

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
INSTITUIÇÃO SALESIANA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

LEONARDY NEGRINI

**AS CONDIÇÕES DE ENUNCIABILIDADE E VISIBILIDADE DO CONTROLE
SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
FOUCAULTIANA**

Campo Grande – MS

2015

LEONARDY NEGRINI

**AS CONDIÇÕES DE ENUNCIABILIDADE E VISIBILIDADE DO CONTROLE
SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
FOUCAULTIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na área de concentração Psicologia da Saúde e linha de pesquisa Políticas Públicas, Cultura e Produções Sociais.

Orientadora: Professora Doutora Anita Guazzeli Bernardes

Campo Grande – MS

2015

LEONARDY NEGRINI

**AS CONDIÇÕES DE ENUNCIABILIDADE E VISIBILIDADE DO CONTROLE
SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
FOUCAULTIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Strictu Sensu em Psicologia da Universidade Católica
Dom Bosco como requisito para obtenção do título de
Mestre em Psicologia, na área de concentração
Psicologia da Saúde e linha de pesquisa Políticas
Públicas, Cultura e Produções Sociais.

Banca Examinadora:

Professora Doutora Anita Guazelli Bernardes – UCDB

Professora Doutora Andrea Cristina Coelho Scisleski – UCDB

Professora Doutora Luciane Pinho de Almeida – UCDB

Professor Doutor Mozart Linhares da Silva – UFRGS

Conceito: _____

Campo Grande, ____ de março de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a algumas mulheres e a alguns fracassos. À Edna Negrini, mãe, que de alguma forma se realiza um pouco com a conclusão deste trabalho e que o viabilizou e sustentou nos últimos anos. À Mirelle Peliciari Negrini, esposa, que abdicou da minha presença por diversas vezes para que esta escrita pudesse se dar. À Yasmin Peliciari Negrini, filha, que mesmo em tenra idade teve que suportar as ausências do pai nas viagens e nas brincadeiras. À Eliane Paro, amiga e companheira de trabalho que, tendo iniciado este programa de mestrado, o abandonou para dar conta da vida conjugal e agora se entrega à luta contra um processo oncológico grave. Aos fracassos em minha terra natal, que me conduziram o olhar para a cidade de Campo Grande, onde fui acolhido, “temperado” e agora despertado. É com intensa gratidão que vislumbro a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha orientadora, Anita, pessoa de uma bondade avassaladora e de um desprendimento que me cativaram e se transformaram em referência para as minhas angústias, minhas neuroses, meus descréditos em relação a mim mesmo. Sem o seu acolhimento e os seus direcionamentos, não teria sido capaz de continuar e não teria acreditado em mim mesmo. Também tenho enorme gratidão aos professores que compuseram a banca examinadora. Este trabalho cresceu e encorpou-se cientificamente com as considerações e sugestões de todos vocês.

Agradeço pela compreensão da equipe da Internação Masculina do Pronto Atendimento (atual CEAC – Centro Especializado de Atendimento à Crise), da Diretoria e dos demais servidores do CIAPS (Centro Integrado de Atenção Psicossocial) Aduino Botelho, da cidade de Cuiabá (MT), onde atuo como servidor concursado do Sistema Único de Saúde, que me acompanharam diretamente desde a minha aprovação neste programa e que sempre me incentivaram a continuá-lo, mesmo diante de todas as questões que os atingiram diretamente. Nunca existirão agradecimentos suficientes.

Agradeço aos meus alunos da graduação do curso de Psicologia do UNIVAG (Centro Universitário de Várzea Grande), por me estimularem diária e diretamente e por me fortalecerem no intuito de transformar a docência de paixão a um amor presente e duradouro. Não foram raras as vezes em que me fizeram acreditar que todo esforço seria útil, fértil e produtivo. Eis o resultado.

Agradeço aos meus colegas docentes, pessoas que se encontram ao meu lado diariamente e que, no enfrentamento das mesmas angústias e satisfações que banham os que se arriscam na docência universitária, militam pela qualidade de ensino e de formação em um curso de Psicologia. Há um pouco de cada um aqui, e considero esta uma vitória nossa, coletiva.

Agradeço às pessoas para quem me apresentei e apresento como psicólogo e que, ao compartilharem suas vidas tão particulares e preenchidas por alegrias contagiantes e dores inenarráveis, me despertam o que gostaria de chamar de sensibilidade – recurso que me parece fundamental para realizar outras leituras, tais como esta.

Agradeço ao Sistema Único de Saúde brasileiro, que me despertou o interesse por compreendê-lo, que se revelou como campo de pesquisa e de construção de conhecimentos e

intervenções possíveis, que me apresentou o controle social, tabuleiro de jogos que pretendo desvelar.

Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.

Michel Foucault

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar as condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir de uma leitura amparada nas discussões propostas por Michel Foucault (1926-1984) e do método cartográfico. A temática justifica-se pela experiência pessoal do pesquisador como ouvinte das reuniões de um conselho municipal de saúde da cidade de Cuiabá, que despertaram a vontade de compreender melhor como o Brasil pôde constituir a participação popular e o controle social como diretrizes do processo de construção e execução da política de saúde nacional. A pesquisa foi realizada a partir do método cartográfico e utilizou-se de documentos da história brasileira, das cartas constitucionais e dos relatórios das conferências nacionais de saúde até a efetivação do Sistema Único de Saúde, da primeira à oitava conferência. O período histórico delimitado no trabalho inicia-se na Proclamação da República Brasileira, em 1889, e segue até a efetivação do SUS, a partir de 1990. O que se pôde perceber é que, em cada momento histórico, regimes de verificação, razões de Estado, organizações da arte de governar e estratégias e táticas de biopoder específicas trabalhavam com as questões do controle social e da participação popular, mesmo que não houvesse possibilidades de que elas ocorressem, o que denominamos muitas vezes neste trabalho de controle do social. Não há no Estado brasileiro uma continuidade em termos de governamentalidade, uma vez que, a cada período histórico, podemos perceber mudanças nas estratégias de governo e reatualizações de sistemas e questões já apresentadas.

PALAVRAS-CHAVE: Controle Social. Sistema Único de Saúde (SUS). Saúde. Relações de Poder.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the conditions of enunciability and visibility of social control over the Brazilian Unified Health System (SUS) from both a reading supported by discussions proposed by Michel Foucault (1926-1984) and the cartographic method. This subject is justified by the researcher's personal experience as a listener in meetings of a municipal health board in the city of Cuiaba, which led to the desire to better understand how Brazil has been able to constitute both popular participation and social control as guidelines of the process of construction and execution of the national health policy. The research relied on the cartographic method and used documents of the Brazilian history, constitutional charts, and reports of national health conferences until the effectuation of the Unified Health System, from the first to the eight conferences. The historical period comprehended by this work ranges from the Proclamation of the Brazilian Republic in 1889 to SUS effectuation, starting in 1990. It was possible to perceive that in every historical moment, regimes of veridiction, reasons of State, organizations of the art of government, and specific bio-power strategies and tactics worked on issues related to social control and popular participation, although there was no possibility for them to occur, which has been called control of the social in this paper. In the Brazilian State, there has not been continuity in terms of governmentality, since it is possible to observe changes in the government strategies and updating of previous systems and issues in every historical period.

KEYWORDS: Social Control. Unified Health System (SUS). Health. Power Relations.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL	10
1.1 Participação popular	14
1.2 Participação popular no campo das políticas de saúde	19
1.3 Provocações de um pensamento: colocando em análise o controle social	21
1.4 Percurso cartográfico: algumas indicações do processo de pesquisa	26
2 CARTOGRAFIA DO CONTROLE SOCIAL	29
2.1 Da Proclamação da República à República Velha: a questão social como questão de polícia	29
2.1.1 O primeiro governo de Getúlio Vargas e o Estado Novo	55
2.1.2 Do interregno democrático à ditadura militar	81
2.2 Da ditadura militar em 1964 à redemocratização: da ausência de controle social à participação popular	93
3. REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO	113
3.1 A redemocratização da nação brasileira: consolidação da participação popular nos documentos oficiais e nas práticas	121
3.2 Controle social e estratégias de governo	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	136

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar as condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a partir de uma leitura amparada nas discussões propostas por Michel Foucault (1926-1984) e do método cartográfico. Direciona-se à compreensão dos jogos de poder estabelecidos no interior do campo da saúde que conduziram à alocação da participação popular e do controle social como diretrizes do processo de construção e execução da política de saúde nacional.

O primeiro capítulo apresenta alguns conceitos específicos sobre o Sistema Único de Saúde e sobre o que se denomina de controle social no campo da política de saúde brasileira. Tais informações são necessárias para que se faça a aproximação dos termos frequentemente utilizados na discussão e construção dos resultados da pesquisa.

Além disso, aborda o método cartográfico, que foi utilizado nesta pesquisa, e alguns conceitos foucaultianos, que voltarão a ser apresentados e discutidos no capítulo seguinte. A tentativa é demonstrar a viabilidade desta discussão, que se embasa nos escritos de Michel Foucault a partir do método cartográfico e que procura aprofundar a compreensão sobre as condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no SUS.

O segundo capítulo aborda a construção dessa cartografia mediante análise dos documentos escolhidos. Apresenta-se um percurso histórico próximo da forma como a história brasileira é geralmente dividida em livros que discutem a história do país e da saúde pública. Porém, essa divisão não possui nenhuma relação com a compreensão descontínua de história que nos apresenta Michel Foucault (2008a) e foi realizada apenas para poder organizar melhor as discussões.

1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL

O interesse pelo tema, o controle social, deu-se pela formação do pesquisador como técnico de nível superior do Sistema Único de Saúde, perfil psicólogo, no exercício da assistência ao usuário e no planejamento de ações desde o seu ingresso, no ano de 2002, na cidade de Cuiabá, Estado de Mato Grosso. Nesse sentido, o contato com o controle social ocorreu na participação em reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em discussões sobre as mais diversas pautas específicas sobre a assistência ao usuário e nas votações sobre o orçamento público da saúde. Cabe ressaltar que essa participação não se deu no exercício de “ser conselheiro”, mas na possibilidade de, como técnico do Sistema Único de Saúde, presenciar as discussões realizadas pelos atores sociais que compunham o conselho municipal, desde o seu aparecimento nas assembleias realizadas nos bairros da cidade até a sua posterior condução ao evento mais centralizado.

O distanciamento da função de conselheiro talvez tenha permitido uma escuta das manifestações dos mais diversos atores sociais envolvidos no controle social. Tal ação, por si só, denunciou uma forma de organização específica que, para além de um *estranhamento*, sinalizou uma curiosidade, uma possibilidade de compreender como pessoas de formação tão diferente se arregimentavam para colocar em discussão e posteriormente em prática uma política de atenção.

As responsabilidades do pesquisador direcionavam-se ao atendimento de usuários e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na região norte do município de Cuiabá, Mato Grosso, no bairro denominado de CPA-IV, atuando como profissional psicólogo. Nesse trabalho assistencial em uma unidade de saúde recém-inaugurada no ano de 2002, destinada ao atendimento de portadores de transtorno mental crônico, não se percebia uma organização popular nem mesmo a existência de associação de usuários que fiscalizasse o serviço prestado por essa unidade ou a política de assistência à saúde mental praticada pelo município de Cuiabá.

Por estar ciente dos conceitos básicos referentes ao controle social e à participação popular e tendo constatado a presença e participação popular na rotina e no acompanhamento da gestão da atenção à saúde em uma unidade de saúde similar no Rio de Janeiro, indagava-se sobre os motivos que dificultavam ou que talvez desfavorecessem esse acontecimento na cidade onde se desempenhavam as funções assistenciais.

Questionamentos a respeito do funcionamento da política de atenção à saúde mental e à saúde como um todo eram-nos relatados, mas não no espaço coletivo e por meio de assembleias ou reuniões, e sim pelos usuários e por seus familiares nos atendimentos psicológicos dentro e fora dos muros.

Após a unidade direcionar-se à comunidade de maneira informal e discutir elementos de parcerias (tais como recomendações aos líderes religiosos dos bairros atendidos para que não afirmassem aos usuários que eles não necessitavam de suas medicações psicotrópicas, pois “Deus os curaria”), houve a oportunidade de acompanhar a Coordenadora de Saúde Mental Municipal ao Conselho Municipal de Saúde. O objetivo dessa reunião extraordinária foi prestar informações e esclarecimentos a respeito do funcionamento do CAPS, sua área de abrangência, clientela e motivos que haviam conduzido à sua instalação na região norte da cidade.

Os conselheiros indagavam-nos a respeito dessas questões com certa propriedade, mas havia outras pessoas presentes que pareciam apenas ouvir as discussões e concordar ou discordar, mas sem se manifestar. Ao questionarmos quem seriam essas pessoas, fomos informados de que eram os denominados presidentes de bairro, os líderes comunitários que conduziram as pautas e reivindicações dos moradores de cada bairro e região ali representados ao Conselho Municipal. Inúmeros elementos que até então eram conhecidos apenas das legislações do Sistema Único de Saúde estavam representados, de maneira bastante significativa.

A presidência do Conselho Municipal estava centrada no Secretário Municipal de Saúde, que, de acordo com alguns conselheiros, não costumava participar das reuniões, enviando um dos seus representantes, um dos vereadores municipais. Esses vereadores demonstravam proximidade com alguns presidentes de bairro e relações conflitantes com outros. Ao questionar-se a razão, descobriu-se que vinculações partidárias embasavam essas relações.

A questão da participação e suas disparidades também chamava a atenção, pois os conselheiros organizavam e conduziam as discussões, ao passo que poucos presidentes de bairro perguntavam ou levantavam dúvidas. Nesse sentido, as participações mais frequentes eram o silêncio ou o levantar de mãos quando a votação se fazia necessária para a apreciação de alguma pauta ou encaminhamento.

Em determinados momentos, os presidentes de bairro demonstravam total desconhecimento das pautas e precisavam muitas vezes de esclarecimentos, chegando mesmo a votar em pautas que seriam desfavoráveis aos seus contextos. Em uma situação, pôde-se presenciar um presidente de bairro que votara a favor de um pedido realizado por uma unidade

hospitalar para alocação de verbas públicas do orçamento municipal com o objetivo de criação de recepções diferenciadas para os pacientes particulares (com ar condicionado e sofás) e pacientes oriundos do SUS (com ventiladores e cadeiras de plástico). A argumentação era que os pacientes do SUS costumavam deprender a recepção do hospital e acabavam constringendo os pacientes particulares. Ao votar favoravelmente à alocação dos recursos, e diante de olhares de espanto, um dos presidentes de bairro chegou a nos perguntar se a alegação da unidade hospitalar estava errada. Depois que um conselheiro explicou o pedido da unidade hospitalar, esse presidente retificou o seu voto.

As inquietações provocadas por essa participação no Conselho Municipal de Saúde conduziram a um pensar não sobre a existência do controle social ou da qualidade dessa organização no que se refere à cidade de Cuiabá. Sobretudo, intentava-se saber de que maneira o controle social se organizou no interior do SUS, como a participação popular se tornou princípio estruturante de uma organização política de assistência (o sistema de atenção) e como fundamenta um processo de pensar a política, organizar as discussões e pautar ações que podem ser vistas como um regime de verificação, uma estratégia de poder.

Paulo Eduardo Elias, no capítulo denominado *Uma Visão do SUS*, no livro da Associação Paulista de Medicina (2006), afirma que a consolidação da saúde como política começou a ocorrer no período posterior à Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a partir do aparecimento do Estado de Bem-estar Social e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos da América. Ele faz essa afirmação para situar-nos perante a conceituação de que a saúde anteriormente se apresentava como um setor de menor expressão e de pouca relevância econômica.

Ainda no mesmo texto, Elias (2006) procura desconstruir a ideia de que o sistema de saúde brasileiro se encontra em crise. Afinal de contas, essa mesma afirmação é utilizada no discurso de nossos governantes desde a década de 1970, o que nos impossibilitaria de utilizar o referido termo. Em nosso sistema de saúde, devemos compreender que possuímos problemáticas conjunturais e estruturais e que, de acordo com o autor, os problemas estruturais são geralmente relegados a um segundo plano em detrimento de uma atenção mais direta àquilo que é conjuntural, agudo, mais fácil de ser visualizado.

Os problemas estruturais do nosso sistema de saúde existem desde sua raiz, ou seja, desde 1923, já que o campo da saúde não foi pensado no território brasileiro como um direito da população, e sim como um seguro vinculado ao mundo do trabalho, a questão da previdência social. Essa seria uma das variáveis que iriam fazer com que a saúde fosse pensada em termos

de assistência médica e tivesse o seu nascimento articulado a uma lei de seguridade social (a Lei Elói Chaves, de 1923).

Elias (2006) diz, ainda, que o campo da saúde no Brasil surge de maneira mercantilizada, apartada das ações coletivas de saúde, em contraposição direta a um modelo europeu que buscou desmercantilizar necessidades sociais, como educação, saúde e previdência. Uma contramão histórica sinaliza uma identidade brasileira desse campo, segundo o autor.

A saúde, no aspecto cultural, nunca foi pensada numa perspectiva sistêmica no Brasil, como se fosse um sistema de saúde. Curioso é que, hoje, isso não é pensado sequer no plano municipal e estadual. Na hora de formular as políticas de saúde, se faz uma dicotomia entre o espaço que é público e o que é privado, não se tem essa visão sistêmica (ELIAS, 2006, p.13).

Além dessa dicotomia, Elias (2006) avalia que o SUS não se encontra falido, e isso pode provar-se por meio da quantidade de procedimentos realizados pelo próprio sistema.

Para compreender o que é o Sistema Único de Saúde, o autor apresenta uma versão desse sistema com princípios e diretrizes, o qual está fundamentado em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. A universalidade estabelece que todos os cidadãos brasileiros têm direito de acesso ao sistema de saúde. A igualdade institui que todos devem ser vistos de maneira igualitária, assim como garante a Carta Constitucional de 1988, em que todos os cidadãos são iguais perante a esfera legal. Por fim, a equidade refere-se à necessidade de que se trate das diferenças como elas se apresentarem.

Encerradas as questões de princípios, passaríamos às suas diretrizes, que são: descentralização, participação popular (por meio dos conselhos de saúde) e integralidade. A descentralização propõe que os serviços estejam situados na comunidade, o mais próximo possível da residência das pessoas. A integralidade estabelece que as pessoas tenham acesso a serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade que se apresentarem. Por último, a participação popular apresenta-se no exercício da gestão e fiscalização da prestação de serviços, tal como esta foi planejada e amparada nas questões orçamentárias específicas, de acordo com as necessidades de saúde da população.

Elias (1993) afirma que o SUS, por estruturar-se como princípios e diretrizes, não está acabado, ou seja, é processo dinâmico e capaz de reformulações sempre que se fizerem necessárias. Todavia, ele defende a ideia de que existe uma apropriação das políticas de saúde pelo Estado, ao invés de estas serem pensadas pela população sobre a qual irão incidir. Tal descontinuidade entre aquele que planeja e aquele que vivencia a política seria, na visão desse autor, um dos maiores entraves do nosso sistema de saúde, tão bem elaborado doutrinariamente.

Além desse descompasso entre os atores sociais, estaríamos sujeitos a outra questão problemática, que é a que se estabelece com os períodos eleitorais, quando novos gestores procuram romper com as características do passado, mesmo que estas tenham sido eficientes.

Pautado em tais princípios e diretrizes, o sistema de saúde brasileiro ainda se apropria do modelo piramidal-racional inglês, no sentido de que as suas ações partam de um lócus mais simples (atenção primária tomada como porta de entrada dos demais serviços de saúde) para, a partir do aumento do nível de complexidade, chegarem à atenção terciária ou hospitalar, local de máxima complexidade, passando pela atenção secundária.

Apesar dessa padronização, podemos deduzir claramente que um país com a nossa extensão territorial e com as desigualdades sociais que se apresentam entre os Estados da Federação acabe por manifestar diferentes configurações dos serviços de saúde, conforme as políticas e gestões locais.

Para Elias (2006), há um hiato enorme entre o sistema público de saúde brasileiro (denominado de SUS) e o sistema que congrega os serviços privados de saúde, o Sistema Supletivo de Assistência Médica, cada um com sua lógica e trabalhando de maneira isolada.

O SUS possui uma rede própria e uma rede contratada. A rede própria é composta por hospitais federais cada vez em menor número (porque eles estão sendo repassados aos Estados e aos Municípios), uma rede estadual e uma rede municipal. Possui também uma rede contratada, composta por um segmento lucrativo e um segmento não-lucrativo (as chamadas filantropias). No segmento lucrativo, o setor mais atrasado do ponto de vista capitalista foi o que se manteve no SUS, ou seja, na média o segmento mais moderno e avançado, do estrito ponto de vista capitalista se descredenciou do SUS e passou, nos anos 80, a compor o Sistema Supletivo de Assistência Médica (ELIAS, 2006, p.19).

De acordo com Costa e Souza (2010), o Sistema Único de Saúde brasileiro demonstrou, nos seus primeiros 20 anos (1988-2008), uma série de avanços significativos, mas há muitos desafios ainda a serem superados.

1.1 Participação Popular

De acordo com Leonardo Avritzer, na apresentação do livro de Pedrini, Adams e Silva (2007), o que caracterizaria a democracia brasileira após a Constituição de 1988 seriam exatamente as instituições participativas nas mais diversas áreas, entre elas, a área da saúde. Cada capítulo da referida Carta Constitucional teria conduzido à criação de formas específicas de participação, sinalizando inúmeras formas de conselhos nas mais diferentes áreas de políticas públicas. O autor afirma que aos conselhos caberiam a mobilização e a construção de uma

cidadania mais ativa por meio de um processo de codeliberação sobre as políticas, com a promoção de um protagonismo da sociedade civil.

Os formatos participativos enfrentariam alguns problemas e desafios específicos, resumidos pelo autor em quatro grandes áreas:

[...] o Estado, muitas vezes, ainda não aceita a participação da sociedade civil; o Estado tem uma participação excessiva na definição das políticas nos conselhos; a participação dos representantes da sociedade civil nos conselhos é muito passiva; os representantes da sociedade civil não estão suficientemente capacitados para decidir sobre todas as questões que aparecem nos conselhos [...] (AVRITZER In PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007, p.7).

Deparava-nos, então, com algumas questões suscitadas pela observação do Conselho Municipal de Saúde que não pareciam diferentes dos desafios apontados em outros conselhos relacionados a políticas públicas não direcionadas prioritariamente ao campo da saúde. Embora existisse uma legislação participativa, não seria esta que determinaria um protagonismo social e um controle público da sociedade sobre o Estado.

Apesar dessa argumentação, e considerando os problemas e desafios já listados, um determinado viés destacava-se: como se teria chegado a essa posição de protagonismo da sociedade civil sobre o Estado? De que forma este protagonismo teria sido colocado na agenda política? A partir de que condições teria aparecido a demanda desse protagonismo, especialmente nas políticas públicas de saúde? Como compreender essas articulações na realidade brasileira?

De acordo com Pedrini, Adams e Silva (2007, p.11-12), a mobilização popular “[...] articulada com o controle social constitui-se num processo coletivo, construtor de cidadania e de exercício do poder da sociedade organizada e capaz de alterar a pauta dos governos”. A partir dessa afirmação, percebe-se um entendimento interessante que se aproxima do que expõe Michel Foucault. Para Foucault (2008a), diante das articulações do poder, haverá sempre um posicionamento contrário, no caso, frente ao Estado e sua Biopolítica a movimentação popular somada ao controle social. Esta participação popular estabelece uma forma de produção de subjetividade, uma subjetividade que deve estar a par das pautas do Estado para avaliá-las e, caso se faça necessário, alterá-las. Uma oposição, então, às subjetividades propostas por meio do Estado, que estabelecia uma participação sem embasamento ou preparação, ou mesmo a não-participação e não-engajamento.

Os autores afirmam ainda que os conselhos de políticas públicas trabalham em um campo no qual há uma inversão de valores. A vida está a serviço de um interesse econômico, e caberia aos conselhos propor uma mudança de paradigma, em que o crescimento econômico se

apresentasse como consequência de um desenvolvimento social. Para tanto, avaliam que há um componente cultural brasileiro que, de certa forma, fomenta a primeira inversão e pode ser vislumbrado na história da política brasileira. Os conselhos estabeleceriam uma nova perspectiva, mesmo com suas particularidades nas esferas governamentais distintas (federal, estadual e municipal).

A perspectiva é a conquista de políticas emancipadoras, perenes e estatais no lugar de políticas compensatórias, fragmentadas, focalizadas, assistencialistas, clientelistas que, historicamente, vêm marcando a cultura da sociedade brasileira (PEDRINI, ADAMS; SILVA, 2007, p.12).

A Constituição Federal Brasileira atual, aprovada em 1988, assim como as suas antecessoras, institui um contrato social, princípios e regras determinadas que procuram assegurar a estabilidade social dos seus membros, os cidadãos brasileiros. Essa conjuntura social articula-se com recursos materiais e simbólicos, sobre os quais incide o controle social (PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007).

De acordo com os autores, não é raro encontrarmos afirmações que procuram situar em Durkheim (1858-1917) uma antecipação da noção de controle social quando ele se dedica a discutir integração social. Porém, a expressão parece ter sido cunhada pela sociologia americana do século XX, relacionando o termo aos mecanismos de cooperação e de coesão voluntária da sociedade daquele país.

As intenções filosóficas não tinham como interesse pensar a ordem social não regulada pela figura do Estado, mas encontrar as raízes da ordem e da harmonia social na própria sociedade. É a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que a noção de controle social começa a significar a relação do Estado com os mecanismos de controle social (ALVAREZ, 2004, apud PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007).

O que se denominava de coesão social, resultado da solidariedade e da integração social, passa a ser considerado consequência da dominação do Estado ou de suas classes dominantes. O que temos nos anos seguintes à Segunda Guerra, chegando ao século XXI, é uma tensão entre os polos de cooperação ou dominação quando se versa sobre o controle social.

De acordo com Pedrini, Adams e Silva (2007), em sua origem, o termo *controle social* correspondia à capacidade de a sociedade regular a si mesma sem o uso da força. Sendo assim, haveria uma diferença considerável entre os termos *controle social* e *coerção social*, na forma do compromisso em eliminar a miséria humana, definindo racionalmente objetivos sociais.

