participação diferenciada: o caso do conselho municipal de saúde do município de Dois Vizinhos, estado do Paraná*. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*. Maringá, v. 25 n. 2, p. 349-358, 2003.
- SANTOS, Boaventura V. S. *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: encuentros em Buenos Aires*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – Clacso, 1. ed., 2006. 110p.
- SCHWARTZ, Yves. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007. p. 25-36.
- SCHIERA, P. Estado moderno. In: BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. 4. ed. Brasília: Editora UnB, 1993, p. 425-431.

- SERAPIONI, Mario; ROMANI, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, Rio de Janeiro, p. 2411-2421, 2006.
- SPOZATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 4, Rio de Janeiro, p. 366-378, 1992.
- TATAGIBA, Luciana. 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.
- TELLES, Vera. S. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Os anos 90: saúde e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 91-102.
- TESTA, Mario. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, Everardo D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, s.l. Organización Panamericana de la Salud, 1985, p. 335-367.
- _____. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, 306 p.
- _____. Mario Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA, Francisco J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989, p. 59-104.
- VASQUES, Maria Luisa *et al.* *Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, Rio de Janeiro, p. 579-59, 2003.
- WENDHAUSEN, Águeda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro, p. 1621-1628, 2002.
- WENDHAUSEN, Águeda; CARDOSO, Sandra Maria. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 5, Brasília, p. 579-584, 2007.