O controle social, portanto, não se resumiria apenas a uma atitude de vigilância da sociedade organizada sobre as regras e acordos, mas incluiria a formulação conjunta de diretrizes e metas (prospectiva); uma corresponsabilidade pela coisa pública, de acordo com

Streck e Adams (2006, apud PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007). Relaciona-se também com as noções de justiça social ao pensar as causas das injustiças que acometem a comunidade, procurando compreender da forma mais ampla possível as limitações, possibilidades e impossibilidades desse convívio humano e propondo uma reflexão para além da esfera meramente individual, um pensar do sujeito coletivo. Compreende-se controle social como uma possibilidade de conhecimento, de:

[...] acesso aos processos que informam as decisões no âmbito da sociedade política. Permite a participação da sociedade na formulação e revisão das regras que conduzem a negociação e arbitragem sobre os interesses em jogo, além do acompanhamento da implementação daquelas decisões, segundo os critérios pactuados. Refere-se à participação ativa da sociedade civil nos processos de discussão, proposição e deliberação das políticas públicas. Leva ao empoderamento dos sujeitos envolvidos, ou seja, ao fortalecimento de sua participação como protagonistas (RAICHELIS, 1998, p.124).

Em se tratando de sociedades democráticas capitalistas, portanto, tal como a sociedade brasileira, objeto-local de nosso pensar, haveria setores com o intuito de enfrentar as forças às quais se encontram sujeitados, o mercado e o Estado (constituído por aqueles que detêm o capital); e outros setores detentores do capital que tomam o controle social como conformidade social ou repressão. Dessa forma, o controle social deve ser considerado, na realidade brasileira, como processo, construção; um processo que deve, na visão de Pedrini, Adams e Silva (2007), superar a dicotomia econômico-social que ainda persiste.

Assim, ao mencionarmos controle social nessa realidade, estamos versando sobre participação política, exercício de cidadania ativa e solidária e estabelecimento de um paralelo entre as atuais condições da sociedade e aquilo que se almeja para o futuro. Os autores vão mais além ainda, afirmando a existência de uma incompatibilidade entre o que se pensa sobre a participação social e o conceito de liberdade individual definido pelo pensamento liberal.

O controle social concretiza-se, toma forma no processo de mobilização social de acordo com a capacidade da sociedade civil organizada de interferir na gestão pública. Essa atuação viabiliza-se de forma coletiva, “[...] através da apropriação de processos, participação na deliberação, fiscalização das ações estatais, avaliação e crítica, (re) orientando as ações e prioridades do Estado” (PEDRINI; ADAMS; SILVA, 2007, p.226).

As políticas públicas assim constituídas gerariam os melhores resultados em termos de bens e serviços oferecidos à população. Quanto melhor o nível do ambiente democrático e de condições de participação cidadã, melhor a qualidade do controle social. Ele ainda está vinculado ao grau de confiança ou desconfiança em relação ao Estado e à sua capacidade de responder às necessidades e demandas da sociedade. De acordo com os mesmos autores, o

controle social, portanto, faz exigências, e a primeira delas é a capacidade de organização da sociedade civil para interferir na gestão pública e estimular e mobilizar o processo participativo.

Desse modo, controle social tem a ver com cultura política e, nesse sentido, com cultura. E a cultura brasileira apresenta-se marcada por algumas heranças colonialistas, paternalistas e clientelistas, como veremos a seguir em nossa análise, que produzem determinados tipos de subjetividade, formas de saber e organizações políticas específicas.

O processo de controle social no Brasil é visto como contraditório. De um lado, setores organizados de classes populares e aliados foram responsáveis por uma mobilização civil razoável que procurava alcançar uma democracia política e econômica. Por outro lado, as graves crises econômicas dos anos 1980 em diante teriam conduzido à perda de foco dos movimentos de perspectiva emancipadora. Para além desses dois setores, os autores vislumbram também uma massa de população desorganizada que permaneceu excluída das ações estatais ou “[...] refém de ações públicas compensatórias combinadas com as políticas neoliberais que sustentam a reestruturação produtiva e a hegemonia do capital”(PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007, p.227).

Mesmo salientando essa contradição, os autores apontam que as conquistas referentes à maior participação popular garantida pela Constituição de 1988 configuram um grande avanço da sociedade brasileira. A Carta Constitucional concretiza esse avanço com a criação dos conselhos gestores de políticas em várias áreas, já que contribuiriam com a democratização do poder e com o fortalecimento de um regime democrático participativo em detrimento de um regime democrático meramente representativo.

O que nos chama bastante atenção na afirmação dos autores é a utilização dos espaços dos conselhos pelo governo, pois aquele que deveria ser acompanhado (por assim dizer) é quem parece ditar as próprias regras de acompanhamento (a principal questão parece ser a presidência desses conselhos, nas três esferas de governo, ser comandada por agentes governamentais).

Quanto aos conselhos gestores de políticas, é certo que geraram grande expectativa no sentido de serem canais mediadores da democracia participativa. Mas, imediatamente após a sua implementação nos três níveis do Estado brasileiro, verificou-se, em muitos casos, a sua marca de instrumentalização por governos, especialmente locais, que têm utilizado tal instância para legitimar suas políticas (PEDRINI; ADAMS; SILVA, p.228).

Várias questões podem ser elencadas no que se refere ao controle social no contexto brasileiro, incluindo: sua contribuição para uma democracia participativa; se eles se engessam nas estratégias de poder dos gestores do Estado; as eleições dos membros da sociedade civil para a representação, que muitas vezes perpassam vinculações partidárias; a proposição de

pautas contraditórias que prejudicam as questões territoriais ou se distanciam das reais demandas da população; interesses e projetos políticos disfarçados nas proposições, entre outras questões que se avizinham.

Os autores acima citados destacam a parca existência de instituições que sejam capazes de “[...] efetivar os princípios e procedimentos necessários à deliberação coletiva e pública acerca do interesse público [...] denunciando uma [...] fragilidade das organizações e a limitada capacitação dos seus trabalhadores(as) sociais, particularmente dos seus usuários(as)” (PEDRINI; ADAMS; SILVA, 2007, p.230).

Na estruturação desse controle social, cabe indicar a relevância dos conselhos paritários, que viabilizam a participação popular; a partir desta, há a formulação e gestão das políticas públicas, em uma nova forma de relação entre Estado e sociedade. Nos conselhos, apresenta-se a tese de que os setores sociais seriam representados paritariamente, sem a preponderância de nenhum dos participantes (usuários, servidores e governo), a fim de que os grupos sociais tradicionalmente excluídos dos processos sociais decisórios tenham a possibilidade de intervir nas políticas que os abarcam, tendo-se um Estado democrático em relação a um conceito de soberania popular (NASCIMENTO, LIRA e ZANRÉ, apud PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007).

1.2 Participação popular no campo das políticas de saúde

Após estas reflexões sobre o controle social como elemento das políticas públicas brasileiras, direcionemos nossa atenção à participação popular ou da comunidade no campo da saúde. Essa, assim como as demais anteriormente mencionadas, foi também regulamentada por legislação federal. Tal participação pode dar-se por meio de Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

De acordo com livro publicado pela Associação Paulista de Medicina (APM, 2006), as conferências são instâncias colegiadas de caráter consultivo que possibilitam a inserção da participação popular em relação direta com o poder executivo, no sentido de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada uma das esferas governamentais. Os conselhos de saúde apresentam-se como fóruns que viabilizam discussões das políticas de saúde, tendo uma atuação conceitualmente independente do governo e sendo compostos por representantes dos diversos segmentos sociais, para que as propostas à saúde sejam discutidas e os recursos possam ser direcionados para as ações prioritárias.

Por ser deliberativo, permanente e colegiado, ou seja, com vários representantes de cada esfera do Estado, o conselho atuaria não só na formulação de estratégias de políticas, mas também em sua execução, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, tal como preconizado na Lei 8142/90, em seu primeiro artigo. O conselho tem em seu conceito a atuação constante, e não apenas quando convocado, no intuito de ir corrigindo os rumos da política e verificando a sua execução paulatina e constantemente.

As competências específicas desse conselho serão discutidas no segundo capítulo deste trabalho, quando nos dedicaremos a uma análise mais pormenorizada dessas questões. Abordaremos, principalmente, os caminhos que nos conduziram na realidade brasileira a essa opção pela participação popular como estratégia de construção de diretrizes, políticas e fiscalização das ações e serviços de saúde, mas podemos adiantar que elas se encontram discriminadas na Resolução número 33, de 23 de dezembro de 1992 (quatro anos após a implantação do Sistema Único de Saúde) do Conselho Nacional de Saúde.

Após essa colocação, o mesmo texto indica que a participação popular, na perspectiva do que se denomina controle social, interfere na gestão da saúde, “[...] colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre o Estado e a Sociedade” (APM, 2006, p.121). Essa nova relação que iria se estabelecer surge do conhecimento da realidade da saúde por parte da comunidade, o que seria o fator determinante na tomada de decisões dos gestores.

A fim de que possa exercer o seu papel, a composição do conselho ocorre pela paridade do número de representantes. Assim, metade deles tem de provir do governo (órgãos, setores e gabinetes da gestão), trabalhadores de saúde e prestadores de serviços públicos e privados. A outra metade compreenderia os representantes dos usuários. Destaca-se que tal paridade independe da quantidade de participantes do conselho e deve ser respeitada com qualquer quantidade de pessoas que o componham, a fim de assegurar a atenção diluída entre os diversos interesses ali manifestados (APM, 2006).

Os usuários devem ser indicados por organismos ou entidades privadas, movimentos comunitários, associações de moradores, associações de portadores de deficiências, de idosos, de defesa do consumidor e outros que existirem [...] ou forem eleitos nas Conferências de Saúde (APM, 2006, p.124).

Os representantes governamentais são indicados pelos órgãos governamentais locais, enquanto que os prestadores de serviço seriam sugeridos pelas entidades atuantes no setor de assistência à saúde, sejam elas públicas ou privadas. Os trabalhadores da saúde são escolhidos do montante dos técnicos responsáveis pelas atividades-meio (aquelas caracterizadas por dar

suporte à assistência, como as atividades administrativas) ou pelas atividades-fim da assistência à saúde, selecionados por indicação ou mesmo eleição dentro de suas unidades de serviço.

Os participantes, denominados de conselheiros, têm o claro intuito de defender as interlocuções de suas bases, permanecendo em um lócus discursivo condizente com o das pessoas por eles representadas, porém, não se esquivando de representar e defender os interesses de toda a sociedade. Embora todos sejam, pelo que configura a Constituição de 1988, usuários do SUS, espera-se que os representantes sejam aqueles que não possuam vinculação com qualquer outro segmento, ou seja, que não sejam trabalhadores da saúde nem representantes governamentais ou prestadores de serviço, a fim de que não haja um conflito de interesses. Há, inclusive, normativas que impedem que representantes dos poderes Legislativo e Judiciário integrem o conselho, para que seja mantida a independência dos poderes ali representados (APM, 2006).

Para além de uma crítica do controle social na realidade brasileira, nosso intuito com este trabalho parece diferir do objetivo dos autores anteriormente mencionados (PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007), apesar de concordarmos com as análises encontradas. Difere porque se dedica a um tempo histórico anterior, ao estudar como se chegou a essa valoração do controle social. Assim, este trabalho questiona: como essa cultura caminhou no sentido de eleger o controle social como elemento de suas políticas públicas e de forma de gestão, especialmente no campo da saúde?

É possível pensar sobre essa questão de diversas maneiras, mas pareceu-nos mais adequado denominá-la de condições de enunciabilidade e visibilidade e buscar em Michel Foucault (1926-1984) uma forma de lê-la, tendo a cartografia como método de pensar, como *óculos*, como um instrumento para auxiliar a leitura. Dedicamos um tempo a isto – forma de ler e instrumento.

1.3 Provocações de um pensamento: colocando em análise o controle social

A partir dessas considerações sobre o controle social na política pública, algumas questões começam a provocar o pensamento por meio das ferramentas foucaultianas. Existia a ideia de que somos conduzidos a pensar que as organizações políticas sempre se apresentaram da maneira como se apresentam, ou seja, de que o que se compreende como controle social (sobre o qual já foi explicitado o nascimento das inquietações) se colocava como um

desdobramento natural e esperado, como se estivéssemos em um movimento contínuo de desenvolvimento e evolução. Michel Foucault parecia situar o fluxo histórico fora dessa continuidade e desse aspecto de evolução esperada.

Oksala (2011) adjetiva a obra foucaultiana como original e de caráter uniforme pelo uso que Foucault fez da historiografia como método filosófico. De acordo com a autora, ele se utilizou da história para problematizar a sociedade contemporânea, a fim de transgredir os modos instituídos de produção de conhecimento e fazer da escrita também uma prática de liberdade em direção à constituição de outras possibilidades de vida.

Suas intenções de escrita revelavam-se no ato de dedicar-se ao papel essencial e constitutivo das práticas sociais em diversas ocasiões, uma vez que este era o seu objeto constante de estudo, de acordo com Oksala (2011). A preocupação era a de estudar as práticas de poder e as formas de conhecimento que as sustentavam, dedicando-se à história, numa postura crítica da modernidade. Denominando suas obras de história do presente, Michel Foucault procurou mapear o desenvolvimento histórico e as bases conceituais de práticas essenciais da cultura moderna, tais como as direcionadas à loucura, entre várias outras que tomou para análise.

Por diversas vezes, alguns autores que se dedicam a estudar Foucault fazem uma diferença entre os seus escritos que tinham uma aura de ativismo político e outros escritos que formulavam perguntas mais fundamentais. Não nos parece possível essa dissociação neste trabalho; não se pode afirmar que estejamos fazendo perguntas que tenham o mesmo caráter fundamental das obras foucaultianas. Porém, não há como dizer que não se almeje uma participação política mais justa e equilibrada com um estudo como este. Se ele será capaz de iniciar esse processo, essa é outra questão, que possivelmente não será agora respondida.

De acordo com Oksala (2011, p.9), ao lermos as obras do pensador francês, deparamo-nos com uma *natureza historicamente contingente e aleatória* das práticas e somos tomados por um estranhamento por percebermos que se negligenciavam alguns aspectos culturais nas análises que fazíamos. Essa sensação e a dificuldade de compreender os caminhos que haviam conduzido ao controle social e à participação popular nas políticas públicas de saúde brasileiras eram então consideradas frutos de uma análise ainda não aprofundada— análise essa que se propõe a ser realizada neste trabalho, mesmo com alguns impedimentos, que abarcam nossos limites de compreensão e análise.

O impacto crítico da filosofia de Michel Foucault não se baseia em seus julgamentos, mas sim na abordagem por ele utilizada para a análise de nossa cultura. Ao passo que a ciência e grande parte da filosofia pretendem decifrar aquilo que é necessário e que pode ser enunciado

como uma lei universal, o pensamento do autor move-se na direção oposta, ou seja, ele tentou encontrar naquilo que era considerado da ordem da necessidade, aquilo que se revelava como contingente, fugaz e arbitrário.

Para que se possa compreender a construção do que se denomina e conhece atualmente como Sistema Único de Saúde e, posteriormente, os aspectos relacionados ao controle social, que é nosso processo/objeto primeiro de interesse, devemos seguir nosso percurso histórico em torno das condições de surgimento dessa proposta universalizante de acesso à saúde no Brasil. Tal ação não somente implica um olhar ao próprio cotidiano brasileiro, como clama que pensemos em possíveis outros contextos que possam ter fomentado, influenciado, contribuído para que as questões referentes ao controle social pudessem surgir, ou seja, os modos de articulação do controle social nas políticas públicas de saúde no Brasil. Intenta-se investigar as relações de contingência (enunciabilidade e visibilidade) que permitiram o surgimento do controle social no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Como pudemos discutir anteriormente, o controle social no Brasil, especialmente no campo da saúde, enuncia-se por meio de uma participação popular que se manifesta claramente na Constituição de 1988, como um elemento central, uma de suas diretrizes, a participação da comunidade. Ora, dizer isso não basta para que compreendamos que a participação popular tenha sido pensada *a priori* e exclusivamente pelos autores da Carta Constitucional de 1988 e para que isso denuncie uma mudança de qualidade na mentalidade de compreensão do processo de saúde ou da interferência da comunidade no processo de elaboração e fiscalização das políticas públicas de saúde. Essa afirmação sugere que a participação popular aparece em 1988 e que talvez não existisse antes, tese que nos parece improvável de ser tomada em perspectiva quando se inicia uma leitura foucaultiana, como se pretende neste trabalho.

Essa definição de controle social parece-nos carente de um processo, especificamente, o de compreender ou indicar as condições de enunciabilidade e visibilidade que permitiram aos autores da Carta Constitucional de 1988 nomear as práticas de saúde (políticas e serviços) como um sistema único, hierarquizado e descentralizado que estabelece a participação popular e o controle social como uma de suas diretrizes.

Colocar em análise o controle social significa considerar que esse conceito não designa a condição de validade dos juízos nem busca estabelecer o que torna legítima uma determinada asserção, mas sim as “[...] condições históricas dos enunciados, suas condições de emergência, a lei de sua coexistência com outros, sua forma específica de ser, os princípios segundo os quais se substituem, transformam-se e desaparecem” (CASTRO, 2009, p.21).

Estaremos, portanto, por meio do pensamento foucaultiano, nos dedicando a uma análise da formação de um determinado conceito, que é o de controle social. Diante de uma evidência que se apresenta– a participação popular na gestão e fiscalização dos serviços de saúde na atualidade (com todas as suas idiosincrasias)–, procuraremos compreender que essa questão não é por si só evidente, mas resulta de um jogo de forças, encontros, conexões, apoios, bloqueios e estratégias.

A utilização da história não é um fim em si mesmo, posto que aquilo que é historicizado não se apresenta como irrelevante, mas tem de ser historicizado para que se perceba que não deve haver um pressuposto de inevitabilidade. Isto significa dizer que o caminho que foi tomado foi um dos caminhos possíveis e não deve ser tomado como se tivesse sido o único caminho histórico à disposição. Não se trata de compreender melhor o passado, e sim de dar condições de visibilidade para outras compreensões do presente e possíveis estratégias de transformação, mudanças de práticas e de pensamentos.

Por isso, ao colocar em perspectiva o pressuposto de inevitabilidade da história na perspectiva foucaultiana, o próprio Foucault acabou por denominar suas obras de *histórias do presente*, no sentido de que se possa perceber a fragilidade e a historicidade do que foi produzido não por uma lógica natural, mas sim por uma lógica cultural humana que pode ser colocada em análise, ou seja, por um domínio de práticas sociais.

As práticas sociais são relações entre poder e verdade. Portanto, são compostas não só pelos objetos do conhecimento (homossexualidade, loucura, controle social), mas também pelos sujeitos que atuam em relação àquele objeto, que se comportam e agem de acordo com o conhecimento de como são classificados, denominados, conhecidos, ou seja, por diferentes modalidades de subjetivação. Nesse sentido, relações de poder e formas de conhecimento criam sujeitos que se comportarão de acordo com essas relações e abrirão outras questões em sequência.

De acordo com Oksala (2011), para Foucault, o que se apresenta como ponto de análise da filosofia atual seria a linguagem, e não mais o homem. É por isso que este trabalho toma essa linguagem sob a ótica da possibilidade de enunciabilidade e visibilidade do conceito de controle social. Para ir mais além, analisar foucaultianamente o controle social é perguntar-se sobre como os homens se governam (a si mesmos e aos outros) e como se deixam governar mediante a produção de um regime de verificação, por meio da produção de uma verdade – não a produção de um conceito verdadeiro, mas de um conceito que produz subjetividades e modos de relação específicos.

Essa observação nos põe a pensar que as relações de um povo com o Estado possuem seus mecanismos de poder. Da mesma forma, as relações dos usuários com o seu sistema de saúde também os apresentam, mesmo que existam outros elementos que nos auxiliem a caracterizar esses mecanismos em um campo específico de um determinado momento, durante um período e em um campo.

Michel Foucault, em seu curso intitulado *Segurança, Território, População* (1977-1978), na aula de 18 de janeiro, demonstra as diferenças de conceituação possíveis entre povo e população. A população que surge como elemento de pertinência para um governo, a sua distância do conceito de povo. Sinaliza-se esta questão aqui posto que este trabalho não fará esta distinção conceitual, sendo assim povo e população serão compreendidos neste texto como sinônimos.

Seguindo em suas argumentações, Foucault sugere aquele que nos parece o argumento que sustenta toda a discussão que seguirá neste momento: o fato de que as análises das relações de poder se abrem para algo como a análise global de uma sociedade dentro de um determinado contexto espaço-tempo.

Essa análise global de uma sociedade, sempre situada e nunca universal, dentro do que aqui nos propomos, direcionou-se ao sistema de saúde brasileiro e à sua relação com os seus usuários na sua gestão e acompanhamento (participação popular), no que se aproxima de um conceito como o de controle social. Nos dizeres do filósofo francês, “a análise dos mecanismos de poder, essa análise tem, no meu entender, o papel de mostrar quais são os efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam, e pelas táticas de poder que são os elementos dessa luta” (FOUCAULT, 2008a, p.5).

Toda análise ou discurso teórico estaria calcado em uma relação imperativa, e, se podemos identificar nesse discurso teórico algo de imperativo que o embase, atrevemo-nos ao “olhe para isso”. Não se trata de um questionamento da lógica de um intuito retificador, de uma afirmação de nossa parte de que não se trataria de seguir ou não o caminho que se encontra dado (o da participação popular e do controle social no campo da saúde da sociedade brasileira dos séculos XX e XXI), mas de compreender como se chegou a esse caminho; é para isso que queremos olhar.

Tem-se uma forma de trabalho que se pretende ancorar em documentos, com impacto científico e político, mas sem se dedicar a uma explicação metafísica. Historiciza-se algo para poder questioná-lo radicalmente no seu caráter atemporal e inevitável no que se refere às práticas e formas de pensamento—um exercício genealógico.

Foucault dirá que, antes de nos preocuparmos se um determinado campo de conhecimento constitui ou não uma ciência, deveríamos nos preocupar com a ambição de poder que a pretensão de ser ciência traz consigo. “A genealogia seria, pois, relativamente ao projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico” (FOUCAULT, 2005, p.15).

Propor uma genealogia do controle social é analisar, portanto, como ele se apresenta como um discurso dentro do sistema único de saúde brasileiro e como ele abarca estratégias de poder propondo práticas determinadas (a participação popular nos conselhos de saúde), viabilizando e justificando uma série de práticas, condutas, instituições e, inclusive, produzindo formas de pensar e de ser, formas de subjetividade.

Apesar de seus posicionamentos a respeito das formas, táticas e procedimentos do Estado, Foucault não parece sugerir que a forma de governo está inadequada ou adequada, no sentido de propor uma alternativa. Contudo, quer mostrar como chegamos a essas formas de poder/saber que determinam, condicionam, performatizam o que vislumbramos em termos da relação entre Estado e população. Seu compromisso era com a crítica e com a possibilidade de análise, no sentido de oferecer ferramentas para pensar o que se considerava natural ou inevitável, uma forma de pensar genealógicamente, pois perscruta o presente a partir das condições de possibilidade dos jogos entre poder, verdade e subjetividade.

1.4 Percorso cartográfico: algumas indicações do processo de pesquisa

A partir de uma lógica genealógica, a pesquisa seguirá rastros cartográficos. A genealogia ampara o pensamento em termos de ferramentas conceituais, enquanto que a cartografia permite, nesta dissertação, a construção de um percurso em termos de procedimentos, ou seja, colocando a genealogia para funcionar.

Desse modo, não é o caráter quantitativo ou qualitativo que define uma pesquisa cartográfica, mas sim um direcionamento à pesquisa de processos. Sobre a utilização desse método, trata-se de se questionar sobre as condições de se pesquisarem processos e movimentos em detrimento da busca de estruturas e estados de coisas. Nesse sentido, trata-se de utilizar uma metodologia que também seja processual, que também seja movimento, tal como o objeto pesquisado (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2012).

O conceito de cartografia é apresentado na obra *Mil Platôs*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1997). Parte de discussões sobre a metodologia de pesquisa destinada a processos de produção de subjetividade em vez de um tipo de estudo que procure representar a realidade de maneira distanciada, clara e formal.

Assim, a matéria do pensamento que é a diversidade é descrita como “[...] linhas que se condensam em estratos mais ou menos duros, mais ou menos segmentados e em constante rearranjo – como os abalos sísmicos pela movimentação das placas tectônicas que compõem a Terra” (PASSOS, KASTRUP e ESCÓSSIA, 2012, p.9-10). Esses platôs organizam-se lado a lado, sem uma hierarquização e sem totalização, delimitando uma atitude de pesquisa que não operaria em uma lógica de unificação e totalização, mas por uma subtração do único.

Encontra-se, então, uma realidade que se apresenta como um plano de composição de elementos heterogêneos e de função heterogênea, um plano de diferenças e do diferir no qual o pensamento é convocado muito mais a um acompanhamento daquilo que ele pensa do que a uma representação. A cartografia possui o sentido de acompanhar percursos e de implicar-se em processos de produção, conexão de redes ou rizomas; surge como um princípio do rizoma, que atesta no pensamento sua força performática, uma pragmática ancorada no real.

Nesse mapa, justamente porque nele nada se decalca, não há um único sentido para a sua experimentação nem uma mesma entrada. São múltiplas as entradas em uma cartografia. A realidade cartografada se apresenta como um mapa móvel, de tal maneira que tudo aquilo que tem a aparência de “o mesmo” não passa de um concentrado de significação, de saber e de poder, que pode por vezes ter a pretensão ilegítima de ser centro de organização do rizoma. Entretanto, o rizoma não tem centro (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012, p.10).

A afirmação de ausência de centralidade no rizoma fornece-nos exatamente essa ideia de articulação, a afirmação da relação como elemento incontestável de qualquer objeto a ser estudado. A metodologia de pesquisa geralmente sugere ao pesquisador um caminho a ser seguido a partir de metas que lhe são descobertas *a priori* no caminho. Todavia, o que o método cartográfico propõe é exatamente uma inversão dessa lógica.

Assim, as metas aparecerão conforme a assunção de uma atitude de pensamento, o que não descaracteriza o rigor do pensamento científico, mas o ressignifica. Pela ausência de regras de pesquisa como foram citadas acima, os pesquisadores que se propõem a trabalhar com o método cartográfico costumam mencionar pistas de pesquisa, no sentido de que acompanhar processos não permite ao pesquisador ter predeterminada a totalidade dos procedimentos metodológicos, exigindo-lhe uma atitude de abertura ao que se vai produzindo e uma calibragem do caminhar no próprio percurso.

De acordo com o método cartográfico e suas pistas metodológicas, toda pesquisa apresenta-se como intervenção. Sendo assim, trata-se de um mergulho no que se compreende como plano da experiência, lócus no qual se agenciam sujeito e objeto, teoria e prática. Estudar algo de maneira cartográfica é traçar esse plano de experiência, acompanhando os efeitos sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento do caminho/percurso da investigação. Em outras palavras, diz-se que não se levará em conta o que supostamente pode apresentar-se como conhecimento prévio da temática, apoiando-se no modo de fazer da pesquisa – trata-se de um saber que emerge do fazer.

Nesse sentido, o que se defende é que a pesquisa por si só já é uma forma de intervenção, o que acaba por desconstruir a neutralidade do conhecimento ou a objetividade cientificista; a intervenção atua sobre a realidade não apenas a representando ou em uma lógica de constatação. Portanto, apontam-se algumas pistas a serem seguidas na análise que foram se constituindo a partir do problema de pesquisa.

2 CARTOGRAFIA DO CONTROLE SOCIAL

No curso ministrado em 1977-1978 (*Segurança, Território e População*), Michel Foucault afirma que o que aparece em um determinado tempo histórico não aparece de forma brusca ou por meio de uma separação completa do tempo histórico anterior. Essa ideia leva-nos a procurar caracterizar na história brasileira a forma como nos direcionamos ao nosso objeto de pesquisa, deveras citado – controle social.

Em seu curso denominado *O Nascimento da Biopolítica* (2008b), Michel Foucault identifica o aparecimento do mercado como um local de verificação. O mercado, objeto privilegiado de vigilância e de intervenção do governo nos séculos XVI e XVII, transformar-se-á, no século XVIII, em um lugar e um mecanismo de formação de verdade. Em vez de saturar esse lugar de formação de verdade com uma governamentalidade indefinida, vai-se reconhecer que se deve deixá-lo agir com o mínimo possível de intervenção, justamente para que ele possa formular a sua verdade e propô-la como regra e norma à prática governamental. Esse lugar de verdade não é a cabeça dos economistas, mas o mercado.

Foucault não acredita que se possa encontrar a causa da constituição do mercado como instância de verificação, mas o que se poderia analisar é a inteligibilização desse processo, mostrar como ele foi possível, mostrar que ele foi possível e que não havia outros possíveis. Transpondo essas argumentações para o objeto deste trabalho, observa-se que o processo de controle social no sistema de saúde brasileiro não pode ser compreendido como sendo simplesmente um processo de evolução das políticas de saúde. Ele é, antes de tudo, mais um processo de inteligibilização, e nossa intenção procura repousar nesta proposta foucaultiana: procurar mostrar que ele foi possível e como foi possível.

2.1 Da Proclamação da República à República Velha: a questão social como questão de polícia

Nesta primeira linha cartográfica analisada, independentemente da metrópole portuguesa e consolidando a república como forma de governo em 1889, o Brasil não se encaminharia a mudanças sociais, políticas e econômicas severas. O progresso técnico e industrial almejado por alguns rivalizava com uma elite agrária que comandava econômica e politicamente o país. No sentido de fundamentar uma determinada estabilidade política, os militares e a população são alijados do comando político.

Ausentes da participação política por meio da exclusão como eleitores, observaremos os brasileiros sendo compreendidos como despreparados. Por essa razão, nesse período denominado de República Velha, não encontraremos elementos de controle social, uma vez que o que se apresentava era uma nação preocupada com as suas fronteiras e com a sua soberania frente às demais nações, protegendo-se por meio de suas forças armadas. O que perceberemos serão focos de enfrentamento entre a população e o Estado. A ordem, a segurança pública e a defesa e garantia da liberdade e dos direitos dos cidadãos são os elementos aos quais o Estado brasileiro se dedicará a partir da Carta Constitucional de 1891.

Os fenômenos de controle social e de participação popular nas políticas de saúde nesse primeiro momento histórico não aparecerão enunciados ou visíveis. A população, compreendida como uma população a ser tutelada pelo Estado, será discriminada por meio da Carta Constitucional de 1891 entre brasileiros e não-brasileiros, entre eleitores e não-eleitores. Os brasileiros deveriam ser obedientes ao Estado e também dispor de capacidade moral e física que assegurasse o acesso aos direitos fundamentais, mesmo que não fossem eleitores e não participassem das esferas decisórias no campo político.

O campo da saúde não será ainda compreendido como um direito da população; mesmo assim, não deixará de ser um dos organizadores da cidade na associação da Medicina com o Estado. A saúde e a atenção a ela aparecem como consequência de uma preocupação com os trabalhadores, com o capital humano que conduziria a nação ao seu desenvolvimento.

Ainda assim, há uma desorganização dos serviços, e surtos epidêmicos caracterizariam o país como uma região insalubre onde as pessoas tinham acessos diferenciados à saúde, a partir das suas possibilidades financeiras. A política social não compreende uma política de saúde, e, no contexto de um país de situação sanitária extremamente insalubre, a população opor-se-á a essa associação disciplinar, como na Revolta da Vacina.

Identificaremos o controle social como oposição ao Estado proveniente de setores sociais distintos e com pautas e demandas também diferenciadas. Somadas às manifestações relacionadas ao campo do trabalho e da economia, encontraremos as manifestações do movimento denominado de Tenentismo, causadas pela exclusão dos militares do campo do

poder e dos eruditos que questionam as formas de organização do Estado por meio de conceitos e teorias estrangeiras, especialmente do positivismo.

Para os que se opõem aos ditames do Estado, a repressão física e violenta muitas vezes será desproporcional à própria oposição. Essas considerações cartográficas constituem-se a partir de alguns agenciamentos que são discutidos agora.

A história do controle social, ou a genealogia da participação popular nas políticas sociais de saúde em território brasileiro, poderia ser iniciada em qualquer tempo histórico, ao que nos parece; a opção por iniciá-la a partir da Proclamação da República brasileira deve-se ao fato de que, até o ano de 1822, o Brasil se apresentava como colônia da nação portuguesa.

Os últimos anos do século XVIII são caracterizados pelo esmorecimento do Antigo Regime, o das monarquias absolutas europeias, causado por uma mudança no campo das ideias e das práticas, ideias estas que receberam a nomenclatura de “pensamento ilustrado”. Essas concepções congregariam autores divergentes entre si, mas que abordavam a primazia da razão na condução dos homens e o direito dos governados de se oporem caso concluíssem que o Estado não tinha como um dos seus objetivos promover o bem-estar dos povos e o respeito aos direitos e leis naturais.

As concepções ilustradas deram origem no campo sociopolítico ao pensamento liberal, em seus diferentes matizes. Um fundo comum às várias correntes do liberalismo se encontra na noção de que a história humana tende ao progresso, ao aperfeiçoamento do indivíduo e da sociedade, a partir de critérios propostos pela razão. A felicidade – uma idéia nova no século XVIII constitui o objetivo supremo de cada indivíduo, e a maior felicidade do maior número de pessoas é o verdadeiro desígnio da sociedade. Esse ideal deve ser alcançado através da liberdade individual, criando-se condições para o amplo desenvolvimento das aptidões do indivíduo e para a sua participação na vida política (FAUSTO, 1995, p.107).

Ainda de acordo com Fausto (1995), a independência das colônias americanas, a Revolução Francesa e a Revolução Industrial inglesa provocaram em todo o mundo mudanças sensíveis no que se refere às políticas de mercado e, conseqüentemente, às políticas mercantilistas e à política de escravidão. A formação do capitalismo industrial e a ascensão da burguesia europeia provocarão mudanças em solo brasileiro.

Interesses distintos e certa mentalidade de “ser brasileiro” começam a aparecer já nos anos finais do século XVIII, o que balizaria algumas revoltas regionais em solo brasileiro que demonstravam o nascimento de certa consciência nacional, distinta da administração colonial da metrópole portuguesa.

Fausto (1995) ainda afirma que a independência não chegaria ao país por meio de um corte revolucionário com a metrópole portuguesa, mas sim por um processo que causaria importantes mudanças, porém, também continuidades em relação ao período colonial. Ele

chega a dizer que a história desse processo passa por eventos novelescos e atos solenes, tais como a vinda da família real para o Brasil e a abertura dos portos, que põe fim ao sistema colonial.

Declarada a independência no Brasil em 1822, a forma do Estado continuava monárquica, tendo como ocupante do trono um português, Dom Pedro I, o que desencadearia uma série de confrontos posteriores. Cada vez mais, a possível presença de estrangeiros no Estado brasileiro que se formara e questões econômicas relacionadas ao fim da escravidão conduziram o país à discussão sobre o regime republicano, que se consolidaria em 1889.

Ademais, se tomarmos o conceito de continuidade histórica tal como Michel Foucault a compreende, partiremos do entendimento de que as questões de governamentalidade, de participação popular e de controle social, que começarão a aparecer no período imediatamente após a Proclamação, ainda trarão em si as marcas e possíveis atualizações e reatualizações do governo anterior.

De acordo com Patto (1999), a Proclamação da República brasileira não foi responsável por conduzir o país a transformações radicais em termos sociais, políticos ou econômicos, tampouco inseriu o país no grupo das nações consideradas civilizadas. A Proclamação também não teria sido causada por uma aspiração republicana nacional, por um desejo libertário dos setores sociais oprimidos ou por anseios liberais de uma nascente classe média urbana com a qual os militares se identificavam. A autora dirá também que se pode afirmar de maneira inequívoca que essa classe média liberal urbana se associa à figura do Exército, que acaba por executar a República. Portanto, há uma associação entre duas classes médias: a urbana e a militar.

Em se tratando da classe média militar, Patto (1999, p.168) afirma que ela não representava uma determinada classe social – “inspirados no Positivismo, os tenentes declararam-se ‘soldados-cidadãos’, rebelaram-se contra o governo federal e queriam salvar o país, pondo-o no rumo do progresso técnico e industrial”. Eles defendiam que a população não se encontrava preparada para eleições diretas, tampouco para a participação política universal (nem todos podiam ser eleitores), e que, estando despreparada, deveria ser tutelada, insinuando uma via autoritária para a condução do governo republicano e um impedimento da ação política direta do povo.

O que conduziu o país à Proclamação da República foi a cisão da classe dominante que coordenava a estrutura política do país até então e que fornecera as condições de possibilidade da estrutura imperialista. Patto (1999) diz que se tratou de uma separação entre poder político e poder econômico; eis aí, portanto, um dos motivos que nos levam a iniciar a

cartografia do controle social nesse tempo histórico. Conseqüentemente, não há ruptura com o passado, mas sim sua reatualização.

Assim que os militares puderam contribuir com o processo de encerramento do período monárquico, foram alijados do comando político, tal como a população também o seria, no sentido de propiciar uma determinada estabilidade política. Estabilidade política que se fundamentaria em acordos firmados pelo viés econômico, como veremos a seguir. Importante ressaltar esse ponto, pois a população civil, compreendida como setor político a ser tutelado por ser considerada despreparada, não se apresenta como um setor a ser *preparado*, mas como um fundamento da estabilidade, desde que negociado ou agenciado o seu silêncio – um silêncio civil agenciado pelo impedimento de uma participação política eleitoral direta e representativa e, somado a isso, posteriormente, um silêncio militar agenciado pela exclusão política.

Para que se compreenda o que aqui se pretende discutir, recorramos a Michel Foucault, em seu texto *Segurança, Território e População*. O autor afirma que estaria estudando o mecanismo de segurança e, para caracterizá-lo, o diferencia de outros dois dispositivos, o da lei e o da disciplina. Toma como exemplo um delito qualquer, um roubo, por exemplo, e o que incide sobre ele para que se compreenda a diferença entre esses dispositivos. Sobre a lei ou sobre o código legal de divisão binária entre o permitido e o proibido, como ele o denomina, afirma que esse tipo de organização pressupõe um delito e aplicação de uma determinada pena sobre ele. No que se refere ao dispositivo disciplinar, em comparação, teríamos uma lei penal, ainda acompanhada por certo número de punições se for desobedecida, mas sendo este conjunto enquadrado por uma série de vigilâncias, controles, olhares e esquadrinhamentos que permitem, antes mesmo de o ato criminoso ser realizado, avaliar se ele será cometido. Dentro do código binário proposto acima, aparece a figura do culpado.

No que diz respeito ao dispositivo de segurança, encontraríamos a punição como uma série de exercícios, de trabalhos que são direcionados à pessoa culpada, tais como as técnicas penitenciárias. Depois de alguns questionamentos pertinentes, ele diz: “de maneira geral, a questão que se coloca será a de saber, como, no fundo, manter um tipo de criminalidade, ou seja, o roubo, dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média que vai ser considerada, digamos, ótima para um funcionamento social dado” (FOUCAULT, 2008a, p.8).

O que se percebe nessas situações que Foucault apresenta para exemplificar a diferença entre os dispositivos é a inexistência de uma ruptura, de uma descontinuidade. Percebe-se que o mecanismo disciplinar atualiza o código binário, assim como o dispositivo de segurança não deixa de ocupar-se da figura do culpado, por exemplo, mas o reatualiza inserindo as técnicas,

tais como as penitenciárias. As modalidades mais antigas implicam as que se manifestam como mais novas, conforme afirma o autor. Mesmo quando o indivíduo era enforcado, já havia uma intenção de disciplinar aqueles que assistiam ao enforcamento, ao passo que já no sistema disciplinar encontramos um mecanismo de segurança, uma preocupação com a recidiva, com a periculosidade. Há todo um conjunto disciplinar que viceja sobre o mecanismo de segurança para fazê-lo funcionar. Foucault (2008a) chega a considerar que se pode fazer uma história das técnicas, ou seja, uma história dos procedimentos, tais como a utilização de celas na área jurídica ou dos boletins de estatística de crimes. Entretanto, para além da técnica, há a tecnologia.

Mas há uma outra história, que seria a história das tecnologias, isto é, a história muito mais global, mas, é claro, também muito mais vaga das correlações e dos sistemas de dominante que fazem com que, numa sociedade dada e para este ou aquele setor dado – porque não é necessariamente sempre ao mesmo passo que as coisas vão evoluir neste ou naquele setor, num momento dado, numa sociedade dada, num país dado - se instale uma tecnologia de segurança, por exemplo, que leva em conta e faz funcionar no interior da sua tática própria elementos jurídicos, elementos disciplinares, às vezes até mesmo multiplicando-os [...] (FOUCAULT, 2008a, p.12).

Foucault (2008a) diz que, no fundo, o que se estabelece é uma economia entre o custo da repressão e o custo da delinquência e que essa seria a questão fundamental, o objetivo do curso que ele ministra. “Então o que eu gostaria de tentar lhes mostrar durante este ano é em que consiste essa tecnologia, algumas dessas tecnologias [de segurança], estando entendido que cada uma delas consiste em boa parte na reativação e na transformação das técnicas jurídico-legais e das técnicas disciplinares de que lhes falei nos anos precedentes” (FOUCAULT, 2008a, p.13).

O que ele nos mostra nessas suas afirmações é que só se pode compreender o caminhar histórico por meio de um entendimento de que ele seja descontínuo, e mais, que é por meio dessas discontinuidades que poderemos vislumbrar que o que ocorre em um determinado tempo histórico acaba por reatualizar, ou mesmo trazer junto de si elementos que já existiam nas discussões anteriores; não há, portanto, uma ruptura completa.

Aqui também, por sinal, basta ver o conjunto legislativo, as obrigações disciplinares que os mecanismos de segurança modernos incluem, para ver que não há uma sucessão: lei, depois disciplina, depois segurança. A segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos propriamente de segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina. [...] Trata-se da emergência de tecnologias de segurança no interior, seja de mecanismos que são propriamente mecanismos de controle social, como no caso da penalidade, seja dos mecanismos que têm por função modificar em algo o destino biológico da espécie (FOUCAULT, 2008a, p.14-15).

Dito isso, e transferindo essa compreensão do dispositivo de segurança ao nosso objeto de pesquisa, poderíamos talvez pensar que se possa estabelecer também uma questão

econômica; no lugar do culpado no exemplo foucaultiano, colocamos o doente e questionamos sobre os elementos econômicos entre a participação popular/controle social e a não-ocorrência destas.

Ao questionar-se sobre a possibilidade de compreendermos o poder a partir da economia, Foucault (2008a) dirá que há uma aproximação entre a concepção jurídica liberal do poder político que encontramos nos filósofos do século XVIII e a concepção marxista. É esse ponto comum que ele chama de economismo.

Na primeira concepção (teoria jurídica clássica), o poder é considerado um direito, o qual se possuiria como a um bem de que posso alienar-me e repassar (ceder), tal como faço com um bem mediante um ato jurídico ou um ato fundador de direito – da ordem da cessão ou do contrato. “O poder é aquele, concreto, que todo indivíduo detém e que viria a ceder, total ou parcialmente, para constituir um poder, uma soberania política. A constituição do poder político se faz, portanto, nessa série, nesse conjunto teórico a que me refiro, com base no modelo de uma operação jurídica que seria da ordem da troca contratual”(FOUCAULT, 2005, p.20). Está presente a analogia entre o poder e a riqueza, o poder e os bens.

Na segunda concepção, na teoria marxista, encontramos o conceito de funcionalidade econômica do poder (o papel essencial do poder seria manter relações de produção e ao mesmo tempo reconduzir uma dominação de classe que a apropriação das forças produtivas tornou possível). Nesse caso, na primeira concepção, o poder político encontraria no procedimento de troca seu modelo formal. No segundo ponto de vista, o poder encontraria na economia sua razão de ser histórica. A indissociabilidade entre a economia e a política seria decorrente de uma nova ordem que precisa ser revelada na concepção moderna ocidental.

Em sequência, Michel Foucault começa a questionar-se se seria possível analisarmos o poder de uma forma que não fosse vinculada à questão da economia e faz algumas proposições. O poder não deve ser compreendido como sendo um elemento que se possa dar ou trocar nem pode ser retomado, mas se apresenta como algo que se exerce e que só existe por meio de atos. Ele também não é primeiramente manutenção e recondução das relações econômicas, mas é em si mesmo uma relação de força.

Sobre o exercício do poder, ele diz que a tese que o poder é essencialmente o que reprime se encontra já bastante desgastada, tendo sido proferida anteriormente por pensadores como Hegel, Freud e Reich. Essa seria uma proposta de analisar o poder fora da questão econômica, mas que cairia no viés da repressão.

Outra resposta-ocasião. Se partirmos da ideia de que o poder é força, então, a melhor forma de analisar esse poder é analisar a guerra; o poder seria a guerra continuada por outros

meios, uma inversão do modelo de Clausewitz (a guerra é a continuação da política por outros meios).

O poder político, nessa hipótese, teria como função reinserir perpetuamente essa relação de força, mediante uma espécie de guerra silenciosa e de reinseri-la nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem e nos corpos de uns e de outros (FOUCAULT, 2005, p.23).

Independentemente da possibilidade de paz civil, estaríamos sempre fazendo a história da guerra, das revoluções, das negociações, das lutas, dos enfrentamentos, tudo isso interpretado como continuidade da guerra. Essa inversão do aforismo de Clausewitz significaria, ainda, que a decisão final sobre o poder só poderia dar-se pela via da guerra, ou seja, uma prova de força na qual as armas seriam os juízes. O exercício do poder seria, então, como uma guerra continuada.

Em conclusão, quando tentamos separar o poder do aspecto econômico, encontramos diante de duas hipóteses maciças: uma parte diz que o mecanismo do poder seria a repressão (hipótese de Reich) e, segundo, o fundamento da relação de poder é o enfrentamento belicoso das forças (hipótese de Nietzsche).

Foucault (2005) ressalta que essas hipóteses não são excludentes. Há dois esquemas de análise do poder: contrato-opressão (limite que, quando ultrapassado pela soberania, recai na segunda palavra – encontrado nos filósofos do século XVIII –, esquema jurídico) e a outra possibilidade de avaliação, que seria o esquema guerra-repressão (ou dominação-repressão, em que a posição permanente não é do legítimo e do ilegítimo, mas a oposição entre luta e submissão).

Na mesma obra, o autor afirma que as suas análises partiram deste segundo esquema de análise do poder. Mesmo que acredite que as noções de guerra e repressão precisem de melhor elaboração teórica, chega a dizer que, com os seus trabalhos, percebeu que nas genealogias realizadas nem sempre percebia esse mecanismo de repressão, e sim outra questão, que deixará de lado por enquanto. A repressão será insuficiente para demarcar as questões do poder.

Dito isso, o autor afirma que deseja verificar em que medida esse esquema binário da guerra, da luta e do enfrentamento das forças pode ser efetivamente identificado como o fundamento da sociedade civil, princípio e motor do exercício do poder político.

Se pensarmos, então, em fazer uma análise foucaultiana no interior do sistema de saúde brasileiro, teremos que estar atentos a esses enfrentamentos de forças, a esse esquema binário de guerra e luta que ali também estará representado. Não será possível compreender as políticas

públicas, suas táticas e procedimentos, construção e execução como um exercício repressor, mas como exercícios de enfrentamento, uma oposição entre luta e submissão.

Como dissemos anteriormente, o Brasil apresenta-se como um país de estrutura monárquica até o ano de 1889, quando se proclama a República no Brasil, 11 anos antes da virada aos anos de 1900. Entre os ideais que culminaram com a passagem de um período de governo monarquista para uma república, podemos encontrar a disseminação dos pressupostos positivistas de Auguste Comte em diversas áreas dos novos administradores do país, especialmente entre os militares.

Após o estabelecimento do governo republicano, no qual o país era comandado provisoriamente pelo Marechal Deodoro da Fonseca, percebeu-se a necessidade de que, aos olhos dos demais países – especialmente do Velho Mundo –, o Brasil elaborasse uma Carta Constitucional que esmaecesse uma possível ditadura ou *nova monarquia*. Após discussões, várias alterações e elaborações, a 24 de fevereiro surge a Carta Constitucional de 1891.

Fausto (1996) afirma que essa Carta Constitucional tomou como modelo a constituição americana, já que os Estados Unidos da América representavam na época o desenvolvimento possível de uma região que possuía, assim como o Brasil, uma história de colônia de um país europeu. Há, portanto, o surgimento de uma República Federativa liberal que fornecia aos seus Estados constituintes uma autonomia que os autorizava a exercer funções diversas, tais como contrair empréstimos ou mesmo organizar forças militares próprias e o setor judiciário.

Há que se salientar a separação entre Igreja e Estado, secularização, culminando com a supressão de uma religião oficial no país e nas atribuições estatais de ações que estavam sob o comando da Igreja Católica, como o estabelecimento dos casamentos e a administração dos cemitérios (BRASIL, 2012 e FAUSTO, 1996). Os artigos quinto e sexto do Decreto número 1 de 1889 demonstram o tom administrativo desse governo provisório:

Art. 5º Os governos dos Estados federados adoptarão com urgencia todas as providencias necessarias para a manutenção da ordem e da segurança publica, defesa e garantia da liberdade e dos direitos dos cidadãos, quer nacionaes quer estrangeiros.
Art. 6º Em qualquer dos Estados, onde a ordem publica for perturbada e onde falem ao governo local meios efficazes para reprimir as desordens e assegurar a paz e tranquillidade publicas, effectuará o Governo Provisório a intervenção necessaria para, com apoio da força publica, assegurar o livre exercicio dos direitos dos cidadãos e a livre acção das autoridades constituídas (BALEEIRO, 2012, p.15).

Esse tom administrativo do qual falamos acima e que se manifesta como discurso diante dos dois artigos constitucionais indica-nos um dispositivo do código legal binário por compreender que haverá determinados eventos que poderão ocorrer atingindo a ordem, a segurança pública e os direitos dos cidadãos nacionais e estrangeiros. Esses eventos não devem

ocorrer, e, por não deverem ocorrer, os Estados da Federação poderiam sofrer intervenção por parte do “Governo Provisório”. Apesar desse posicionamento binário entre o evento e a sua consequência, tem-se desenhada uma possível responsabilidade, um possível culpado, as esferas estaduais. Porém, não ficam claramente enunciados os critérios de vigilância do Governo Provisório nem como se chegaria à conclusão do fracasso administrativo que conduziria à intervenção.

O que se percebe também é uma intenção de que exista certa uniformidade administrativa. Aos Estados federados, diz-se que há uma forma administrativa preconizada e que se intenta que seja atendida; caso contrário, outras medidas poderão ser tomadas para assegurar que a prescrição seja devidamente acatada.

Sobre os enfermos, cabe uma observação interessantíssima em termos históricos. Um dos primeiros decretos datados de 1889, ano de Proclamação da República, estabelece que aqueles enfermos que eram pensionados pelo Imperador até a sua deposição continuarão sendo pensionados pela República da mesma forma até que sua moléstia seja sanada. Cabe destaque ao fato de veras interessante de que o próprio decreto faz alusão a uma diferenciação de acesso à saúde, ou seja, alguns enfermos são pensionados, não todos. Essa diferenciação mantém-se atualmente de outra forma, tal como compreendemos hoje em dia as diferenças de acesso à saúde como presenciamos no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Carta Constitucional de 1891 é composta por 99 artigos, com 91 artigos diretos e mais oito na forma de disposições transitórias, sendo essa a mais concisa de todas as Cartas Constitucionais da história brasileira. Ela inicia seu texto afirmando claramente que seus autores se consideram representantes do povo brasileiro e possuem como intuito a organização de um regime livre e democrático. Em seguida, clarifica a forma de organização do Estado como um regime representativo, uma república federativa a denominar-se de Estados Unidos do Brasil (BALEEIRO, 2012).

Cada um dos antigos territórios que eram então denominados de províncias passarão a receber a nomenclatura de Estados, e haverá um chamado de Distrito Federal. Embora os Estados passem a ser autônomos em partes de sua rotina administrativa, a União poderá socorrê-los em casos de necessidade (calamidade pública), que não ficam claramente delimitados. Em termos de organização militar, o artigo 14 afirma que “as forças de terra e mar são instituições nacionais permanentes, destinadas a defesa da pátria no exterior e à manutenção das leis no interior” (BALEEIRO, 2012, p.68). Essa força armada é conceituada como uma força obediente aos seus superiores hierárquicos, mas deve respeitar as questões constitucionais.

A Carta Constitucional estabelece os critérios para que uma pessoa possa ser considerada brasileira e quem seriam as pessoas que poderiam ser consideradas eleitoras. Os direitos desse indivíduo assim configurados suspendem-se por incapacidade física ou moral ou condenação criminal e perdem-se quando a pessoa se naturaliza em outro país ou passa a executar trabalhos ou receber pensão de outro país sem anuência da União.

Um primeiro ponto de análise: a Lei, portanto, indica que há pessoas que podem ser consideradas brasileiras e outras que não podem ser classificadas da mesma forma. Porém, mesmo sendo a pessoa de nacionalidade brasileira, isso não lhe garante diretamente direito de participar da vida política do país, pois nem todos os brasileiros podem ser eleitores, ou nem todos os brasileiros possuem direito decisório no campo político nacional, cabendo a estes a possibilidade de serem representados pelos seus governantes.

Criam-se, portanto, categorias que se anulam – os que são brasileiros frente àqueles que não são. Contudo, no interior do conjunto populacional dos brasileiros, aguardavam outras categorizações: os eleitores, diante dos que não poderiam exercer esse direito civil.

Segundo elemento de análise: os direitos que, na legislação acima foram mencionados como sendo de tal relevância que justificariam intervenção estatal do Governo Provisório sobre os Estados, agora são suspensos por incapacidade física ou moral. Cita-se que essas duas categorias (incapacidade física e incapacidade moral) não são claramente conceituadas. Tal fato instiga-nos a questionar sobre como se procedia na avaliação dessas incapacidades, quem ou quais atores sociais disponibilizariam as avaliações ou mesmo estariam habilitados (a serviço de quem, embasados em quais critérios) a realizá-las. Parece-nos um tema de relevante consideração.

Terceiro ponto de análise: a perda dos direitos não se dá só por essas incapacidades anteriormente mencionadas, mas pode dar-se também pela saída do país (naturalização em outro), com perda e mudança de uma identidade nacional, e também por recebimento de pensão de outro país sem o consentimento da União.

Dessa forma, simbolicamente, perdia-se o acesso aos direitos por abandono do país (talvez compreendido como falta de patriotismo) e por desobediência frente ao Estado. Ora, isso estabelece um determinado regime de verificação, uma verdade. O brasileiro é aquele que permanece no país, seja eleitor ou não, recebe seu erário proveniente de relações comerciais que ocorrem em solo pátrio e é obediente ao Estado. Para tanto, deve ser alguém que disponha de capacidade moral e física.

Embora o dispositivo binário fique claro, os outros dois dispositivos parecem enunciar-se implicitamente. Há como diagnosticar incapacidades, antevê-las, talvez, mas haveria

também intervenções que incidissem sobre essas pessoas? Haveria uma preocupação em compreender a naturalização em outro país ou o ato de receber pensão sem anuência dentro de um sistema considerado ótimo, aceitável para um determinado tempo e uma dada sociedade? Compreender-se-iam esses eventos como eventos que não podiam ser evitados e que passariam a ser regulados, portanto? Eis, talvez, outros possíveis pontos que podem ser mais bem esclarecidos *a posteriori*.

Em termos de participação política da população frente ao Estado ou mesmo de seu questionamento, desconsiderando-se a questão da categorização dos eleitores, não se encontra nenhum artigo que seja específico. Apenas o parágrafo 9 do artigo 72 refere-se ao que é “permittedo a quem quer que seja representar, mediante petição, aos poderes publicos, denunciar abusos das autoridades e promover a responsabilidade dos culpados”(BALEIRO, 2012, p.83).

Essa fiscalização, por assim dizer, não deixa claro se o cidadão comum seria capaz de apresentar uma discussão ou apontamento coerente em relação às temáticas citadas. Não encontramos nenhuma menção ao campo da saúde, o que parece ter sido direcionado a discussões futuras. Naquele momento, saúde ainda não se apresenta como direito da população e não parecia estar na agenda da Carta Constitucional.

Tomando a explicação de Michel Foucault (2008a) de que a soberania se exerce nos limites de um território, a disciplina se exerce sobre os corpos dos indivíduos e a segurança se exerce sobre o conjunto de uma população, parece-nos que essa Carta Constitucional caracteriza uma preocupação com as fronteiras e com as possibilidades de uma invasão que poderia ameaçar um país que procurava gerar-se enquanto nação após a sua existência como colônia portuguesa. Nesse sentido, percebemos traços de uma soberania que quer sustentar-se por meio de um território que se mantenha estável em relação às demais nações. Para alcançar essa estabilidade, lançará mão das forças armadas, que têm grande relevância na história política do país.

Esse Estado deve ser capaz de intervir quando as leis não estiverem sendo cumpridas, assegurando a ordem e o funcionamento adequado; a partir dessas afirmações, que deixam transparecer um tom administrativo do novo país republicano, parece desenhar-se um campo disciplinar. Dizemos disciplinar porque não versa apenas sobre um código binário do proibido e do permitido, mas parece querer desenhar a figura de como seria o infrator, aquele que trairia a pátria (assumindo trabalhos em países estrangeiros sem a anuência da União, por exemplo).

Na Carta Constitucional, as pessoas que habitam o país não são vistas como uma agregação nem, ao que nos parece, como uma população, mas como um elemento importante para o funcionamento do país, desde que bem representada e conduzida.

De acordo com Pilagallo (2009a), o Brasil apresentava-se aos olhos do mundo como um país em franca expansão. A elite brasileira ganhava um ar de sofisticação com o crescimento das cidades, e começavam a surgir os automóveis. Na base econômica desse período, encontrava-se a cultura do café, que dominava a pauta de exportações e era auxiliado por práticas governamentais que vislumbravam certos privilégios aos seus produtores.

Apesar de uma série de revoltas e de revoluções sangrentas que agitaram os primeiros anos da República, os dez anos desse sistema de governo incitavam uma aura de certa estabilidade. Estabilidade que contrastava com um grande problema econômico que se agigantava fora dos salões da *Belle Époque*: a recessão.

Após empréstimo realizado para sanar as questões econômicas, o que se viu foi um movimento contrário ao que se propunha anteriormente, e o país foi estimulado a investir em sua vocação agrícola, em detrimento de uma possível expansão industrial.

Interessante ressaltar, novamente, que nessa época as eleições tinham pouca utilidade em termos de um possível posicionamento popular diante do quadro político nacional. Isso porque diversas manobras presidenciais visavam a garantir que os congressistas apoiassem o Governo Federal, o que se obtinha com a manipulação das eleições. Tanto é que uma comissão do próprio legislativo analisava os candidatos eleitos, e estes só poderiam assumir a partir da aprovação da ala governista. Muitos eleitores eram contados nas urnas mesmo não estando mais vivos, e os coronéis (chefes políticos com poderes regionais) controlavam a população para que votasse nos candidatos escolhidos em seus currais eleitorais, o que se convencionou denominar de *voto de cabresto*. Tratava-se de uma estrutura republicana sem caráter democrático (FAUSTO, 1996; PILAGALLO, 2009a).

A gestão do terceiro presidente brasileiro, Rodrigues Alves, desejava modernizar o porto do Rio de Janeiro e urbanizar a capital, transformando a cidade em uma metrópole no melhor estilo europeu. Isso possibilitou atrair investidores estrangeiros, seus investimentos e sua mão de obra mais qualificada. A intenção de reforma da cidade aparece mencionada na obra de Michel Foucault (2008a).

De acordo com o autor, a soberania, a disciplina e a segurança operam com multiplicidades. Após a expansão da cidade e a sua expressão dentro de um espaço murado e defendido, o crescimento do comércio e da população estabeleceu como pauta de discussão, no século XVIII, o desencravamento da cidade, já que ela precisava estabelecer intercâmbios

econômicos permanentes com o seu entorno imediato para a subsistência e com locais distantes para relações comerciais. Desejava-se, assim, ressituar a cidade em um espaço de circulação. No que se refere ao contexto brasileiro, esse intuito de reforma da cidade temo objetivo de atrair as questões comerciais ligadas ao contexto dos países estrangeiros, ao comércio com estes que lhe serviram anteriormente como possibilidade de existência e de exercício de deixar de ser colônia e constituir-se como Estado.

Tomando ainda os dizeres de Foucault (2008a), essa imagem da cidade que se apresenta no modelo de governo brasileiro parece estar associada ainda à figura da soberania, tal como o filósofo a conceitua a partir da obra de Le Maître. Trata-se de uma ideia ao mesmo tempo antiga e moderna de superpor o Estado de soberania, o Estado territorial e o Estado comercial.

[...] o problema é como, dentro de um sistema de soberania estrita, assegurar o desenvolvimento econômico máximo por intermédio do comércio. Em suma, o problema de Le Maître é o seguinte: como assegurar em Estado bem capitalizado, isto é, bem organizado em torno de uma capital, sede da soberania e ponto central da circulação política e comercial (FOUCAULT, 2008a, p.20).

Enquanto essa análise de Foucault (2008a) situa a maneira arquitetônica de construção da cidade calcada ainda na ideia de soberania, a Europa nesse mesmo momento encontrava-se em pleno mercantilismo. O Brasil, portanto, evocava, a partir desse modelo econômico que perdurou na Europa até o final do século XVIII, uma forma de organização da cidade em torno da concepção de soberania. Essa ação servirá à produção de saberes e a regimes de verificação. Porém, essa própria concepção de cidade, embora ainda vinculada à ideia de soberania, estaria já situada no interior de um dispositivo de segurança, que Foucault (2008a) denomina como *espaços de segurança*.

De acordo com Filho (1996), nesse tempo histórico da República Velha, havia uma necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade em relação ao mundo capitalista europeu, e essa necessidade de atualização redefiniria os trabalhadores brasileiros como capital humano.

Tomando-se essas forças produtivas como fonte geradora de riqueza, a capacitação física e intelectual dos operários e dos camponeses parecia o caminho para alterar a história colonial do país, até então considerado como uma região de barbárie. Nesse contexto, a medicina assumiria o papel de guia do Estado para os assuntos sanitários, “[...] comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do projeto de modernização do país” (FILHO, 1996, p.12). A saúde passa a ser um eixo organizador das cidades.

O aparecimento da medicina como ciência que se aliaria ao Estado dá-nos a ideia de uma lógica disciplinar. Michel Foucault (2005) diz que, enquanto na Europa houve uma sociedade feudal, os problemas da teoria da soberania se centravam na relação soberano/súdito, onde o poder se exercia.

Nos séculos XVII e XVIII, temos uma nova mecânica do poder, uma que se apresenta como incompatível com a soberania e incide primeiro sobre os corpos e sobre o que eles fazem, mais do que em relação à terra e aos seus produtos; extrai dos corpos tempo e trabalho, mais do que bens e riqueza. É um poder que se exerce por meio da vigilância, uma nova economia de poder que deve, ao mesmo tempo, fazer crescer as forças sujeitadas e a força e a eficácia daquilo que as sujeita.

Esse novo poder, com a sua nova mecânica, é, nos dizeres de Michel Foucault (2005), uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Esse é o poder disciplinar, que não foi capaz de exterminar a soberania; ela continuou se manifestando na ideologia do direito e na organização dos códigos jurídicos da Europa no século XIX. Ela permanece para que os mecanismos de dominação da sociedade disciplinar pudessem esconder-se como exercício efetivo do poder, sendo apresentada no aparelho jurídico e nos códigos judiciais. O exercício do poder nas sociedades modernas pratica-se entre o direito da soberania e uma mecânica da disciplina.

De fato, as disciplinas têm o seu discurso próprio. Elas mesmas são, pelas razões que eu lhes dizia agora há pouco, criadoras de aparelhos de saber, de saberes e de campos múltiplos de conhecimento. Elas são extraordinariamente inventivas na ordem desses aparelhos de formar saber e conhecimento, e são portadoras de um discurso, mas de um discurso que não pode ser o discurso do direito, o discurso jurídico. O discurso da disciplina é alheio ao da lei; é alheio ao da regra como efeito da vontade soberana. Portanto, as disciplinas vão trazer um discurso que será o da regra; não o da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra natural, isto é, da norma. Elas definirão um código que será aquele, não da lei, mas da normalização, e elas se referirão necessariamente a um horizonte teórico que não será o edifício do direito, mas o campo das ciências humanas. E sua jurisprudência, para essas disciplinas, será a de um saber clínico (FOUCAULT, 2005, p.45).

Conforme Filho (1996), a atuação médica enfrentaria o choque entre as ideias tradicionais, que atribuíam as epidemias à corrupção dos ares, e as afirmações da medicina moderna, que se embasavam nos conceitos de Louis Pasteur e Claude Bernard— a bacteriologia e a fisiologia. As próprias faculdades de medicina, fundadas do período imperial da história brasileira (a partir da chegada da família real portuguesa em 1808), seriam as instituições que mais hesitariam em aceitar as novas propostas de compreensão das questões ligadas à saúde pública.

Contribuiria com certa mudança nas concepções de saúde brasileiras a eclosão do estudo e prevenção de doenças que pretendia atuar sobre os surtos epidêmicos. A área científica, guiada pela medicina, começa a ser denominada de saúde pública e terá a epidemiologia como campo de pesquisa das enfermidades.

Esse novo posicionamento técnico-científico exigiria a reorganização dos serviços sanitários. Em lugar das antigas juntas e inspetorias de higiene provinciais, apareciam serviços sanitários estaduais, que, mesmo com essa nova configuração, não foram capazes de impedir que o país enfrentasse uma desorganização dos serviços, duramente criticados pela população e pelas autoridades. Além das críticas, houve condições propícias para o desencadear de novas ondas epidêmicas.

Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuariam a ser assaltadas por surtos de varíola e febre amarela, além da peste bubônica (patologia transmitida por roedores), da febre tifoide (doença infectocontagiosa causada pelo consumo de água poluída) e da cólera, surtos estes que matariam milhares de pessoas (FILHO, 1996).

Com a inexistência do saneamento básico, o desconhecimento do conceito de saúde pública, a repetição das epidemias e mortes, os serviços públicos precários, as ruas estreitas e escuras que dificultavam a locomoção e a proliferação de cortiços, a capital do país apresentava-se insalubre e perigosa, especialmente no verão. As pessoas que possuíam melhores condições financeiras costumavam direcionar-se à serra de Petrópolis nos períodos de epidemias, e mesmo o presidente perderia um de seus filhos para a febre amarela (PILAGALLO, 2009a).

Tomando o exemplo da cidade de Paris, Rodrigues Alves nomeia Pereira Passos como o engenheiro responsável e fornece-lhe carta branca para executar um ambicioso projeto que necessitou da demolição de aproximadamente 600 casarões do centro da cidade. A terceira parte do tripé da proposta reformadora do presidente (modernização do maior porto nacional, com clara indicação econômica e urbanização da capital) direcionava-se às questões sanitárias.

O saneamento da capital foi entregue à figura de Oswaldo Cruz, médico sanitário que fizera sua formação no Instituto Pasteur em Paris e que chegava com as credenciais de ter combatido um surto epidêmico de peste bubônica no porto de Santos. No Rio de Janeiro, após receber a mesma licença que o engenheiro Pereira Passos, Oswaldo Cruz dedica-se a montar uma operação que tinha como objetivo combater a febre amarela e a peste bubônica, chegando a remunerar a população que apresentasse roedores mortos. Casas que não apresentassem condições higiênicas adequadas eram fechadas, e os doentes identificados eram encaminhados imediatamente ao hospital, mesmo contra a sua própria vontade. “Como o método invasivo

provocasse resistência, as equipes trabalhavam acompanhadas de soldados de polícia” (PILAGALLO, 2009a, p.33).

De acordo com Filho (1996), a presença de médicos higienistas na administração pública, incentivada pelo Governo Federal, tinha como contrapartida o compromisso de estabelecer estratégias de saneamento para as áreas escolhidas por meio de fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, retificação de rios que causavam enchentes, drenagem dos pântanos, destruição dos viveiros de ratos e outros insetos disseminadores de patologias e reforma urbanística das grandes cidades.

Deveriam também divulgar as regras básicas de higiene e tornar obrigatório o isolamento das pessoas atendidas por moléstias infecto-contagiosas e dos pacientes considerados perigosos para a sociedade. Iniciava-se a era da hospitalização compulsória das vítimas de doenças contagiosas e dos doentes mentais (FILHO, 1996, p.14).

Essa intervenção estatal costuma ser vista por autores como Filho (1996) como indicador de uma *política de saúde* que se articulava com os projetos e diretrizes do Estado voltados para outros setores da sociedade, denominados de *política social* (educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho). Quando se menciona essa política social, há um discurso bastante presente em grande parte dos autores, afirmando que essa área teria sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas.

Essa contradição seria explicada pela lógica das relações sociais dominantes no país e em outros países de passado colonial. Apesar de promessas que se destinavam ao ideário de uma melhoria da qualidade de vida da população, os investimentos privilegiavam a expansão da produção, beneficiando uma elite econômica em detrimento da maioria da população, condenada a condições precárias de vida, condições estas que aumentavam consideravelmente os quadros de morbidade e mortalidade da população brasileira.

Apesar de não ser o objeto deste trabalho, a mesma argumentação aparece quando se faz uma leitura das condições de acesso aos serviços e questões de saúde do Período Imperial brasileiro (1822-1889), no qual também se desenhava uma clara diferença de acesso entre as classes sociais.

No mês de novembro de 1904, seria publicado um decreto presidencial estabelecendo a vacinação compulsória contra a varíola, o que iria desencadear, por desinformação, moralismo e antagonismo militar, aquela que seria denominada de *Revolta da Vacina*. Esta se localiza na história do país como um evento no qual a população, mesmo que de certa forma direcionada por interesses dos quais não possuía conhecimento, se levantou de forma exitosa contra a interferência do Estado sobre os direitos dos cidadãos. Alguns autores citados por Pilagallo

(2009a) mencionam a relevância desse ato para a formação da cidadania ou da exacerbação do orgulho e da autoestima da população, apesar de não ter conseguido nenhuma mudança política sensível com esse posicionamento.

Para além das questões de saúde pública, nesse mesmo período da República Velha, temos o aparecimento das primeiras mobilizações da população em relação às condições de trabalho. O clima de exploração acima mencionado, tanto rural quanto urbano, o emprego de mulheres e crianças em jornadas de trabalho acima de 12 horas e a ampliação da base da pirâmide social fizeram aparecer questões sociais até então inéditas: a mobilização de trabalhadores no interior das fábricas.

As situações trabalhistas, tanto no campo quanto na área urbana, caracterizam-se pela lógica da exploração. Empregados rurais vinculavam-se aos seus patrões por meio de favores e dívidas impossíveis de ser quitadas, ao passo que nas zonas urbanas uma massa de trabalhadores pobres se sujeitava a preços irrisórios por seus serviços, muitas vezes tendo que se dedicar a outras atividades em prol de sua sobrevivência; ex-escravos e seus descendentes viam-se na necessidade de realizar trabalhos domésticos às famílias ricas (PATTO, 1999). Mesmo sem a expressão social de greves, esses trabalhadores queimavam matérias-primas e destruíam maquinários, criando um clima de resistência à lógica trabalhista da época. A criminalidade avança nas grandes cidades, eclodem greves e manifestações populares contra a inflação (PATTO, 1999).

Podemos dizer, então, que as primeiras expressões de um controle social (aqui tomadas na direção da população ao Estado) na República Velha, no que diz respeito às políticas públicas, se atrelam especialmente a três áreas: econômica (direcionada à inflação e às condições de acesso a recursos sociais), da saúde (por meio de um enfrentamento das questões, tais como a vacinação compulsória) e trabalhista, tais como as anteriormente mencionadas. Tomando o que apresenta Foucault (2005), temos um clima de enfrentamento, que recairia no modelo de análise do poder por ele apregoado por meio da hipótese de Nietzsche.

Nesse sentido, a postura tomada pelo Estado como resposta a essa insubordinação popular (que tendemos a denominar de controle social) foi a utilização de repressão física, muitas vezes de caráter violento. Chama a atenção que o sucesso da tática de repressão a essas insubordinações populares servirá de plataforma política para o surgimento de novas figuras no campo eleitoral-político.

A busca de instituições de gestão científica do protesto e da miséria nesse período esbarra de pronto na onipresença da polícia. A “sutil violência repressiva”, a “predominância da penalidade incorporal”, a “sobriedade punitiva” encontradas por Foucault em países europeus na virada do século XVIII não estão presentes na

Primeira República. Sob a alegação de que estavam em jogo interesses do conjunto da Nação, o Estado brasileiro primeiro-republicano não agia com sutileza disciplinadora para garantir a ordem pública. Ao contrário, os donos do poder não hesitaram em valer-se, até a náusea, da violência física para imobilizar os indesejáveis (PATTO, 1999, p.171).

A autora segue afirmando que há toda uma prática repressora que se institui por meio da presença onipresente da polícia e das classificações utilizadas para justificar detenções, muito maiores que os processos que estas geravam. Também chega a afirmar que, apesar das diferenças encontradas na formação do proletariado brasileiro em comparação com o proletariado inglês, por exemplo, bastava que se fosse pobre, não-branco, desempregado e insubmisso para que se recebesse a atenção policial.

Segundo Patto (1999, p.175), a atenção aos termos usados pelo aparato social para classificar pessoas e comportamentos indesejáveis dá o tom dos mecanismos de controle social em jogo no cenário brasileiro da época. “A preocupação obsessiva de cientistas e autoridades policiais nos países industriais europeus com a ‘vagabundagem’ repetia-se aqui, embora não pelos mesmos motivos”.

A continuidade das questões políticas nacionais após o governo de Rodrigues Alves recairia sobre o mineiro Afonso Pena e teria como sustentáculo a proteção da produção e exportação do café. Por isso, essa mesma base, representada pelo Estado do Rio Grande do Sul, acabou por oficializar a candidatura do sobrinho do Marechal Deodoro da Fonseca, o também Marechal Hermes da Fonseca, ministro da Guerra. Este profissionalizara o exército, introduzira o serviço militar obrigatório, enviara oficiais para estudar no exterior e consagrara-se ao suprimir revoltas ocorridas na época da vacinação compulsória de Oswaldo Cruz (PILAGALLO, 2009a).

Ainda de acordo com Pilagallo (2009a), percebe-se, novamente, a já identificada relevância das Forças Armadas na história política nacional, embora a gestão hermista se mostrasse avessa à participação militar na política. Essa sua posição não impediu que alguns militares se organizassem em diversos estados brasileiros para derrubar oligarquias estaduais com o apoio do Exército, a chamada *política das salvações*, e que a dívida nacional com credores estrangeiros aumentasse, além de eclodirem revoltas armadas organizadas por militares insatisfeitos no país.

No ano de 1914, eclodiria a Primeira Guerra Mundial, e as repercussões da guerra no Brasil direcionaram-se ao aspecto econômico, já que estrangulou o comércio nacional e provocou descontentamento popular e as primeiras grandes greves do país. Apesar de insatisfeita e de estar manifestando seu descontentamento por meio de greves, a população viu-

se impedida de posicionar-se de maneira mais efetiva pelos acordos políticos que se estabeleciam nos gabinetes das sucessões presidenciais.

O que se costumou denominar na época de *questão social* não se encontrava atendida pela Constituição, que ainda vicejava. O direito constitucional brasileiro enfatizava a liberdade dos contratos, o capitalista, o industrial e o patrão, figuras que se encontravam acima do controle das leis (PILAGALLO, 2009a).

No início dos anos de 1920, a economia brasileira mantinha o domínio absoluto da agricultura e da exportação com o apoio presidencial, todavia, era nítido o enfrentamento ao setor militar por meio da nomeação de civis para os ministérios da Guerra e da Marinha. Os anos de 1920 na história brasileira indicavam o início de um período pré-revolucionário no país, que iria culminar com a Revolução de 1930, a partir do assassinato do governador da Paraíba, João Pessoa. A inquietação militar levaria a uma série de revoltas que acabariam por derrubar a República Velha. Essa revolução, nos dizeres do próprio autor, não só põe fim ao período histórico denominado de República Velha, mas difere em demasia o país dos anos 20 e aquele que irá se apresentar na década de 1940.

Se a população procurava exercer o seu controle social por meio das manifestações contrárias às questões do trinômio saúde-trabalho-economia, faltavam-lhe outras possibilidades democráticas, já que o governo instituía, por meio da política do café com leite, um campo de governo que independia da expressão popular do voto.

Entretanto, a classe militar detinha outros meios de expressar o seu descontentamento, e este se mostrava por meio de revoltas armadas. O aparato militar e sua organização em torno de revoltas, portanto, podem ser considerados como a segunda via de controle social que aparece no período da República Velha, ainda tomado na direção da população para com o Estado.

O início do período de 1920 viu gestar-se grande revolução cultural, que culminaria com a Semana da Arte Moderna em 1922. Esse modernismo, que colocava o Brasil na vanguarda cultural, nascera em um cenário ainda dominado por Olavo Bilac, expressão maior do movimento literário conhecido como parnasianismo. Foi uma concepção estética composta por autores que, embora não partilhassem as mesmas bases teóricas, desejavam a rejeição ao padrão vigente e se deparavam com um mundo destruído pela guerra, em uma dicção coloquial e brasileira ao invés do formalismo lusitano.

Três formas de contestação haviam sido denunciadas até então: uma proveniente da classe trabalhadora, da população que se encontrava em situação de exploração de seu trabalho e de dificuldades claras de sobrevivência; a segunda, proveniente de um segmento dos militares

que, afastados do exercício do poder, tomavam as armas como forma de enfrentamento da estrutura política; a terceira forma de contestação virá por meio da cultura, uma cultura que procurará em referenciais estrangeiros uma forma de repensar o trajeto brasileiro, uma contestação erudita por assim dizer.

Rompendo a década de 1920, o país sofria uma expansão demográfica intensa, de acordo com Pilgallo (2009b), a ponto de encontrarmos o dobro da população em comparação com a da virada do século. Além da expansão populacional, cabe salientar que, dos 30 milhões de habitantes, metade vivia em cidades, o que caracterizava o aparecimento de uma classe trabalhadora não mais vinculada ao setor agricultor, mas também à indústria. Com o surgimento dessa nova classe trabalhadora, os arranjos partidários comuns à República Velha deixavam de ser tolerados e o país iniciava um ciclo claro de mudança política.

Um clima de insubordinação existia nos quartéis do país desde a iniciativa de Epiácio Pessoa de nomear civis para comandar setores militares. Com a lendária marcha dos *Dezoito do Forte*, o Brasil via surgir um movimento político importante denominado de tenentismo (movimento dos jovens oficiais do Exército contra as estruturas de poder da República Velha), o qual influenciaria consideravelmente os destinos do país.

Em novembro de 1926 a política do *café com leite* (parceria entre os Estados de São Paulo e Minas Gerais) pautava a sucessão presidencial, e Arthur Bernardes entregava a faixa presidencial a Washington Luís, presidente que relaxava, por assim dizer, a tensa gestão do seu antecessor no combate ao tenentismo. Em 1927, todavia, o presidente aprovaria uma lei (*Lei Celerada*, como ficou conhecida) que lhe permitia fechar sindicatos, atribuir penas de prisão a grevistas e perseguir as atividades do partido comunista, atribuindo às questões sociais medidas policiais.

Foucault (2005) afirma que, quando se tem uma inversão do modelo de cidade, tal demanda cria novas organizações do poder, e estas se dão pela via dos mecanismos de segurança. O problema da cidade está no âmago dos diferentes exemplos de mecanismos de segurança, já que essas formas de controle entram em cena quando a cidade propõe novas questões econômicas e políticas. As questões da rua, o cereal e o contágio, ou a cidade, a escassez alimentar e a epidemia, têm relação com os fenômenos da circulação, compreendida como deslocamento, troca, contato, forma de dispersão e distribuição, como é que as coisas devem circular ou não circular.

O problema tradicional da soberania sempre fora o de conquistar novos territórios ou mantê-los; era uma segurança do território ou uma segurança do soberano, o problema de Maquiavel. O fim de um ciclo se estabelece pela mudança da preocupação, não mais a

manutenção do território ou a sua expansão, mas deixar as circulações se fazerem, controlá-las, separar as boas das ruins, anulando os perigos dessa circulação— não mais segurança do príncipe, mas segurança da população e dos que a governam.

Esses mecanismos de segurança tinham outra diferença dos disciplinares: não se trata de uma relação de obediência dos vassallos com o seu suserano, nem da lógica de uma proibição, mas de uma regulação, de fazer as coisas funcionarem, umas ligadas às outras. Delimitam-se os fenômenos em marcos aceitáveis, em vez de impor-lhes uma lei que os proíba. Sua repercussão não é homogênea como são as repercussões da lei e da disciplina, uma repercussão da vontade de um sobre os outros. “Trata-se de fazer surgir certo nível em que a ação dos que governam é necessária e suficiente. Esse nível de pertinência para a ação de um governo [...] é a população com os seus fenômenos e processos próprios” (FOUCAULT, 2008a, p.86).

Nas disciplinas, parte-se de uma norma, e era em relação ao adestramento efetuado pela norma que era possível distinguir o normal do anormal. No dispositivo de segurança, teremos o normal e o anormal, mas somadas a essas figuras teremos curvas de normalidade, e a operação de normalização será fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e em fazer o que é mais desfavorável transformar-se em favorável. A norma fica, assim, em jogo no interior de normalidades diferenciais no sentido de que o normal se apresenta primeiro e é a partir dele que se deduz a norma, um processo de normalização (FOUCAULT, 2008a).

No sentido de discutir o direcionar-se a essa população, Foucault menciona o conceito de *panóptico*. O panóptico é o mais antigo sonho do mais antigo soberano – que nenhum dos súditos escape e que nenhum dos seus gestos seja desconhecido. Considera-se, inclusive, que o centro do panóptico é o próprio soberano. Porém, o poder que se apresenta a partir dessa mudança não é um modelo de poder de vigilância, mas o conjunto de mecanismos que vão tornar pertinentes para o governo e para os que governam, como diz Foucault (2008a), fenômenos bem específicos que não serão os individuais, mas os da população. O governo das populações e o governo soberano são, assim, completamente distintos.

O novo personagem que aparece nessa forma de pensar diferente é a população. O termo já aparecera antes, mas em um sentido negativo, contrário ao de *depopulação*, e era em relação a uma mortalidade dramática que se colocava a questão de saber o que é a população e como se poderá repovoar. Foucault dirá que a questão da população, embora anteriormente abarcada, não era tomada de maneira positiva ou em seus aspectos gerais.

Foucault (2008a) alerta sobre como a população aparece como um elemento positivo para o soberano. Para os mercantilistas do século XVII, a população deixa de figurar nos

emblemas do poder de um soberano e passa a aparecer no interior de uma dinâmica, da dinâmica do poder do Estado e do soberano; o povo é um elemento que condiciona os outros (braços e terras cultivadas, braços para as manufaturas, entre outros).

Assim, é a partir dos mercantilistas europeus que a população vai ser vista como raiz, como força produtiva. Foi a problematização da população que permitiu passarmos da história natural para a biologia, da gramática geral à filologia, da economia para uma economia política.

Da análise dos problemas da população, fomos conduzidos ao problema do governo. A partir do século XVI até ao fim do século XVIII, vemos florescer uma série de tratados que já não são conselhos ao príncipe, mas que, entre os conselhos e a ciência política, se apresentam como artes de governar. Segundo Foucault (2008a), o problema do governo eclode no século XVI sob muitos aspectos, sendo um deles o governo de si, como governar a si mesmo, uma reatualização do estoicismo.

Esse problema do governo (como governar-se, como ser governado, como governar os outros, por quem devemos aceitar sermos governados, como fazer para ser o melhor governador possível) aparece no cruzamento de dois elementos: a saída do feudalismo para a constituição dos Estados territoriais, administrativos, coloniais, e outro problema (com a Reforma e a Contrarreforma) que põe em questão a maneira como se quer ser espiritualmente dirigido, na terra, rumo à salvação pessoal.

A teorização que eclode no século XVI (extensa e monótona, de acordo com Foucault) trata da definição do que se entende por governo de Estado, o que chamaríamos de governo sob sua forma política. A nova literatura concernente ao governo sob sua forma política irá opor-se, do século XVI ao XVIII (de maneira explícita ou não), ao texto *O Príncipe*, de Maquiavel.

Para a arte do governo, o essencial é esse complexo de homens e coisas; então, o território seria apenas uma variável. O soberano nunca foi compreendido como alguém que tem direito ao poder e fim. Tratava-se de alguém que devia exercer um poder visando a um bem comum e à salvação de todos. Contudo, tratava-se de um bem circular, pois remetia à obediência ao soberano, ou seja, uma soberania que remete à soberania novamente.

Foucault (2008a) diz que o desbloqueio dessa arte de governar se dará pela emergência do problema da população. Quando a estatística demonstra que a população comporta efeitos próprios de sua agremiação que escapam aos da família (epidemias, expansões epidêmicas, espiral do trabalho e da riqueza), ela diz que a população tem efeitos econômicos específicos e que a família, como modelo de governo, vai desaparecer. Esta surgirá como elemento no interior da população, mas em um nível menor – a família como instrumento privilegiado de governo da população.

Em segundo lugar, a população vai aparecer como meta final do governo, pois a finalidade do governo não é governar, mas sim melhorar a sorte das populações, aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde, e intervém-se sobre ela de maneira direta ou indireta. A partir do século XVI,

[...] a população vai ser o objeto que o governo deverá levar em conta nas suas observações, em seu saber, para chegar efetivamente a governar de maneira racional e refletida. A constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber de todos os processos que giram em torno da população no sentido lato, o que se chama precisamente “economia” (FOUCAULT, 2008a, p.140).

A economia política, enquanto ciência, irá se constituir perante essa rede contínua e múltipla de relações entre a população, o território e a riqueza. Ao mesmo tempo, além dessa ciência, agirá como um tipo de intervenção característica do governo que vai ser a atuação no campo da economia e da população. Isso não quer dizer que a soberania é superada ou eliminada, mas é mais aguda, da mesma forma que a disciplina também não é eliminada, mas quase atualizada.

A passagem de uma arte de governar para uma ciência política, a mudança de um regime dominado pelas estruturas de soberania a um sistema dominado pelas técnicas do governo, faz-se no século XVIII em torno da população e, por conseguinte, atrelada ao nascimento da economia política.

A ideia de um governo como governo da população torna mais agudo ainda o problema da fundação da soberania e a necessidade de desenvolver as disciplinas. Não se trata da substituição de uma sociedade da soberania por uma sociedade da disciplina e, depois, de uma sociedade de disciplina por uma sociedade de governo. Tem-se, na verdade, de acordo com o pensamento de Foucault (2008a), um triângulo (soberania-disciplina-gestão governamental) cujo alvo principal é a população e cujos mecanismos essenciais são os dispositivos de segurança.

Assim, a população aparece como um dado, como um campo de intervenção, como a finalidade das técnicas de governo. Foucault compreende a associação desses três movimentos – governo, população e economia política – como uma série sólida que se constitui a partir do século XVIII e que estaria ainda em voga.

Em continuidade, ele apresenta o conceito de governamentalidade, a qual pode ser compreendida como “[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber

a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (FOUCAULT, 2008a, p.143).

Em segundo lugar, o pensador francês afirma que se pode nomear dessa forma também a linha de força que em todo o Ocidente conduziu para o tipo poder que se chama de governo (em detrimento de soberania e de disciplina), que trouxe toda uma série específica de aparelhos de governo e o desenvolvimento de uma série de saberes. O Estado de justiça da Idade Média torna-se o Estado administrativo dos séculos XV e XVI, e este passará a ser o Estado governamentalizado.

A governamentalização do Estado, descoberta no século XVIII, encarregou-se de mantê-lo vivo. Ela é interior e exterior ao Estado, já que são as táticas do governo que, a cada instante, permitem identificar ou definir o que deve ser do âmbito do Estado ou não, o que é público ou privado, o que é estatal e o que não deve assim ser. “Portanto, se quiserem, o Estado em sua sobrevivência e o Estado em seus limites só devem ser compreendidos a partir de táticas gerais da governamentalidade” (FOUCAULT, 2008a, p.145).

O que se tem com o governo de Washington Luís e sua Lei Celerada é a percepção de que estamos sob um Estado governamentalizado, que não se ocupa mais com o seu território como elemento central, mas sim com a população, e que se vale do saber econômico para a sua administração baseada nos dispositivos de segurança.

É por isso que, diante dos problemas de uma população que se manifesta insatisfeita com o Estado, as questões sociais são manejadas como problemas policiais, uma tática de regulação entre um comportamento considerado normal e esperado dentro de uma determinada curva de normalidade. Classificados o normal e o anormal (grevista, sindicalista e comunista), incidem sobre eles técnicas de segurança (fechamento de sindicatos, penas de prisão e perseguição às atividades comunistas). De acordo com Patto (1999), podemos também denominar esse movimento de controle social, mas nos arriscaremos a chamá-lo de outra forma nas considerações finais deste trabalho.

A partir da aliança anteriormente descrita (entre os Estados de Minas Gerais e de São Paulo) e da parceria entre os partidos gaúchos, Pilagallo (2009b) ressalta que a candidatura de Getúlio Vargas se estabeleceu como consequência natural. Poucas vezes na história política brasileira até então, uma campanha para a presidência envolvia a opinião popular. Getúlio Vargas decide ir às ruas para divulgar suas possíveis plataformas governamentais. Foi um fato novo no cenário político brasileiro e fundamenta-se no apelo popular dessa plataforma, uma vez que se defendiam o voto secreto, a anistia aos “tenentes”, uma nova política trabalhista e

uma revisão da abordagem das questões sociais, que não deveriam mais ser tratadas como caso de polícia.

Para piorar o momento político do governo, a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 causou sérios problemas econômicos à nação brasileira, que lucrava com a exportação do café. A economia mundial direcionava-se à depressão, e fábricas e bancos fechavam as portas nas maiores cidades brasileiras, dando maiores números ao desemprego e demissões em massa. Mesmo assim, em 1930, o candidato governista paulista Júlio Prestes vence a eleição, que ficaria marcada por uma série de fraudes na contagem de votos. As manobras do Estado para assegurar-se no governo reforçavam, em alguns dos derrotados, as ideias de revolução armada.

As ideias revolucionárias esmoreciam com a perda da participação de algumas lideranças militares e as dificuldades de congregar os ideais dos participantes. Porém, o assassinato do vice de Getúlio, João Pessoa, governador da Paraíba, por um adversário político, insuflo os ânimos, que eclodiriam em 3 de outubro de 1930, a partir do Rio Grande do Sul, de Minas Gerais e da região nordeste. Washington Luís é então deposto no dia 24 de outubro de 1930, chegando a receber voz de prisão da junta militar que fora solicitar sua renúncia; chegava ao fim a República Velha (PILAGALLO, 2009b).

O controle social, portanto, na direção da população frente ao Estado, aparecerá nesse período como uma possível compensação da exclusão política e direcionado ao trinômio saúde-trabalho-economia. Para além dessa primeira forma, encontraremos um posicionamento militar por meio de revoltas armadas e um posicionamento erudito mediante a articulação intelectual em torno da Semana de Arte Moderna de 1922.

O controle social nesse período pode ser tomado como a manifestação da oposição ao Estado nessas três formas discriminadas. Nesse momento, o campo da saúde acaba sendo abarcado por meio de um viés econômico, a fim de garantir o desenvolvimento do país, apresentando uma preocupação com o capital humano do trabalho.

Essa percepção fundamenta a associação da medicina com o Estado e direciona a reforma das cidades. Ao atender aos ditames do Estado no que se refere à saúde e outras políticas sociais, a população vê-se em uma postura de obediência no sentido de um regime de veridicação que usa da repressão policial violenta aos seus questionadores, e a questão social transforma-se em caso de polícia.

2.1.1 O primeiro governo de Getúlio Vargas e o Estado Novo

Ao candidatar-se à Presidência, Vargas irá às ruas para realizar a sua campanha. A apreciação do candidato pela população estabelece um novo regime de verificação, diferente do que víamos no período da República Velha. Sua chegada ao poder não ocorreria, ainda assim, por meios eleitorais, mas por meios revolucionários, de golpe de Estado.

Nesse período de Governo Vargas pós-revolução de 1930, encontraremos o conceito de governamentalidade operacionalizando o controle social. Trata-se, portanto, de um governo da população, pensando não mais em seu sentido de individualidades em separado, mas em um coletivo. O Estado, por meio da Carta Constitucional de 1934, apresenta-se como estrutura capaz de combater as desigualdades sociais, afirmando que o poder seria do povo e em nome dele seria exercido. O campo da saúde mostra-se como uma obrigação da União, e a população deve ser, então, cuidada pelo Estado, afirmando sua função de proteção, de fornecimento, e retornando a si mesmo por um conceito de necessidade.

Com base nesta linha de análise cartográfica, o controle social aparece primeiramente como controle do social. A população vê-se tutelada e protegida pelo Estado não só em termos de sua saúde, mas também de outras políticas sociais, tais como a trabalhista. A partir disso, o povo desenvolve um raciocínio que vê essa entidade como a que lhe fornece condições melhores de existência e como aquela à qual, por isso, deve gratidão e obediência. A população é assistida e paternalizada por esse Estado que lhe permite a participação política, desde que atenda aos esquadrinhamentos realizados, confirmando, mantendo e ratificando o próprio Estado.

Em termos do controle social de políticas públicas como o percebemos nos moldes atuais, ainda não verificamos o seu aparecimento nesse momento histórico. Aqui tomaremos como expressão do controle social outras estratégias de enfrentamento, surgindo, em um primeiro momento, por um enfrentamento bélico e, depois, por meio da organização de partidos políticos de oposição. Reprimidas as organizações que questionavam o poder, Vargas convencerá a população da necessidade do Estado mediante estratégias de proteção e regulação, tomadas como controle do social.

Ao contrário da *vagabundagem* combatida pela repressão violenta na República Velha, outra categoria emerge no período de governo de Vargas, a dos *sofredores*. Um dos elementos que diferencia o tipo de estratégias utilizadas é exatamente a questão do labor, do trabalho. Os trabalhadores são atendidos por uma série de políticas e benefícios que diferem quando as pessoas não pertencem a esse grupo.

Percebe-se também que a tomada de poder sobre os corpos, a estratégia biopolítica da espécie humana, estabelece um conjunto de processos que se tornam os primeiros objetos de saber e alvos de controle por meio de medidas estatísticas e indicadores demográficos. É pelo racismo de Estado que se perceberá a mudança da estratégia da soberania – não mais um fazer morrer e deixar viver, mas a inversão desse modelo, fazer viver e deixar morrer, em uma relação não de enfrentamento, mas sim do tipo biológico. Essas condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social substancializam-se na análise ao seguirem-se alguns dos rastros cartográficos da formação do Estado Novo.

Reconhecido por meio da força como chefe de um governo provisório, Getúlio toma posse em 3 de novembro de 1930, criando imediatamente dois ministérios com fins sociais: o Ministério do Trabalho e o da Educação. Uma mudança drástica no cenário político apresentava-se com a deposição dos governadores dos Estados e sua substituição por interventores designados pelo próprio Getúlio Vargas.

Pilagallo (2009b) afirma que, uma vez derrotada a elite agrária no país, emergiriam na agenda política brasileira as divergências entre os tenentes e os civis que formavam o novo governo. Esses conflitos alimentavam dois projetos políticos distintos: um de caráter mais autoritário, proveniente dos militares, e um mais liberal, proveniente dos políticos.

A conjuntura mundial de crise econômica deflagrada em 1929 com a quebra da Bolsa dos Estados Unidos favoreceu que o pêndulo se dirigisse para o modelo autoritário, inclinação de Getúlio e de seus principais assessores. A crise denunciava a falência do capitalismo associado ao livre mercado e à democracia liberal.

As transformações sociais que se operaram na sociedade brasileira com o fim da monarquia e o estabelecimento da República demandaram uma série de discursos legitimadores que buscavam reorganizar essa sociedade. De acordo com Mello et al. (2010), um desses discursos emancipatórios era o sanitarista, que, a partir do aparato positivista que embasou as mudanças sociais brasileiras, conforme mencionamos acima, procurava intervir nas questões de saúde.

Tomando por base o discurso de que a ciência é neutra, sanitaristas e Estado adquiriram o direito de intervir na vida das populações, no sentido de higienizá-las, discipliná-las e organizá-las de acordo com a lógica das novas relações sociais. Foi neste sentido que o discurso sanitarista se tornou interlocutor central entre o Estado e a sociedade, contribuindo para instituir no país a ordem política centralista e socialmente excludente (MELLO et al., 2010, p.93).

A Constituição de 1934, sequência de uma série de enfrentamentos com o Estado de São Paulo, deu fim ao governo provisório de Getúlio Vargas, e a essa solução provisória seguiu-

se um mandato de quatro anos. A Constituição de 1934, de caráter liberal, teria curta duração, por ter desagradado ao presidente e pela radicalização política que o país enfrentaria. Essa radicalização política amparava-se na própria realidade mundial; o nazismo e o fascismo estavam em ascensão na Europa; o comunismo consolidava-se na União Soviética; ao liberalismo, sobrava pouco espaço ideológico, mesmo nos Estados Unidos, com o plano de intervenção estatal denominado de New Deal (PILAGALLO, 2009b).

Conforme pudemos discutir quando falávamos do governo de Washington Luís, é a noção de população que irá inserir uma nova economia do poder político, a governamentalidade. Antes do conceito de governamentalidade apresentado por Foucault (2008a), o que encontramos é primeiramente um estado soberano que se amparava em um sistema binário da lei e que possuía o Direito como uma tática para justificá-lo.

Após esse estado soberano, o que verificamos é o estado baseado na disciplina, no qual o conhecimento sobre a população irá estabelecer um regime de verdade que determinará um comportamento normal e um anormal, apresentando uma série de técnicas adjacentes, policiais, médicas, psicológicas, que são do domínio da vigilância, do diagnóstico, da eventual transformação dos indivíduos. Vigorava, portanto, uma lógica de vigilância e de correção.

Com o aparecimento do conceito de população e das circulações possíveis, o que temos não é mais um impedimento, mas uma regulação que se apresenta como um novo regime de verdade, procurando a minimização dos efeitos negativos, já que estes não serão suprimidos. Trata-se de uma estimativa de probabilidades dentro de um limite que será considerado aceitável em um determinado contexto. Esse estado governamentalizado que irá ocupar-se da população mantém ainda o jogo da lei e da disciplina – não os exclui, mas os reatualiza.

Sendo assim, como pensar o controle social nesse contexto? Ele deverá ser, portanto, uma forma de economia política exercida por essa regulação, não mais pelas individualidades em separado, mas por um coletivo.

Encontramos, então, nos dizeres de Fausto (1995), um país agrícola sem mercado, com o desemprego manifestando-se nas grandes cidades e os oligarquistas em conflito constante com os tenentistas. A centralização governamental também se dirigiu à economia, como se pode verificar nas questões relacionadas ao café.

A Constituição de 1934 configurou-se como documento que procurava determinar os novos rumos de uma nação que estava desde 1930 sob um governo provisório que havia tomado o poder. Entre os posicionamentos ditatoriais e os democráticos, desejava-se que as formas de governo, no que tange a estratégias de governamentalidade, estivessem mais uma vez claramente delimitadas.

Do ponto de vista formal, inspiraram-se os estadistas de então na Constituição de Weimar, de 1919, e na Constituição Republicana espanhola, de 1931. Buscava-se a racionalização do poder. De acordo com as atas das reuniões da Constituinte apresentadas por Poletti (2012), o intuito da Carta Constitucional era não se basear na carta constitucional anterior e, assim como as demais cartas que se apresentavam pelo mundo, possuir, como base de suas discussões, o propósito de acabar com as desigualdades sociais.

A Carta Constitucional de 1934 (POLETTI, 2012) afirma em seus primeiros artigos que todos os poderes emanam do povo e em nome dele são exercidos. O que se percebe, portanto, pelo menos em tese, é uma estratégia política de governo da população em que está em jogo o empoderamento da população como razão e fundamento da existência do governo.

O campo da saúde é apresentado à nação como uma obrigação da União e dos Estados, que devem trabalhar concomitantemente para alcançar os seus objetivos. Logo abaixo, em seu décimo artigo, a Constituição ainda afirma que, além de ser cuidada pelo Estado, a população deve receber a instrução pública em todos os seus graus, o que nos chama bastante a atenção em termos da natureza e da qualidade dessa educação, posto que uma população bem informada não deva, em princípio, concordar imediatamente com o *status quo* vigente, elemento almejado por essa administração.

Tomando o poder como um exercício determinado, como atuação, o que podemos compreender é que se apresenta o campo de saúde como uma estratégia de poder e verdade que se repete em outras áreas, como a trabalhista. Assim, a população também é um campo que precisa ser cuidado pelo Estado.

Nesse sentido, o Estado, de certa forma, justifica-se pelo conceito que Michel Foucault (2008a) apresenta. O poder é um conjunto de mecanismos e procedimentos que têm como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder. O Estado coloca-se como necessário, como protetor, como fornecedor e, assim, utiliza-se de uma estratégia que flerta com a sua própria continuidade, como um retorno a si mesmo.

Além de retornar a si mesmo, analisemos os seus posicionamentos até aqui. Em primeiro lugar, enfrenta militarmente o Estado mais rico do país e demonstra aos demais o seu poderio bélico, mas, ao mesmo tempo em que divulga esse poderio, percebe a necessidade das riquezas desse Estado e, assim, aprova e promulga leis e decretos que estavam em pauta nas discussões dos revoltosos e do próprio clamor popular. Ameaças e aproximações dão o tom dessas primeiras manifestações.

Em segundo lugar, há a aproximação com o sagrado, componente bastante relevante de compreensão da cultura brasileira. Ao não se manifestar de maneira laica, o estado de

segurança beneficia os componentes religiosos, transforma o ensino religioso em possível e indicado e declara ao país essa relação, que se apresenta sólida como concreto, tal qual uma estátua a vigiar do alto a nação. Ao aproximar-se e aliar-se ao sagrado dessa maneira, obtém sobre os seus uma aura de benevolência e de iluminação.

Em terceiro lugar, tem-se a política trabalhista, que não só se apresenta como de caráter inovador em relação à República Velha, mas como estratégia de possibilidade de perseguição dos partidos de esquerda, que dificultavam a adesão dos trabalhadores ao governo difuso, um ato voluntário de dificultar os atos organizatórios das classes trabalhistas fora do contexto da vigilância governamental. Um normal e o anormal, disciplina no estado de segurança, vigilância e correções, controle social do governo em direção à população (FOUCAULT, 2008a).

O título III da Constituição de 1934, a partir do seu artigo 106, estabelece quem são os brasileiros e que, em determinados casos, essas pessoas podem ser desconsideradas como tal. Interessante ressaltar que o artigo 108 aponta, inclusive, que homens e mulheres acima de 18 anos podem e devem participar da vida pública eleitoral do país, desde que não sejam analfabetos ou mendigos.

Essa exclusão caracteriza, assim, uma estratégia de governo da população. Não se reprimirá mais a participação política, mas ela será regulada. Dessa forma, percebemos um mecanismo e um estado de segurança. Não se diz mais *não há mais eleitores*, e sim que *há eleitores, mas estes precisam estar determinados e autorizados*, reconhecidos, e nisso percebemos as matizes dos mecanismos disciplinares em jogo.

Ora, nem todos são iguais perante suas condições; pode-se, sim, ser igual aos demais, desde que seja alfabetizado e não resida ou estabeleça vida nas ruas. A estes em situação de sofrimento social, cabem a políticas públicas, que devem auxiliá-los. Novamente, vemos em cena o estabelecimento de critérios de controle do social (do Estado à população), tais como o aparelho repressivo da República Velha.

Porém, ao contrário da *vagabundagem* apontada por Patto (1999), que convocava a repressão, na maioria das vezes violenta, vemos outro enunciado, o dos *sofredores*. É a estes indivíduos que vão se dirigir outras estratégias de localização, de alocação, de direcionamento a políticas sociais. Os direitos políticos também poderiam ser perdidos por incapacidade civil ou pela realização de atos criminosos. Outra estratégia, o estabelecimento de novos enunciados, os incapacitados em termos civis e os criminosos. Para estes direcionam-se não só as políticas sociais, mas conjugadas a elas, a perda dos direitos políticos.

Os sindicatos e as associações profissionais, formas de articulação da população civil, são considerados legais (artigos 120 e 121) e deve haver, a partir da Carta, uma lei que assegure

o amparo da produção e as condições de trabalho na cidade e nos campos para a proteção social do trabalhador e garantia dos interesses econômicos do país. Além de uma série de conquistas trabalhistas que são apresentadas no artigo 121, há a menção de uma “h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a essa descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego” (POLETTI, 2012, p.134).

Os incapacitados sociais, os criminosos, os analfabetos e os que vivem nas ruas são direcionados às políticas assistenciais e à perda dos direitos; já os trabalhadores, pela lógica da produção, e as gestantes, duplamente produtoras – de trabalhos e do acréscimo de novos cidadãos produtivos –, desde que alfabetizados, são categorizados e conceituados como cidadãos.

Para além da assistência médica, que não deixa de apresentar uma base econômica, há a instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor de alguns casos específicos, como a velhice, a invalidez, a maternidade, os acidentes de trabalho ou a morte (POLETTI, 2012). O artigo 138 da Carta de 1934 fornece uma visão interessante sobre o que se considerava a esfera de atuação pública, nas três esferas do governo:

a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar; b) estimular a educação eugênica; c) amparar a maternidade e a infância; d) socorrer as famílias de prole numerosa; e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; f) adoptar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbilidade infantis; e de hygiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociais (POLETTI, 2012, p. 137).

No século XVIII, o discurso da história foi praticamente responsável por fazer da guerra o analisador principal das relações políticas – o discurso da história, e não o do Direito, tampouco o da teoria política. É a partir da Revolução, diz Foucault, que esse elemento da guerra, constitutivo da inteligibilidade histórica do século XVIII, vai ser eliminado ou reduzido, apaziguado ou civilizado.

A história fizera surgir o grande perigo de que ficássemos presos numa guerra infundável, de que todas as nossas relações (sejam elas quais forem) sejam sempre da ordem da dominação. Esse perigo será encaminhado a uma ótica de reconciliação (um apaziguamento final), não em um equilíbrio bom e verdadeiro, que era desejado pelos historiadores do século 18.

Isso, essa inversão, nas palavras do próprio Foucault (2005), é um emburguesamento da história. A guerra não seria mais condição de existência da sociedade e das relações políticas,

mas requisito de sua sobrevivência em suas relações políticas, um caráter para a guerra não mais constitutivo, mas protetor e conservador. “Vai aparecer, nesse momento, a idéia de uma guerra interna como defesa da sociedade contra os perigos que nascem em seu próprio corpo e de seu próprio corpo; é, se vocês preferirem, a grande reviravolta do histórico para o biológico, do constituinte para o médico no pensamento na guerra social” (FOUCAULT, 2005, p.258).

Depois de discutir o desaparecimento da guerra na análise histórica pelo princípio da universalidade nacional, Foucault (2005) procurará mostrar como o tema da raça vai ser retomado em algo muito diferente, que é o racismo de Estado. Ele diz que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi a assunção da vida pelo poder, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de estatização do biológico.

Na teoria clássica da soberania, o direito de vida e de morte era um de seus atributos fundamentais – o soberano pode fazer morrer e deixar viver. Então, vida e morte não são desses fenômenos naturais, não estão fora do poder político, uma vez que o súdito não está nem morto nem vivo. Ele é neutro, e a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade do soberano, o que seria um paradoxo teórico.

O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar. Então, em última análise, o direito de matar é que detém em si a própria essência desse direito de vida e morte. É devido ao fato de o soberano poder matar que ele exerce seu direito sobre a vida, um direito de espada.

E eu creio que, justamente, uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu, não digo exatamente em substituir, mas em completar esse velho direito da soberania – fazer morrer ou deixar viver – com outro direito novo, que não vai apagar o primeiro, mas vai penetrá-lo, perpassá-lo, modificá-lo, e que vai ser um direito, ou melhor, um poder exatamente inverso: poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer. O direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala: o direito de fazer viver e de deixar morrer (FOUCAULT, 2005, p.287).

Contudo, essa transformação não foi súbita e pode ser rastreada. Essa tese de vida e morte pode ser encontrada na teoria do Direito dos séculos XVII e XVIII. Os súditos escolhem um soberano por perigo ou necessidade, ou seja, para manter-se a vida. Porém, essa transformação sobre a qual Foucault deseja versar não é a questão do pensamento político, e sim o nível dos mecanismos, das técnicas, das tecnologias de poder. Neste ponto, encontramos algumas coisas familiares, como as técnicas de poder voltadas diretamente aos corpos que precisavam ser distribuídos espacialmente e organizados de modo a haver um campo de visibilidade (também nos séculos XVII e XVIII). Desse modo, a tecnologia disciplinar do trabalho também se instaura no final do século XVII e início do século XVIII.

Na segunda metade do século XVIII, Foucault crê aparecer outra tecnologia de poder que incorpora essa primeira, mas não suprime a disciplinar por estar em outro nível, com outros instrumentos, e ela não se dirige ao corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser-vivo, ao homem-espécie. Essa nova tecnologia dirige-se à multiplicidade dos homens, mas no sentido de que eles formam uma massa global afetada por processos de conjunto que são próprios da vida.

A primeira tomada de poder sobre os corpos ficou denominada de anátomo-política, mas essa nova estratégia foi denominada de biopolítica da espécie humana. É um conjunto de processos (nascimentos, óbitos, natalidade, mortalidade, entre outros) que, a partir do século XVIII, juntamente com outros problemas, formará os primeiros objetos de saber e os alvos iniciais de controle. Nesse momento, surgem as medidas estatísticas desses fenômenos, com as primeiras demografias. Trata-se da observação dos procedimentos que eram efetivamente colocados em execução na sociedade perante a natalidade (poderia ser outro fenômeno), servindo de esboço de uma política específica (de natalidade ou outra) ou, como se poderia dizer, de esquema de intervenção nesses fenômenos globais.

A preocupação não é mais epidêmica, e sim endêmica, ou seja, com forma, natureza, extensão, duração e intensidade das doenças reinantes numa população. Tais fatores são considerados como permanentes na subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias e custos econômicos, tanto pela produção não realizada quanto pelos tratamentos que podem custar. Não é mais a morte brutal, mas a que se introduz sorrateiramente na vida, diminuindo-a e enfraquecendo-a (FOUCAULT, 2005).

Ainda de acordo com Foucault (2005), esses problemas assim originados levarão a uma medicina de higiene pública e à preocupação com natalidade, fecundidade e morbidade. Outro campo de intervenção é a velhice, o indivíduo que cai para fora do campo da atividade, e, de outra parte, os acidentes, as enfermidades e as anomalias diversas.

Sobre essa problemática, a biopolítica inserirá instituições de assistência (que existiam antes vinculadas à Igreja), e os mecanismos mais sutis, mais racionais aparecem, como seguros, poupança individual e coletiva, seguridade, entre outros.

A última área para a qual Foucault irá chamar a atenção (há muitas outras, ele mesmo diz) será a relação do homem, enquanto espécie e ser vivo, com o seu meio de existência e a relação desse meio com a população, no sentido de que esse meio é alterado pela própria população, que surge como problema político-científico de poder. Em termos da natureza dos fenômenos levados em consideração, trata-se de fenômenos coletivos que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos no nível da massa, que são aleatórios e imprevisíveis no

campo individual, mas que se apresentam constantes no plano coletivo. A biopolítica direciona-se, portanto, aos acontecimentos aleatórios que ocorrem em uma população.

Essa tecnologia de poder vai instalar mecanismos muito diferentes dos disciplinares, uma vez que os mecanismos da biopolítica se encarregam de previsões, estimativas estatísticas, de medições globais. Contudo, as intervenções não estarão no campo individual, mas nas determinações desses fenômenos gerais, no que eles possuem de global. A ideia não é a de uma disciplina, mas a de uma regulamentação, de maneira que os eventos permaneçam dentro de uma normalidade.

Na biopolítica, então, ao contrário do que se estabelecia na soberania com o fazer morrer e deixar viver, aparecerá aqui um poder contínuo e científico, que é o de *fazer viver*, fazer viver e deixar morrer. Uma das provas da manifestação desse poder, de acordo com o filósofo francês, está na desqualificação progressiva da morte (cada vez mais escondida, cada vez mais considerada um tabu, direcionada ao espaço privado), que ocorre devido à mudança da tecnologia do poder; nessa visão, ela passa a ser a extremidade do poder, o seu termo, o seu fim, e percebe-se que o poder não se exerce sobre a morte, e sim sobre a mortalidade (FOUCAULT, 2005).

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprio. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (FOUCAULT, 2005, p.301-302).

O elemento que circula entre a disciplina e a regulamentação é a *norma*, que vai se aplicar ao corpo e à população. A sociedade de normalização não é uma sociedade disciplinar exagerada na qual as instituições teriam se alastrado ao máximo. Essa sociedade é aquela sobre a qual se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação. “Portanto estamos num poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o pólo do corpo e o pólo da população “ (FOUCAULT, 2005, p.302-303).

A partir da página 303 do seu texto *Em Defesa da Sociedade* (2005), Foucault interroga-se: como um poder que deseja fazer viver pode ao mesmo tempo deixar morrer? Como exercer o poder da morte e sua função em um sistema político centrado no biopoder? É nesse ponto que iria incidir o racismo, elemento inserido nos mecanismos de Estado pela

emergência do biopoder; nesse momento, trata-se do racismo como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados Modernos.

Com efeito, que é o racismo? É, primeiro, o meio de se introduzir afinal, nesse domínio da vida que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação e certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (FOUCAULT, 2005, p.304).

A primeira função do racismo, então, é provocar separações no interior do contínuo biológico, dividir a espécie em subgrupos, as raças. Sua segunda função é permitir uma relação positiva (*quanto mais você matar, mais você fará morrer* ou *quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá*), e essa relação não é uma criação do racismo ou do Estado Moderno, é a relação guerreira. Contudo, o racismo a coloca de outra maneira dentro da esfera do biopoder, não mais uma relação de enfrentamento, mas sim uma relação do tipo biológico.

Quanto mais as raças degeneradas deixarem de existir, mais a população será sadia e pura. “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização [...] A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo do biopoder, pelo racismo” (FOUCAULT, 2005, p.306). Justifica-se matar em nome da vida, em nome da proteção.

Por tirar a vida, Foucault (2005) não compreende só o assassínio direto, mas também o indireto, o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição. Houve um casamento direto entre a teoria biológica do século XIX e o discurso do poder. Desse modo, o evolucionismo no sentido lato tornou-se uma forma científica de pensar as relações de colonização. Da mesma forma, a necessidade das guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental configuram a história da sociedade com as suas diferentes classes. O racismo desenvolve-se primo da colonização, com o genocídio colonizador; quando for preciso matar pessoas, populações e civilizações, isso se fará nos temas do evolucionismo, mediante um racismo (FOUCAULT, 2005).

A guerra, a partir disso, não será mais destruir o adversário político, mas a raça adversa, essa espécie de perigo biológico representado. A guerra será, no final do século XIX, uma maneira de fortalecer a raça, eliminando a raça adversa ao regenerar a própria raça.

Quanto mais numerosos forem os que morrerem entre nós, mais pura será a raça a que pertencemos [...] Portanto, o racismo é ligado a um funcionamento de Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano. A justaposição, ou melhor, o funcionamento através do biopoder,

do velho poder soberano do direito de morte implica o funcionamento, a introdução e a ativação do racismo. E é aí, creio eu, que ele se enraíza (FOUCAULT, 2005, p.308-309).

A população assim esquadrinhada servirá a processos específicos de governamentalidade, a qual se dará por regulações, e a população será um elemento estratégico da própria razão de Estado. Há diferentes estratégias, como pudemos demonstrar, para diferentes grupos sociais.

A Carta Constitucional brasileira de 1934, portanto, denuncia-se como uma Constituição que engendra a guerra para além do enfrentamento dos guerreiros, um confronto que se dá entre a raça detentora de regalias e aquelas não tão privilegiadas ou que não fossem originárias do nosso próprio país. Essas características eugênicas dessa Constituição são o que fará surgir a classificação de nazista ou fascista, conforme menciona Filho (1996). O que percebemos é que denominá-la de nazista pelo viés foucaultiano a difere claramente das ideias deste autor.

Há também nesta Carta Constitucional toda uma indicação sobre a educação e cultura e como estas devem ocorrer desde o ensino denominado de primário até a educação superior (artigos 148 a 158), tratando, inclusive, sobre as formas de financiamento desta educação.

Pois bem, essa Constituição multifacetada em termos de orientação de um Estado governamentalizado estabelecerá um claro intento de federalização e, nesse sentido, uma valorização nacionalista da pátria. Essa Constituição, além do que dela se esperava, direciona-se de maneira bastante peculiar à questão social, o que não aparecera anteriormente nas demais constituições.

No primeiro momento, abandona-se o laicismo da Constituição de 1891. Para tanto, o preâmbulo da nova Constituição institui que os seus redatores confiavam na figura divina, atendendo ao sentimento religioso da quase totalidade do povo brasileiro.

As articulações das políticas sociais que fortalecem o Estado transformam-no em algo necessário, justificam-no e autorizam-no por meio de uma população brasileira que terá nessa estratégia governamental o papel de confirmar, de manter, de ratificar a existência do próprio Estado. Tal população vê-se então paternalizada, no sentido de que, tomada em sua noção de conjunto, se enxerga assistida e autorizada a participar da vida política do país, desde que não se situasse nas categorias que lhe imputassem o não-direito a essa participação.

A emergência do funcionalismo público, do voto feminino e do próprio voto em si e a permissibilidade religiosa de um Estado que se conceitua como confiante da aprovação divina garantem novos lócus de participação política, mas não asseguram o que se conhece atualmente

como controle social das políticas públicas. A população encontra-se cuidada por pessoas tementes à figura divina que retomam nessa afirmação o conceito soberano de que o governo salvará as almas. Há um processo de inclusão, mas que traz associado a ele políticas diferentes para grupos diferentes, por um esquadramento que categoriza a população em cidadãos e não-cidadãos.

O Estado em Getúlio (nesta sua primeira passagem e tomando como referência a Carta Constitucional) é tutelar. Por isso, justifica-se em termos de sua existência por esse papel provedor. Trata-se de uma estratégia clara de poder e de exercício do Estado no sentido de sua manutenção.

Como já foi mencionado, inserida na Carta Constituinte, a Declaração dos Direitos e Garantias Individuais proclamava que os sujeitos brasileiros eram iguais perante a lei, não podendo ser discriminados por motivos de nascimento, sexo, raça, opção religiosa, profissão própria ou dos pais, opção política e outros caracteres, além de não poderem receber privilégios devido aos mesmos motivos.

Pelo próprio histórico governamental pré e pós-Constituinte, apresenta-se um novo regime de verdade, que possui como elemento idiossincrático a conjugação simultânea de processos de inclusão e exclusão, de sujeitos participativos e de sujeitos tutelados. A inclusão dá-se pela emergência da igualdade jurídica, mas apresenta-se como forma de exclusão e, de certo modo, eugênica pelas categorizações das táticas diferenciadas. Esse binômio assim conjugado parece repetir-se na estrutura do que se conhece atualmente como Sistema Único de Saúde (em termos de igualdade e acessibilidade, por exemplo), mas a isso atentaremos nossos olhares *a posteriori*.

A Constituição de 34 representou um progresso na direção do realismo constitucional, no cotejo com o idealismo de 1891. Não obstante tenha se perdido em normas programáticas, as quais, embora de valor ideológico, resultaram em ineficácia. Foram sonhos irrealizados. Em face disso, a socialização ou a social-democracia, apesar de permanecerem historicamente nos textos constitucionais, continuam na dependência da realização econômica da sociedade e do desenvolvimento cultural do povo (POLETTI, 2012, p.42-43).

A 15 de julho de 1934, após a aprovação da nova Carta Constitucional, Getúlio Vargas seria escolhido presidente de maneira indireta e deveria continuar o seu mandato até o ano de 1938, quando eleições diretas escolheriam o novo presidente, fato que não chegaria a acontecer. A Constituição será então, como teorizam alguns autores, como Pilagallo (2009b) e Poletti (2012), completamente desconsiderada em pouco tempo. Como veremos adiante, até o ano de 1937, alguns elementos irão alterar consideravelmente a organização política brasileira e, conseqüentemente, as suas estratégias de governamentalidade.

Mesmo com a aprovação da Carta Constitucional de 1934, que parecia preparar o país para um governo democrático, a população começava a demonstrar suas inquietações frente às estratégias de governamentalidade de Getúlio Vargas. Sua oposição ou, como denominamos, seu controle social manifestava-se ciente do poderio bélico desse governo que derrotara em campo de batalha o Estado de São Paulo. Ciente dessa força, sua estratégia foi arregimentar-se de forma não-armada, ou seja, por meio da criação de dois partidos políticos; um deles claramente composto por diversos setores sociais e formações políticas (que acolheram os ideais comunistas), a ANL, e outro com posicionamento anticomunista e antiliberal, a AIB.

Em termos da saúde pública, o que se apresentava como entendimento na época anterior ao Estado Novo é a existência de um Ministério da Saúde conjunto com o Ministério da Educação. Esse ministério conjunto estabelecerá em 1930 uma ampla remodelação dos serviços sanitários do país, de acordo com Filho (1996). Essa reorganização tinha o intuito de atender à centralização administrativa do governo provisório, anunciando um compromisso de zelar pelo bem-estar sanitário da população.

A intenção intervencionista foi recebida de maneiras diferentes, consonantes com a realidade sanitária de cada local – bem-vinda nos locais que dispunham de pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar e desnecessária nos locais que dispunham de serviços de saúde organizados (no caso dos Estados com melhores situações financeiras), por burocratizar o funcionamento da atenção à saúde. O Estado de São Paulo, por exemplo, já apresentava um sistema de saúde criado pelo higienista Geraldo de Paula Souza, no qual os centros de saúde atendiam e orientavam enfermos, funcionando como porta de entrada para o internamento hospitalar. Tratava-se de “[...] um sistema de saúde pública descentralizado e ajustado às questões sanitárias próprias de cada região do Estado” (FILHO, 1996, p.31).

As reformas de Vargas conduziram ao fim esse sistema descentralizado. Em lugar da demanda já identificada, orientava-se o tratamento de enfermidades específicas, como o tracoma (doença infectocontagiosa que conduzia à cegueira ou perda de visão), a lepra e a ancilostomose (doença endêmica que ataca o intestino humano causando quadros anêmicos), porém, sem atender às necessidades impostas por outras patologias que acometiam a população, tais como a tuberculose e doenças da infância.

Ainda de acordo com Filho (1996), os profissionais médicos foram sendo excluídos das decisões sanitárias, que passaram a ser conduzidas por políticos e burocratas de pouco conhecimento técnico na área de saúde que possuíam como responsabilidade a condução do projeto higienista construído pela assessoria presidencial. As críticas ao sistema eram tomadas como “comunistas”, com todo o peso que esse conceito tinha na época, conforme visto

anteriormente. Concentrados em si mesmos pela exclusão do comando das políticas de saúde, os médicos dedicavam-se à “[...] defesa e expansão dos privilégios que beneficiavam a própria categoria, como a criação de um código deontológico – O Código de Moral Médica – que refletia os valores políticos e sociais do momento” (FILHO, 1996, p.32).

Em termos de controle social, o que se percebe é uma alternância das estratégias de governamentalidade, do governo da saúde da população. Há uma preocupação com o coletivo, e não com as questões individuais, uma preocupação de regulação dos casos e das patologias que devem ser combatidas.

Essa inquietação torna-se, assim, denunciada nas políticas de saúde, pois se baseia na inversão que discutimos anteriormente, quando a guerra deixa de ser uma condição de existência da sociedade e das relações políticas e passa a ser pensada como uma condição de sobrevivência, uma questão de proteção e conservadorismo da própria sociedade. A estratégia que se encontra por detrás do projeto higienista é uma estratégia de um dispositivo de segurança, calcado já no conceito de uma população, mas uma população sobre a qual incidirá uma mentalidade governamental específica. É uma população a ser protegida dos perigos por um Estado que se apresenta como necessário e como seu tutor, capaz de protegê-la dos perigos que nascem em seu próprio corpo e dele próprio – como diz Michel Foucault (2005), uma reviravolta do histórico ao biológico.

Ao que pese, não houve movimentação da sociedade civil contra o golpe de Getúlio em 1937, e mesmo os intelectuais apoiavam o movimento, uma vez que havia um claro regime de verificação contrário ao liberalismo econômico e político (a democracia representativa). Mais uma vez, o dispositivo militar desequilibrava a balança política nacional. Do lado do governo, Góis Monteiro e Eurico Gaspar Dutra representavam o apoio militar ao golpe silencioso, um apoio que nasceu devido à crise das instituições militares e que teria se agravado com o tenentismo, que subvertera a hierarquia pela participação dos tenentes em cargos governamentais.

Em 1937, anunciada no mesmo dia do golpe, a nova Constituição fornecia uma base fascista, assimilada do movimento em voga na Europa, especialmente embasada no ideário do português António Salazar. Nas palavras de Francisco Campos, relator da Constituição de 1937, o que se via em todo o mundo era uma crise de autoridade, e a disputa não se daria mais nos quadros clássicos de uma democracia liberal. As instituições políticas sofriam com ameaças de destruição, e para o combate desses desejos, era necessário que o Estado se armasse contra os partidos extremados.

Cabe referendar que Francisco Campos, autor da nova Carta Constitucional, a defenderia dessa aura fascista, argumentando que a Carta assegurava o funcionamento do Poder Judiciário e a estabilidade dos funcionários públicos, além de questões relacionadas à aposentadoria, à possibilidade de o Parlamento processar o presidente e à maior autonomia assegurada aos Estados da Federação (PORTO, 2012).

Foucault, em sua obra *Segurança, Território e População* (2008a), discorre sobre a passagem da pastoral das almas ao governo político dos homens. De acordo com o filósofo, essa passagem deve ser situada nesse grande clima geral de revoltas e insurreições de conduta. O século XVI não assiste a um fim do pastorado nem a uma transferência maciça e global das funções pastorais da Igreja para o Estado – trata-se de um fenômeno mais complexo. De um lado, há a intensificação do pastorado religioso (torna-se cada vez mais intervencionista a partir da Reforma e da Contrarreforma) e, do outro, um desenvolvimento da condução dos homens fora até da autoridade eclesiástica. De acordo com Foucault, portanto, não houve passagem do pastorado a outras formas de conduta, mas sim uma intensificação e proliferação dessa forma de conduta, para o soberano inclusive, e, para além dele, surge o problema da pedagogia e da instituição das crianças, o prisma por meio do qual os problemas de condução são percebidos.

A questão que se manifesta é: em que medida quem exerce o poder soberano deve encarregar-se de tarefas novas e específicas que são as do governo dos homens? Dois problemas de imediato: 1) De acordo com qual racionalidade, com qual cálculo, que tipo de pensamento, será possível governar os homens no âmbito da soberania – Problema de racionalidade; 2) Problema do domínio e dos objetos: o que deve ser objeto desse governo dos homens. Esse problema da racionalidade é denominado por Foucault (2008a) de razão governamental ou de razão de Estado.

Ao citar São Tomás de Aquino e a Escolástica, Foucault dirá que não há descontinuidade entre a soberania e o governo, uma vez que este último se apresenta como uma continuidade do domínio de Deus na terra.

A segunda continuidade tem a ver com a natureza, pois o governo conduzirá o homem ao seu bem no sentido do bem comum. Surge, então, a analogia do rei com a força vital de um organismo.

A terceira comparação é a continuidade com o pastor e com o pai de família ao governar para cada um, para que a salvação eterna seja permitida. Foucault (2008a) sugere que é esse *continuum* (de Deus ao pai de família) que será quebrado no século XVI. Com o aparecimento da *res pública* (coisa pública) e a separação da natureza do tema governamental, a soberania ocupa-se do governo e da razão que lhe permita a existência, a razão do Estado.

No Estado brasileiro, ao ocupar-se da *res pública*, o governante Getúlio Vargas encontra a razão do Estado na condução dos homens à paz política e social, encontra sua razão no tutelar dessa população, que deve ser assim abarcada pelo governo. Abarcada no sentido de ser ainda salva, em uma continuidade com a ideia ou mentalidade pastoral; eis aí a continuidade manifesta.

No exercício do poder desse Estado Novo, surge a figura de *pai dos pobres*, epíteto que acompanhará a trajetória política de Getúlio Vargas e que se consolidará. Vargas exercerá essa função por meio de uma normatização que se direcionará a essa população. Denominando-se esse direcionar-se à população como uma forma de controle do social, ele irá reprimir as articulações sociais que pudessem questionar o exercício do poder (como os partidos políticos), convencendo a população por meio de estratégias específicas de proteção e regulação. No meio de um Estado de segurança, portanto, regula-se a população mediante estratégias específicas, conquanto o governante manifeste em si mesmo elementos pastorais e de uma função soberana.

Muito se diz da Constituição de 1937 em termos de sua aproximação com a Constituição polonesa de 1935. Entre as principais aproximações, está a determinação do presidente como autoridade única e principal do Estado, porém, diferentemente de sua *versão polaca*, a Carta Constitucional brasileira situava essa autoridade como falível e capaz de ser processada caso apresentasse decisão que fosse julgada como contrária ao país, que “[...] atentasse contra a existência da União, a Constituição, o livre exercício dos poderes políticos, a probidade administrativa, a guarda e emprego dos dinheiros públicos e a execução das decisões judiciais” (PORTO, 2012, artigo 85).

Getúlio afirmava, na outorga dessa Constituição, o interesse em assegurar a paz política e social, elemento que ele havia de certa forma obtido ao conseguir anular a sua oposição tanto à extrema esquerda quanto à direita. Mesmo nessa que era então a quarta constituição nacional, não se versava sobre partidos políticos. As reuniões de pessoas, de um processo de convivência pacífica (como no modelo inglês), transformaram-se, no período do Estado Novo, em agrupamentos de pessoas que viam os seus contrários como *inimigos*, visão que se embasava na expansão nazifascista europeia e na consolidação do comunismo na União Soviética. Ao tempo das ameaças, os primeiros dizeres da carta de 1937 são enfáticos.

Attendendo a que, sob as instituições anteriores, não dispunha o Estado de meios normaes de preservação e de defesa da paz, da segurança e do bem estar do povo; Com o apoio das forças armadas e cedendo ás inspirações da opinião nacional, umas e outras justificadamente apprehensivas deante dos perigos que ameaçam a nossa unidade e da rapidez com que se vem processando a decomposição das nossas instituições civis e politicas; Resolve assegurar á Nação a sua unidade, o respeito á sua honra e á sua independencia, e ao povo brasileiro, sob um regimen de paz politica

social, as condições necessárias á sua segurança, ao seu bem estar e á sua prosperidade (PORTO, 2012, p.58).

Nos dizeres da Carta Constitucional, alguns elementos destacam-se claramente. O Estado demonstra sua razão na preservação e na defesa da paz, da segurança e do bem-estar do povo. Essa razão de Estado apresenta-se com a estratégia de utilização das forças armadas, o que se justificaria por ser isso uma manifestação da *opinião nacional*. Eis aqui um elemento interessantíssimo: não se governa dessa forma por quaisquer motivos, mas sim por ser esse o desejo da nação, o desejo de uma nação que vê a si mesma como ameaçada na dissolução das instituições civis e políticas.

A estratégia e o regime de veridição divulgam uma nação ameaçada em sua unidade, honra e independência, e justificam-se, assim, os posicionamentos tomados por aqueles que se encontram no exercício do poder. Para além do conceito de nação, emerge o conceito de população, e a essa o poder diz: *A vocês, fornecerei um regime de paz política e social, assegurando as condições necessárias para a segurança, o bem-estar e prosperidade*. Eis o regime de veridição, eis as estratégias que se coadunam com ele.

Parece-nos clara a ideia de que a população deveria ser protegida das ameaças que a rondavam; para tanto, poderia espelhar-se em seu protetor mor, o presidente da República, este que não pouparia esforços para assegurar a identidade nacional. Como protetor, é sua voz que dirá dos caminhos, pois ele está lá à frente para dizer da segurança e da viabilidade. O Brasil apresenta-se como uma República na qual o poder emana do povo e é exercido por ele, no interesse do seu bem-estar, honra, independência e prosperidade, como diz a redação do documento.

Em termos de controle social, ou seja, da participação popular, pode-se dizer que a impressão que a própria Carta Constitucional nos transmite é que ao povo cabe o direito ou dever de representatividade e, após isso, uma postura clara de submeter-se aos seus protetores, tendo como maior expressão o próprio presidente da República. O presidente, então, é a figura protetora, detentora do poderio das forças armadas como seu recurso utilizado para fornecer proteção. É a ele que o olhar da população deve dirigir-se em termos de sua existência segura e amparada. O Estado brasileiro apresenta-se como um Estado de segurança, que regula os processos de uma população, que não podem mais ser impedidos, tal como ocorria em um Estado disciplinar.

Assim, o Estado brasileiro deve ser soberano, e mesmo o conceito de um Brasil Colônia é evocado no sentido de dizer que a estratégia de governamentalidade visa a assegurar a independência do país, que possui como marco histórico o ano de 1889, conforme vimos

anteriormente. Tal como os Estados europeus, há uma preocupação com as fronteiras da nação em relação aos demais países.

Ora, o exercício do poder aqui estabelece, como já dissemos, um regime de verificação por meio do qual a população se identifica (é colocada a identificar-se) e precisa ser protegida. Então, mediante essa estratégia, fundamenta e justifica as estratégias do poder. Não se trata somente de uma questão de conhecimento e informação, mas de uma forma de pensar e de posicionar-se. Trata-se do poder produtivo, produzindo subjetividades, formas de pensar e de posicionar-se politicamente em favor dessa razão de Estado, dessa governamentalidade.

Toca-se nesse assunto porque o estabelecimento de um ambiente de votação que legitime determinadas ações parece ser uma estratégia interessante; não é lugar comum, mas uma estratégia que se desloca e se articula a outros elementos. No Estado Novo, era um Estado totalitário; na Constituição de 1988, transfigurou-se como uma suposta democracia, sobre a qual desaguarão os conselhos municipais e estaduais de saúde.

No que tange especificamente à área da saúde, estas e apresenta como campo a ser determinado pela União, de acordo com o artigo 16, item 17 da Carta Constitucional. Caberia à União uma série de responsabilidades, entre elas, versar sobre “Normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” (PORTO, 2012, p.61).

Não há qualquer menção de definição de metas ou os motivos que conduzem a essa ênfase sobre a saúde da criança na Carta Constitucional, o que estabelece uma questão deveras interessante. A população será alcançada por meio de uma política e de uma forma de atenção organizada para ela, em prol dela, mas sem a sua participação para além da função de *usuária*.

No que se refere à responsabilidade estadual sobre a área da saúde, a Carta Constitucional estabelece ainda que os estados podem criar leis específicas, principalmente em favor de suas particularidades. No artigo 18, item c, encontramos a possibilidade dessa legislação sobre “assistência pública, obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais” (PORTO, 2012, p.62). Mesmo com a abertura da legislação estadual, não se percebe o intuito de uma consulta ou participação popular no foro específico.

Podemos dizer que não há controle social ou participação popular na construção das políticas sociais de atenção à saúde. É a União que estabelece uma ênfase na saúde da criança, é ela que determina as normas fundamentais de defesa e proteção da saúde. O próprio termo *defesa* diz desse lugar de ameaça que o indivíduo vê formar-se e que já apresentamos quando dissemos da discussão que Foucault apresenta sobre a possibilidade de fazer viver e deixar morrer. Percebe-se que essa ameaça insere nas estratégias de governamentalidade um racismo:

“[...] a idéia de uma guerra interna como defesa da sociedade contra os perigos que nascem em seu próprio corpo e de seu próprio corpo; é, se vocês preferirem, a grande reviravolta do histórico para o biológico, do constituinte para o médico no pensamento na guerra social” (FOUCAULT, 2005, p.258).

A segunda conformação de poder sobre os corpos, denominada de biopolítica, ao contrário da primeira, nomeada de anátomo-política, é uma tecnologia que, como dissemos anteriormente, não se dirige aos corpos, mas aos homens vivos. Essa preocupação não mais epidêmica, e sim endêmica, que se dirige aos homens como multiplicidade, preocupa-se com forma, natureza, extensão, duração e intensidade das doenças reinantes numa população. Também está relacionada a fatores permanentes de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto pela produção não realizada quanto pelos tratamentos que pode custar – não mais a morte brutal, mas a que se introduz sorrateiramente na vida, diminuindo-a e enfraquecendo-a.

Esses problemas assim originados levarão a uma medicina de higiene pública, preocupação com natalidade, fecundidade e morbidade, entre outras preocupações. Um controle social equalizado como um controle de si mesmo, eis aqui como se caracteriza a política de saúde no período varguista (FOUCAULT, 2005).

A partir do artigo 122 da Carta Constitucional de 1937, vê-se desenharem-se os direitos e garantias individuais, tal qual o tópico é denominado nesse documento. Os brasileiros são considerados iguais perante a lei e no direito de transitar e fixar moradia em qualquer espaço do país. Volta-se, então, a discutir a liberdade filosófica e religiosa, como na Carta Constitucional de 1934, mas neste momento sempre sob a égide de uma proteção e segurança nacionais, prescrevendo-se, inclusive, a pena de morte para aqueles crimes que estivessem ligados diretamente às ameaças frente à soberania nacional.

No décimo quinto parágrafo do mesmo artigo, encontraremos a definição da censura e do controle dos meios de divulgação da imprensa, fornecendo ao Estado o direito de coibir e controlar a divulgação de informações, ou seja, de estabelecer uma forma de controle do social (e não do controle social, como estamos a discutir neste trabalho). Depois de versar sobre a família e sobre a organização da educação e cultura, a Carta Constitucional passa a discutir a ordem econômica, fornecendo atenção especial à legislação trabalhista (a partir do artigo 135).

No histórico da saúde no Brasil, encontraremos a realização de Conferências Nacionais de Saúde, eventos nos quais se discutiam as políticas e se planejavam as metas e objetivos dos planos a serem seguidos. A primeira conferência brasileira foi realizada no ano de 1941, no governo de Getúlio Vargas, quando não existia ainda o Ministério da Saúde, que só seria criado

alguns anos depois. Cabe salientar que essa conferência é comandada pelo então Ministério de Educação e Saúde do governo Vargas, convocada pelo próprio presidente e marcada por ocorrer conjuntamente com a Conferência Nacional de Educação.

As Conferências de Saúde apresentam-se como espaços de discussão e construção das políticas de saúde, políticas estas que afetariam não só as diretrizes do sistema de saúde, como também a gestão dos serviços e as melhorias que se apresentariam como necessárias à assistência devida à população e a seus problemas de saúde. No governo de Getúlio Vargas, a partir do período histórico denominado de Estado Novo, o que podemos perceber é que a realização da conferência atende à divulgação da estratégia de governamentalidade específica que estamos discutindo neste item do trabalho.

Ao invés de um controle social, ou seja, de uma participação popular colegiada e representativa, tal como será conceituada a partir da Lei 8142/90 (que discutiremos *a posteriori*), temos nesse período histórico da primeira conferência um evento que se organiza em torno de um controle do social, e não do controle social, posto que determina a participação de autoridades administrativas provenientes do Ministério de Educação e Saúde. À população, destina-se, então, o papel de fornecedores de informações que seriam coletadas e serviriam à estratégia governamental que discutimos anteriormente. O governo Vargas expressa-se novamente por uma estratégia específica no exercício do biopoder, indicando-se como fornecedor de uma assistência à saúde, pensada e estruturada por meio de uma centralização administrativa, uma centralização do poder. Regulam-se, assim, os fenômenos de saúde da população por meio de uma atuação que dividirá as políticas de assistência e as diretrizes em quatro áreas.

O então Ministério de Educação e Saúde havia sido reformulado pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, e instituiu as conferências como um órgão “[...] destinado a promover o permanente entendimento deste Ministério com os governos estaduais no terreno da administração dos negócios de sua competência” (BRASIL, Ministério da Educação e da Saúde 1941, p.3). A título de informação, a Lei 378 alterara o nome do Ministério de Ministério da Educação e Saúde Pública para Ministério da Educação e Saúde e definiu as suas instâncias, dividindo o país em oito regiões específicas, que eram formadas por Estados da federação que se encontravam próximos. Essa Lei cria dois departamentos nacionais: o de Educação e o de Saúde. Ao Departamento Nacional de Saúde, caberia administrar as atividades relativas à saúde pública e ao que se denominava de assistência médico-social.

Para tanto, o trabalho foi dividido em quatro grandes áreas, a saber: divisão de saúde pública, divisão de assistência hospitalar, divisão de assistência a psicopatas e divisão de

amparo à maternidade e à infância. Inúmeras discussões podem ser aqui realizadas, no entendimento da separação das áreas ou mesmo de sua interação, mas não é o objetivo deste trabalho.

Além de uma centralização das discussões na esfera administrativa, sem a participação popular direta, o que já se apresenta como uma estratégia governamental específica, há uma categorização da população em áreas a serem atendidas. Para populações específicas, políticas específicas, o que denota, mesmo em uma sociedade de segurança, matizes de um pensamento disciplinar.

Havia interesse especialmente naqueles denominados de *psicopatas*, que deveriam ser assistidos, como se percebe na própria nomenclatura da área de trabalho, ao passo que, em relação à maternidade e infância, a lógica seria de amparo, também nos valendo da nomenclatura da área de trabalho. Uma normatização interessante – se a assistência e o amparo direcionavam-se a esses dois grupos, como poderia ser denominada a assistência aos demais grupos? Interessante também ressaltar a separação entre o campo da saúde pública e da assistência hospitalar, o que nos sugere outros eixos para possíveis análises.

Sobre aquilo que nos convoca o olhar, o controle social, cabe a percepção da existência de um serviço específico dentro desse Departamento Nacional de Saúde, o serviço de publicidade. Este possuiria a função de divulgar, “[...] por todos os meios de publicidade, dos assumptos do Ministerio, que devam ser levados ao conhecimento do publico, bem como promover a collecta de dados para a feitura do relatório annual do Ministro e de outras publicações do mesmo gênero” (BRASIL, Senado Federal, 1937).

Ora, fica claro na redação dessa Lei que nem todos os assuntos pertinentes à administração do Departamento Nacional de Saúde devam ser conduzidos ao público, medida que nos parece realmente salutar no sentido de justificar um governo que se apresenta como tutor de uma população, que toma o fenômeno humano da saúde como algo a ser regulado por uma política de biopoder, um poder sobre a vida. Quais assuntos seriam pertinentes e quem estabeleceria essa pertinência, ou seja, qual o regime de verificação? A essa possível triagem, a Lei não faz referência.

A Lei cria, no âmbito da federação, o Instituto Nacional de Saúde Pública, responsável pela pesquisa dos assuntos referentes à saúde do país. Tal medida não se encontra solitária; junto a ela, nasce o Instituto Nacional de Puericultura, direcionado à área de maternidade e infância. Definem-se os quadros funcionais, a maneira como a União desempenhará as suas funções, a periodicidade e a convocação das conferências (de dois em dois anos e convocadas pela Presidência da República). As conferências tinham o intuito de, nas próprias palavras da

Lei supracitada, facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades nos campos da saúde e da educação, no sentido de fornecer orientações sobre como agir nos referidos campos em termos de execução de serviços e nos possíveis auxílios que se fizessem necessários. No âmbito do período histórico anterior à realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde, encontraremos algumas de suas características citadas e descritas detalhadamente no relatório dessa conferência.

Além de estabelecer os objetivos das conferências, o relatório deixa claro que estas seriam sempre convocadas pelo presidente da República a cada dois anos, como preconizava a Lei 378 de 1938, e que teriam como participantes autoridades administrativas do Ministério de Educação e Saúde e dos governos estaduais. Não há a menção, pelo menos nesse primeiro momento, de nenhuma participação popular direta.

De acordo com o Decreto 6788, de 30 de janeiro de 1941, a Conferência Nacional de Saúde ocorreria logo após o término da Conferência de Educação e deveria ocupar-se não só dos problemas de saúde e assistência, mas também com:

[...]a organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, infância e adolescência. Ao término do estabelecimento das pautas, fixa-se o Ministro de Educação e Saúde como responsável em informar aos governos estaduais como deveriam participar da conferência, quem poderia e deveria participar, além de presidir diretamente os trabalhos (BRASIL, Ministério da Saúde e da Educação, 1941, p.4-5).

Ora, percebe-se que a participação na conferência está subordinada à autoridade do ministro, pois é este que determinará os participantes; antes ainda, as pautas das discussões já estão definidas pela própria Presidência da República. É impossível não se perguntar como foram elencadas essas pautas, em que tipo de referência ou indicador se apoiaram essas definições, o que não fica explícito no Decreto 6788. No mês de maio de 1941, as conferências, que haviam sido agendadas para o mês de junho, são postergadas para o mês de setembro, sem que se explicitem as razões desse adiamento.

Em junho de 1941, o então ministro Gustavo Capanema remete à Presidência da República documento no qual referenda que essa primeira conferência possui o intuito de levantar a situação dos dois *problemas*: a saúde e a educação. Por esse motivo, o ministro enviou a cada um dos governadores questionários que devem ser respondidos antes da conferência, solicitando ainda que não promulgassem nenhuma lei direcionada às duas temáticas até que se elencassem as diretrizes nacionais.

Esses pedidos são enviados aos governadores não só por meio de manifestação do ministro, mas como correspondência da Presidência da República, como que a atestar a necessidade de que se cumpra o pedido (BRASIL, Ministério da Educação e Saúde, 1941, p.8-9). Esse documento do ministro já verbaliza a necessidade de que o Governo Federal esteja devidamente articulado às esferas públicas, conseqüentemente, aos âmbitos municipais e à iniciativa privada. Tal necessidade estará também presente na Declaração de Alma-Ata, em 1974, ao afirmar-se que a saúde não se apresenta como uma questão apenas da esfera pública.

A utilização dos questionários a serem respondidos pelos governadores e seus assessores estabelece um ponto interessante de análise: se considerarmos que as questões de saúde são radicalmente diferentes dentro do contexto de uma mesma cidade, o que poderíamos pensar em termos de cidades diferentes ou mesmo porções ou áreas diferentes do mesmo estado?

Os questionários surgem, ao menos no âmbito formal da organização, como uma estratégia biopolítica, como um instrumento dirigido ao governo, aos representantes, não se valendo da opinião popular. Desta feita, é um questionário sobre a vida do povo brasileiro, mas que é respondido por uma minoria não-representativa das realidades continentais de saúde da população. Desse modo, o poder sobre a vida da população, sobre o fazer viver e deixar morrer, sobre os aspectos da saúde, se exerce distante da população, no fazer administrativo, estratégia coerente com a tática de governamentalidade que vimos discutindo até agora na gestão de Vargas.

Dos itens desse extenso questionário sobre as condições de saúde e assistência (são no total 106 perguntas a serem respondidas), aquele que possui aproximação maior na relação com a população é o item sobre educação sanitária. Neste, questiona-se como se faz a educação sanitária da população, inquirindo-se acerca da existência de um órgão responsável sobre esse assunto e quais os meios de divulgação utilizados para essa espécie de comunicação.

Para além desse item, não se encontram outros que possuam relação direta com a participação popular que não seja na ótica da assistência direta (BRASIL, MSE, 1941, p.14-18). Ao término do relatório da primeira conferência, não se encontram os termos da discussão, pois o relatório se encerra no pedido de nova postergação da data das conferências, que passarão a realizar-se no mês de novembro de 1941. As questões suscitadas não são reveladas em um primeiro momento.

Por isso, percebe-se que, como estratégia de biopoder, de biopolítica, o que se discute e se define sobre a saúde da população é que ela é de competência do governo em termos de sua construção, conhecimento e execução. À população, fica destinada a função de usuária,

tutelada, população que deve manifestar-se pela obediência (e por meio de um sentimento de gratidão, talvez) a esse tutor, que assume para si o epíteto de *pai dos pobres*.

A Segunda Conferência Nacional de Saúde só iria ocorrer nove anos após essa primeira conferência, em 1950, com o tema de higiene e segurança do trabalho.

De acordo com Filho (1996), no que se refere à gestão de Vargas no Estado Novo e sua atuação na área de saúde, devemos tomá-la como uma política populista e autoritária que se voltou ainda mais para a população urbana empregada nos setores industrial e comercial. Como estratégia de governamentalidade, Vargas procurou implantar uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos, obtendo apoio social e político e legitimando a sua posição ditatorial. A questão social, aclamada por Washington Luís como uma *questão de polícia*, torna-se estratégia de justificação no governo de Vargas.

A República Velha não conseguira assegurar aos trabalhadores direito à assistência médica ou indenizações em relação a enfermidades ou acidentes de trabalho. Esses trabalhadores deveriam dirigir-se aos hospitais filantrópicos, que não cobriam pela assistência médica disponibilizada.

A única exceção parece ter sido o instituto previdenciário dos trabalhadores das estradas de ferro, sediado em São Paulo, que conseguiria, por meio da Lei Elói Chaves, de 1923, o desconto mensal de uma porcentagem do salário dos trabalhadores e da renda bruta das empresas. Esses abatimentos assegurariam “[...] o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido” (FILHO, 1996, p.33).

Ciente do sucesso dessa organização, Vargas irá se apropriar parcialmente desse modelo e o aplicará a várias categorias profissionais, constituindo assim as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência. Estes garantiriam assistência médica a uma vasta população urbana, sem utilizar verbas federais. Filho (1996) afirma, todavia, que as caixas apresentavam serviço irregular e não eram resolutivas quanto à cobertura de doentes mais graves, como os tuberculosos. A estes, a assistência envolvia tratamentos longos com internações em sanatórios nas regiões montanhosas, separados de seus contextos familiares, em um ostracismo assistencial.

Como estratégia biopolítica, há uma categorização diferenciada entre trabalhadores e não-trabalhadores; aqueles que possuíam carteira de trabalho e que contribuíam para as caixas assistenciais obtinham uma assistência específica. Já para aqueles que não possuíam um vínculo empregatício formal (sem carteira assinada e sem contribuições), restava procurar assistência da caridade pública e a rotulação como indigente. Indigente significava, então, não possuir um

vínculo de trabalho formal e não ter condições financeiras para pagar os tratamentos necessários.

Em comparação com o período histórico da República Velha, Filho (1996) afirma que a gestão de Vargas avançará no quesito da saúde por disponibilizar assistência médica a pessoas que antes eram categorizadas como desamparadas em termos assistenciais. A legislação trabalhista, que continuará se expandindo em toda a gestão de Vargas, culminará com o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no ano de 1943 (que, mesmo reformulada, existe até os dias atuais).

Por meio da CLT, tornava-se obrigatório o pagamento do salário mínimo, a indenização dos acidentados, o tratamento médico dos doentes, o pagamento de horas extras e férias remuneradas a todos os trabalhadores portadores de carteira de trabalho. O setor previdenciário expande-se, “[...] tornando-se o principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos” (FILHO, 1996, p.34).

Iniciadas nos primeiros anos da República Velha, as campanhas de educação em saúde divulgavam cartazes e panfletos que procuravam convencer a população da necessidade de mudar hábitos anti-higiênicos. Devido ao analfabetismo que ainda vigorava no país no governo Vargas, as mensagens começaram a ser também transmitidas pelas emissoras de rádio estatais. Além das mensagens, os cursos de enfermagem sanitária capacitavam esses trabalhadores a percorrer os bairros mais carentes, ensinando aos moradores sobre higiene e realizando encaminhamentos (um possível protótipo da ação de saúde da família nos dias atuais).

De acordo com Filho (1996), muitos dos conselhos sanitários levados à população calcavam-se em princípios eugênicos, sustentando-se a ideia de que a qualidade racial dos brasileiros era um dos principais motivos das moléstias e das misérias do país.

Vemos o papel importantíssimo do elemento imigratório branco, influenciando poderosamente na redução dos negros e mestiços da nossa população. Esse fator de arianização não concorre somente para o aumento numérico do contingente branco puro, mas cruzando com os mestiços concorre para a limpeza da raça, com a diluição do coeficiente do sangue inferior e, portanto, para a queda de muitas doenças que nos assaltam [...] (Aliança Eugênica: Saúde e Imigração, 1939 apud FILHO, 1996, p.36).

Essa guerra das raças, que assim se manifesta no discurso de uma base biológica, perdura até o ano de 1942. Percebe-se que o país, por estar lutando contra o eixo (Alemanha, Itália e Japão), se aproxima de um modelo americano de saúde e que este passa a substituir o modelo germânico, até então difundido como modelo a ser seguido pelos conselhos sanitários.

Sobre a esfera da assunção política do biológico em solo brasileiro, interesses econômicos e de interferência política dão o tom do controle da racionalidade possível e, por conseguinte, do controle do social. A população criticava o governo pela falta de hospitais e de

assistência como forma de controle social, e o governo respondia com categorizações dos enfermos como *párias e inimigos* e dos protestantes como *agitadores e subversivos*, de acordo com Filho (1996).

Durante a gestão de Vargas, houve uma nítida diminuição das doenças epidêmicas, principalmente nos centros urbanos. Porém, ao lado dessa queda, ocorreu o aumento de doenças endêmicas ou de massa que acometiam uma grande parcela da população, como a esquistossomose, a doença de Chagas, a tuberculose, as doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase.

Esse quadro fornecia a imagem de um país enfermo, em defasagem clara na comparação com os Estados Unidos, realizada em 1942 pelo epidemiólogo americano Charles Wilson. No contexto da América Latina, predominavam as moléstias infectocontagiosas e parasitárias, ao passo que nos Estados Unidos já predominavam as doenças cardíacas e o câncer (FILHO, 1996).

A forma e a racionalidade no período pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945) colocaria em aviso um país que lutara ao lado de democracias e que se apresentava ainda com um regime ditatorial. Ao Brasil, torna-se uma grande contradição a permanência do governo Vargas quando se deu conta dos rumos que a política mundial tomava em se tratando das formas de governo.

Em 1941, quatro anos após o início do Estado Novo, ocorreu no Rio de Janeiro a primeira manifestação popular não autorizada pelo governo, basicamente composta por estudantes que solicitavam a adesão do Brasil à luta contra o Eixo. Após empréstimos realizados à nação e o bombardeio à base de Pearl Harbor nos Estados Unidos, o Brasil vê-se obrigado a manifestar-se a favor dos países aliados, o que ocorre formalmente em agosto de 1942 (PILAGALLO, 2009c).

O retorno das tropas brasileiras ao país após o término da guerra, em maio de 1945, expôs ainda mais o governo brasileiro, mesmo com a popularidade de Getúlio Vargas se mantendo. Essa ocorrência de *guerreiros da democracia* sendo recepcionados por um *governo ditatorial* tornou-se insustentável para a população.

Os primeiros cinco anos da forma de governo denominada de Estado Novo (1937-1942) haviam sido marcados por um regime de verificação que não permitia a manifestação de vozes dissidentes, que só começaram a ser ouvidas em 1943, com o *Manifesto dos Mineiros* (documento calcado no pensamento liberal que exigia a democracia como forma de governo).

Em novembro de 1943, o governo assumiria publicamente a possibilidade de realização de eleições e perspectivas de mudança na estrutura política da nação. Diante de uma

provável eleição que decidiria os rumos políticos do país, a estratégia do então presidente foi promover-se como uma figura capaz de fazer essa transição, criando a imagem que o iria denominar de *Pai dos Pobres*. Em face do esvaziamento do seu apoio em outras localidades, Getúlio foi aproximando-se cada vez mais de um regime de veridição conhecido como esquerda, devido ao seu perfil populista.

De acordo com Pilagallo (2009c), em 29 de outubro de 1945, espalha-se a notícia da nomeação de um irmão de Getúlio Vargas para o cargo de chefe de polícia do Distrito Federal, o que provocou grande incômodo em Góis Monteiro, que ocupara a função de ministro da Guerra com a saída de Eurico Gaspar Dutra para a candidatura. Almejando a presidência, Góis Monteiro acionou o dispositivo militar e assim direcionou o golpe contra o presidente, que foi obrigado a assinar uma carta de renúncia.

Apesar de seu protagonismo na ação, Góis Monteiro não obteve apoio popular para permanecer no lugar de Getúlio até as eleições. Temendo uma nova ditadura militar, a população compreendia o ato de Monteiro como uma ação militar, e não de oposição civil. O governo provisório foi encaminhado ao Judiciário, para que essa instância garantisse a realização das eleições, ao passo que Getúlio Vargas se dirigia ao Rio Grande do Sul.

A primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1941, demarcará a operacionalização de controle do social nas políticas de saúde. A organização e a discussão das políticas de saúde não incluem a população, restringindo-a ao papel de fornecedora de informações àqueles que definirão as políticas. Além das discussões da conferência, distantes da população, os panfletos e a educação sanitária procuravam convencer a população da sua responsabilidade sobre as questões de saúde, e a qualidade racial dos brasileiros era tida como uma das principais causas de moléstias e adoecimentos.

Não há, como percebemos, controle social no que se refere às políticas de assistência à saúde. A população é tutelada e deve responder por meio da obediência a um Estado que a supre em suas carências, que a paternaliza e a tutela. Há muito mais de controle do social do que controle social nessa linha cartográfica.

2.1.2 Do interregno democrático à ditadura militar

Diferentemente das eleições da República Velha, nas quais uma minoria elitizada se alternava no governo por meio da política do café com leite, agora as campanhas políticas dirigiam-se às massas. Outro regime de veridição insere, portanto, a população, até então administrada diretamente pelos seus representantes, como possuidora de capacidade de escolha

e direção da política nacional, de escolha do seu presidente. Com o apoio de Getúlio Vargas, que não desejava um governo oposicionista e liberal no comando do cenário político para o qual almejava retornar, Dutra superou o Brigadeiro Eduardo Gomes.

De acordo com Baleeiro e Sobrinho (2012), a Carta Constitucional de 1946 foi a que mais perdurou na história do país no período republicano. Mesmo com a liberdade de imprensa sendo tomada como absoluta (o que destoava em demasia do período varguista), isso não impediu que esse período histórico se deparasse com uma série de levantes militares e golpes de estado de diversas intensidades até o ano de 1964, quando os militares governarão o país.

Os militares, mais uma vez, apresentavam-se como força armada direcionada ao poder. Como a participação no poder não se manifestava da maneira desejada, as armas serviam como estratégia de convencimento e de estabelecimento de um posicionamento contrário ao governo – o poder como objetivo, a força armada como estratégia.

O quarto artigo desta Carta Constitucional já enuncia a questão da guerra, tamanha parece ser a relevância desse procedimento, via de utilização da alternância de posicionamento frente ao poder, ao regime governamental, em alguns momentos como via de acesso, em outros como garantia de manutenção de um determinado poder instituído. À União recai o papel de uma relação diplomática com os países vizinhos, promovendo guerra e paz quando se fizerem necessárias, além dos estados de sítio, organizando as forças armadas, a defesa das fronteiras e a defesa externa (BALEEIRO e SOBRINHO, 2012).

Ao conceituar a razão de Estado, Foucault (2008a), em *Segurança, Território e População*, trata da questão da guerra, do exercício dessa estratégia e mesmo do aparecimento da figura do político. O Estado parece não apresentar preocupação com a sua origem ou mesmo com o seu término, mas sim com a sua preservação. Eis, então, a governamentalidade apresentada como a de uma razão de Estado que procura conservar o Estado.

[...] encontrar um sistema que permita limitar o máximo possível a mobilidade de todos os outros Estados, sua ambição, sua ampliação, seu fortalecimento, mas deixando aberturas suficientes a cada Estado para que possa maximizar sua ampliação sem provocar seus adversários e sem, portanto, acarretar seu próprio desaparecimento ou seu próprio enfraquecimento (FOUCAULT, 2008a, p.398).

É apenas no Capítulo 1 do item 4, a partir do artigo 129, que a Carta Constitucional começará a apresentar os seus entendimentos sobre a população, seus direitos, cidadania e outros elementos relevantes.

Ainda de acordo com Baleeiro e Sobrinho (2012), a participação política estabelece uma demanda, uma categorização e um tratamento diferenciado. A um grupo, demanda-se a participação política direta, em termos do voto, por meio da alfabetização, da consequente

expressão em língua pátria e da posse dos direitos políticos. Aos não possuidores dessas características, há o impedimento da participação política por meio do voto. O voto é obrigatório, salvo algumas exceções, e é de caráter sigiloso ou secreto. No que se refere aos direitos políticos, estes podem ser suspensos ou perdidos, e a Carta Constitucional elenca os critérios utilizados para o julgamento desse tipo de manejo político.

[...] XIV – assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante; XV – assistência aos desempregados; XVI – previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, a velhice, da invalidez e da morte (BALEEIRO e SOBRINHO, 2012, p.88).

Sobre a estrutura social, é interessante que a família seja conceituada como “[...] constituída pelo vínculo de casamento indissolúvel e terá direito à proteção especial do Estado” (BALEEIRO e SOBRINHO, 2012, p.88). Para além desse cuidado especial, haverá outros auxílios não especificados perante as famílias de prole numerosa. Aí outro regime de verificação interessante, embora não seja especialmente vinculado ao tema do nosso trabalho. Para além das questões da estrutura social, enuncia-se uma educação promovida pelo poder público em sua essência; ministrada em casa ou na escola, tem como papel proliferar os ideais de liberdade e solidariedade.

Eurico Gaspar Dutra é tido como um presidente legalista que tinha o costume de consultar a Constituição antes de tomar determinadas decisões. Mesmo constitucionalista, isso não o impediu de reprimir as atuações do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que voltara à legalidade.

Como os demais países, era necessário que o Brasil se posicionasse sobre qual seria o seu lado escolhido. Assim que declara seu apoio aos Estados Unidos, manifesta esse mesmo amparo mediante uma perseguição aos comunistas em solo pátrio. Apesar de sairmos de um Estado ditatorial, no qual o comandante do país se apresentava como a figura do soberano e nitidamente perseguia os seus desafetos, temos um regime presidencialista que, encabeçado por um líder militar, segue a mesma estratégia de perseguição daqueles que representavam uma possível “ameaça” aos posicionamentos do Estado.

Podemos, então, concluir que, nesses dois momentos históricos, a perseguição aos antagonistas políticos não se apresentava como uma estratégia de poder ligada ao modelo de Estado do país (ditatorial ou presidencialista), mas sim ligada a uma intenção de manutenção do poder. Se os militares procuravam retornar ao poder por meio da força, da força armada, aqueles que se encontravam ocupando cargos governamentais utilizavam também essa tática para se manterem no exercício do poder. No Brasil, a vinculação com o poder passa pela

estratégia da força até o interregno democrático, força de almejar e de conquista, força de ameaça e manutenção.

Essa perseguição aos comunistas estava nitidamente amparada em uma filosofia americana, um regime de verificação, conforme enuncia Michel Foucault (2005), que procurava produzir determinadas verdades, principalmente a de que o comunismo seria a derrocada do novo sistema liberal-democrático instalado em outros países, um perigo à estabilidade alcançada. Ao categorizar-se o comunista como essa ameaça, incide sobre ele uma série de ações que se iniciam pela perseguição e que não se encerram com ela, procurando-se também incutir nos demais certo receio ou temor pela manifestação que pudesse ser categorizada como comunista.

Houve, então, a aplicação de estratégias e dispositivos disciplinares em uma sociedade que já se apresentava como sendo uma sociedade calcada em um dispositivo de segurança. Eis novamente a constatação de que não há ruptura na passagem de um dispositivo ao outro, tal como conceitua Foucault (2008a). Em nossa análise, as estratégias de enfrentamento do comunismo apresentam-se como estratégias de controle social, na verdade, de controle do social.

Após denúncia do PCB, este foi desmantelado em 1948, conduzindo-se seus candidatos à perda dos seus mandatos. No mesmo ano, seria criada a ESG ou Escola Superior de Guerra, que nasceria pela confluência do pensamento da elite brasileira e de militares americanos contra o *exército dos vermelhos*. Esse instituto ficaria com o encargo de traçar as diretrizes da segurança nacional.

Essa escola de guerra (ESG) acabará por interferir na história brasileira nos anos seguintes pela formação militar das lideranças que planejarão o golpe de 1964. Todavia, nesses tempos após a derrocada de Vargas e com o governo de Dutra, o que se percebia era que a aproximação com os Estados Unidos tinha correspondências também no campo econômico, a saber, a adoção de uma postura mais liberal.

Durante o governo de Eurico Gaspar Dutra, realiza-se a Segunda Conferência Nacional de Saúde, no mês de dezembro de 1950. Era então ministro da Saúde o Sr. Pedro Calmon M. de Bittencourt. Porém, não poderemos discutir quais as pautas estiveram em jogo, posto que, de acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, não houve registro formal dessa CNS, o que inviabilizou a confecção do seu relatório. O que se pode afirmar é que ela se destinava a analisar os pontos de vista dominantes entre os sanitaristas e tinha como intuito a construção de uma compreensão acerca dos problemas sanitários compartilhados entre os gestores estaduais e os do nível federal.

Essa intenção demonstra que a população ainda não é convidada à reflexão sobre as questões relevantes ao campo da saúde, e essa segunda CNS, assim como a primeira, realizada em 1941, apresentou um caráter intergovernamental. Dizendo em outras palavras, não houve controle social do povo em direção ao governo, mas uma exclusão da população das pautas e discussões realizadas, um controle social do governo sobre a população pela via estratégica da não inclusão (BRASIL, CONASS, 2009).

Senão estava participando diretamente do pleito eleitoral com um candidato próprio ou apoiando um dos candidatos à presidência, as Forças Armadas não deixam de participar do cenário político ao sustentarem o jogo democrático, por assim dizer. É por meio da regulação militar que existe a garantia de que as eleições seriam realizadas, e mais, de que o seu resultado não sofreria nenhuma espécie de contraponto ou contestação, embora essa viesse da imprensa.

Então, podemos dizer que nesse momento histórico o controle social da população se deu pelo exercício eleitoral, que garantirá o retorno de Vargas ao Governo. Já o controle social do governo em relação ao povo deu-se pela supervisão e garantia do jogo democrático. De acordo com Pilagallo (2009c), além de um perfil mais conciliador, Getúlio expandirá sua atuação, a partir de sua posse em 1951, especialmente na esfera econômica, promovendo um avanço planejado e intencional à industrialização nacional.

Havia uma grande insatisfação popular, que se apresentava por meio de greves e outras manifestações, e Vargas queria combatê-la. Essas manifestações populares, simbólicas em termos de um controle social, ocorrem devido a uma crise cambial e aumento da inflação. Para Vargas, um ponto importante era o apoio que recebia das massas, elemento que pode ser denominado de razão estatal, de acordo com Foucault (2005).

Vargas estava encurralado, sem apoio político e sem base de sustentação. Para ele, sobrava novamente o apoio das massas, e esse amparo se daria pela duplicação do salário mínimo, outra estratégia de controle social, mais um mecanismo de razão de Estado. Dessa forma, o governo apresentava-se novamente como necessário, a fim de fornecer melhores condições de vida à população assalariada; mais uma vez, a figura de provedor era utilizada para justificar sua continuidade.

Todavia, diante de novas pressões para as quais não havia resposta ou saída, o presidente suicida-se com um tiro no coração no dia 24 de agosto de 1954. Apesar de ter resistido a um primeiro ultimato do exército em 1945, Vargas não passaria por esse segundo, e uma vez mais as Forças Armadas apresentavam-se como capazes de alterar o destino político da nação. Contudo, o suicídio de Vargas serviu a um adiamento dos interesses que se avizinhavam (PILAGALLO, 2009c).

Após sua morte, quem assume a presidência do Brasil é seu vice (Café Filho), conforme ordenava a Carta Constitucional de 1946. Então, tenta-se administrar um país que ainda se encontrava em choque pela morte do seu presidente.

Apesar das solicitações em contrário, decide-se pela manutenção do pleito eleitoral em 1955. Associado à figura de João Goulart, Juscelino sai vitorioso das urnas, o que não impediu uma série de manobras que visavam a impedir a sua posse, já que o ex-governador mineiro e ex-prefeito de Belo Horizonte parecia associar-se diretamente com o que se denominava de getulismo. Dois presidentes depostos em menos de um mês, a aproximação de uma possível guerra civil, e o país vivendo em regime de exceção até janeiro de 1956, quando se confirmou a posse de Juscelino e Jango (PILAGALLO, 2009c).

A intenção de Juscelino, ao ser empossado, era de pacificar o país e, para isso, solicitara o fim do estado de sítio, apesar da consciência da existência de alguns focos de indisciplina. Mesmo enfrentando vários levantes de militares insatisfeitos, apesar da anistia concedida aos envolvidos, Juscelino pôs em funcionamento seu projeto de desenvolvimento nacional, um plano econômico que marcaria a sua gestão e que receberia a alcunha de *Programa de Metas*.

Pode-se perceber, no programa de desenvolvimento proposto por Juscelino, uma transposição de um modelo econômico rural de longa existência no país para um modelo de industrialização, almejando-se, de acordo com Pilagallo (2009c), a diminuição da distância entre a realidade brasileira e a dos países ricos. Mesmo sendo abrangente, o programa dava ênfase aos setores de energia e transporte em primeiro lugar e alimentação, indústria de base e educação em segundo lugar, estabelecendo 30 metas de desenvolvimento.

O Estado Brasileiro, conforme Pilagallo (2009d), tem o seu regime autoritário de governo interrompido nos anos de 1950 com a morte de Getúlio Vargas e teria uma sobrevida prolongada nos anos 80 com o governo do General Figueiredo. Porém, seria a partir da década de 1960 que os militares deixariam a sua marca no país.

O Brasil encontrava-se em um período de vulnerabilidade econômica, com altos índices inflacionários. Com a consequente perda do poder aquisitivo, greves ocorriam de maneira frequente, tendo como meta os aumentos salariais, situação que irá minar a candidatura de um político ligado ao governo da época.

Dois elementos chamam a atenção nesse momento. Primeiramente, tem-se a manifestação popular em forma de greves, que atestam as dificuldades econômicas instaladas no país, mesmo com os avanços desenvolvimentistas em termos industriais. Em segundo lugar, observa-se a falta de apoio ao candidato amparado pelo então presidente e que servira de

sustentáculo ao seu governo. Dois momentos de controle social articulados, e uma forma de expressão de insatisfação sairia das ruas às urnas (PILAGALLO, 2009d).

Em sequência ao comando de Juscelino, figuraria como presidente do país Jânio Quadros e depois João Goulart, que acabariam por sedimentar o caminho à ditadura militar. Ainda de acordo com Pilagallo (2009d), em pleno período histórico denominado de Guerra Fria, Jânio Quadros distancia-se do modelo americano, o qual era defendido pelo seu próprio partido.

Em 7 de setembro de 1962, é empossado João Goulart como o novo presidente brasileiro, em prol de uma união nacional; como primeiro-ministro, surge a figura de Tancredo Neves. Ao tentar indicar um ministro de Relações Exteriores, Jango obteve um veto dos demais parlamentares e lançou no primeiro plano da política nacional, de acordo com Pilagallo (2009d), uma força organizada que teria papel relevante na vida nacional: o sindicalismo.

Uma greve nacional organizada pelos sindicatos foi um movimento de apoio ao presidente e de enfrentamento dos deputados, uma forma de controle social que não só se posicionava, como também pressionava um setor governamental. Essa pressão ou movimento seria depois beneficiado pelo próprio presidente em termos de uma política salarial que se direcionava aos trabalhadores de empresas públicas federais; os de setor privado não tinham aumentos equivalentes.

Vê-se um regime de verificação diferente daqueles das demais gestões presidenciais, um regime de verificação que premia o apoio, uma troca de favores, mas uma troca que categoriza e diferencia aqueles que receberiam os benefícios. Anteriormente beneficiados com o apoio no governo Vargas em uma lógica de justificação do governo ou razão de Estado, agora era o apoio que se enunciava primeiramente e depois a premiação.

O Estado passa a incorporar, nesse momento da história nacional, uma classe de pessoas que era até então relegada a um plano de perseguição em outras gestões. Os comunistas brasileiros, que até aquele período eram perseguidos, principalmente em termos de uma aproximação com a política dos Estados Unidos, viam-se agora premiados pelo seu apoio ao governante do país.

Claramente, como podemos perceber, o modelo governamental e o jogo político são capazes de produzir subjetividades. Ser comunista e defender um novo modelo governamental, apoiando os interesses governamentais, torna-se uma forma de ser privilegiada, capaz de alcançar determinados benefícios, especialmente se essa manifestação se desse na esfera do servidorismo público federal.

O Estado assume para si o papel de autor e gestor de reformas políticas e econômicas que iriam minimizar as desigualdades sociais e regionais. Então, podemos dizer, a partir do que afirma Foucault (2005), que a razão de Estado se dá por esse entendimento de uma função equalizadora das desigualdades. Esse plano, no entender da população, serviu de plataforma para o retorno do presidencialismo, atrelado à figura de Jango (PILAGALLO, 2009d).

O *Plano Trienal*, apesar das boas intenções, não obteve o sucesso que almejava. Em primeiro lugar, era dependente dos investimentos estrangeiros, que não vieram, uma vez que os Estados Unidos viam o governo brasileiro com desconfiança desde Jânio Quadros. Em segundo lugar, a força sindical questionava o congelamento dos salários. O mesmo grupo que apoiara o presidente agora era contrário às suas medidas. Os preços continuam subindo, e, com o crescimento econômico não correspondendo ao desejado, o país viu essa proposta ser abandonada nos primeiros seis meses.

De acordo com Pilagallo (2009d), não conseguindo dar continuidade às suas intenções, o então presidente assume uma postura de radicalização. Sua via conciliatória perdera o sentido, e esse caminho conduziria ao golpe de estado. No início de 1964, os políticos de esquerda da base aliada do presidente propunham o golpe e direcionavam a população a defender reformas sociais, mesmo sem a aprovação do Congresso.

Em termos de controle social, portanto, temos uma fragmentação da participação popular entre aqueles que apoiavam medidas mais suaves, aqueles que já defendiam o golpe militar e outros que amparavam as reformas de base. Vale ressaltar que a participação popular nesses enfrentamentos é, naquele momento histórico, demonstrativa de uma nova lógica de compreensão ou de enunciabilidade possível, e à população cabem a organização, a pressão e a defesa de pontos de vista.

Sem o apoio esperado, o governo lança mão de uma estratégia de mobilização da população por meio de grandes comícios, que deveriam culminar com uma pressão popular sobre o Congresso. As reformas de base tornaram-se o alicerce do governo de esquerda, mas eram agrária, bancária, administrativa, eleitoral, urbana e fiscal, bloqueadas pela maioria conservadora.

O controle social do governo para com a população passava por uma promessa de reformas de base e procurava o apoio dessa mesma população. O controle social do povo brasileiro sobre o governo manifestava-se na possibilidade de optar por posicionamentos distintos, mesmo por aqueles contrários à forma de governo, ao estilo de exercício do poder.

Antes que passemos à ação militar, discutamos algumas questões sobre o campo da saúde nesse período que procuramos caracterizar. O presidente Eurico Gaspar Dutra, sucessor

de Vargas, de acordo com Filho (1996), estabeleceu como prioridade a organização racional dos serviços públicos, mas esbarraria na ineficiência burocrática e nas disputas de diferentes grupos políticos. Havia sido elaborado um plano de melhoria dos sistemas de saúde denominado de *Plano Salte* (1948), mas este não conseguiria ser implantado.

No ano de 1953, já no segundo mandato de Getúlio Vargas, um ano antes do desfecho do seu governo e de sua vida, foi criado o Ministério da Saúde, depois de uma discussão que teria durado por volta de sete anos. Essa nova pasta governamental contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 1950, correspondendo a 1,2% do Produto Interno Bruto. De acordo com Filho (1996), esse aporte financeiro denunciava o nível de preocupação das autoridades governamentais com a saúde pública.

A falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo aos servidores. Em consequência, o Ministério da Saúde atuou de maneira pouco eficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidade das doenças que inutilizavam para o trabalho e para a vida muitos brasileiros (FILHO, 1996, p.40).

A falha do Ministério da Saúde (MS) ocorreu porque não havia se programado para a realização de algumas reformas fundamentais ou para a organização de uma política de saúde mais eficiente, o que se traduzia na criação de serviços de saúde que se sobrepunham, aumento dos gastos com servidores e diminuição das verbas para o saneamento e a assistência aos enfermos. Em seus primeiros anos, o MS dedicou-se às patologias que atingiam, sobretudo, a população do interior, como a doença de Chagas, a malária, o tracoma e a esquistossomose, promovendo a educação sanitária da população rural.

Além dessa dedicação às endemias rurais, outro traço iria caracterizar a política de saúde nesse período democrático entre ditaduras: o clientelismo (FILHO, 1996). Os partidos ou líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas por votos e apoio nas épocas eleitorais. Outras áreas, onde não havia esse tipo de mecanismo, sofriam com a falta de assistência médico-sanitária.

Nesse período, eram frequentes as mudanças de ministros da pasta. Conforme Filho (1996), nas duas primeiras décadas de atuação do MS, contabilizaram-se 19 titulares diferentes.

Enquanto o MS dedicava-se às questões rurais, nas zonas urbanas industriais e densamente povoadas, a assistência médica era disponibilizada por meio de hospitais e clínicas privadas ou conveniadas com os institutos de pensão e aposentadoria, mantidos pelos trabalhadores e seus patrões. O número de pessoas dependentes desses institutos crescia vertiginosamente, e a quantidade de pessoas a serem atendidas suplantava a capacidade de

atendimento das unidades de saúde. Esse fenômeno acarretou a formação de longas filas de enfermos e a dificuldade para internação e atendimentos de urgência e emergência.

Ainda de acordo com Filho (1996), a medicina privada pressionava o governo a estabelecer uma estratégia de favorecimento desse setor em detrimento da construção de novos serviços públicos. Devido a essa pressão, os incentivos fiscais destinavam-se a aparelhar e melhorar esses serviços privados que vendiam os serviços de atenção à saúde. Ressalta-se que os proprietários desses serviços pertenciam à classe política e eram os grandes favorecidos nessa estratégia governamental.

À população, como pudemos perceber, restava obter atendimento à saúde a partir de sua situação laboral – aos empregados, os institutos de pensão e aposentadoria; aos não-trabalhadores, a assistência pública sobrecarregada de filas e espera. O Estado encarregava-se de realizar intervenções pontuais nesse contexto, além dos incentivos, no sentido de uniformizar as contribuições a serem pagas pelos trabalhadores aos institutos aos quais se encontravam vinculados, por meio da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), datada de 1960.

O índice de mortalidade infantil era altíssimo, principalmente nas capitais estaduais, que recebiam pessoas provenientes do êxodo rural, iniciado na década de 1940. Essa mortalidade infantil era “[...] a consequência terrível do desconhecimento das regras básicas de higiene e, sobretudo, da ausência de sistemas de tratamento e distribuição de água e coleta de esgoto” (FILHO, 1996, p.44).

Essa taxa de mortalidade infantil justificou a ênfase na puericultura e o atendimento e assistência às mães, além de estratégias de vacinação e acompanhamento. Apesar de novas políticas de assistência, não se percebe, no mesmo período histórico, uma atenção às questões de saneamento básico. Há uma preocupação de caráter curativo (o agravo já se encontra instalado) que ainda considera as questões de saúde como algo sem relação de dependência com outros setores, o que será chamado na Declaração de Alma-Ata (1974) de intersetorialidade.

Fome, miséria e exploração foram conduzidas ao patamar de variáveis que poderiam interferir nas condições de saúde, e o Estado novamente coloca-se na função de prover melhores condições de alimentação à população. Instala-se um regime de verificação já conhecido que transformava o Estado em um cuidador da área de saúde da população, um provedor de condições que produzia pessoas que aguardavam os benefícios de uma assistência médica, melhores condições de trabalho e remuneração.

Destacamos a questão do posicionamento político da população, do controle social da época, que se dava pela utilização do que lhe era oferecido pela gestão estatal. Os médicos e epistemólogos da época denunciaram uma prática que não deveria resumir-se à assistência, mas

incluir também uma luta pelo bem-estar coletivo. A essas figuras, cabia a cobrança de decisões e verbas que beneficiassem as camadas sociais menos favorecidas, ou seja, mais uma vez, não é a população que se direciona a essa cobrança, mas o saber médico que se colocará agora entre o assistido e o provedor, estabelecendo nova cadeia de regulação do acesso à saúde (FILHO, 1996).

A Terceira Conferência Nacional de Saúde ocorreria no mês de junho do ano de 1963, sob o governo de Jango e tendo como ministro da Saúde Wilson Fadul, 13 anos após a realização da Segunda Conferência. Apesar de ter caráter ainda intergovernamental, os membros poderiam valer-se de assessores técnicos para a discussão das pautas. Teve como tema uma análise da situação sanitária e a reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e redefinição dos papéis de cada uma das esferas de governo (federal, estadual e municipal), além da proposição de um plano nacional de saúde. Todavia, o golpe militar de 1964 viria interferir na implantação do que havia sido discutido e pactuado na conferência (CONASS, 2009).

Após a convocação e de acordo com o relatório da conferência (BRASIL, Ministério da Saúde, 1963), além dos conferencistas indicados como representantes do governo, o ministro da Saúde conclamou médicos para participarem das discussões. Não se encontra o chamamento depopulares; conseqüentemente, não se utiliza o termo *controle social* no referido relatório nem há menção de colocações advindas dos usuários dos serviços de saúde.

Podemos dizer que se trata de uma reunião intergovernamental. O texto que versa sobre a necessidade de um plano nacional de saúde direciona a relação que se compreendia como fundamental entre o campo da saúde e as questões econômicas. A população é compreendida como uma grande força de trabalho que deve ser mantida sã a fim de que o país possa desenvolver-se; para isso, o planejamento é conceituado como fundamental.

Esta preocupação de ajustar o aparelho assistencial às peculiaridades econômicas e de tornar a política de saúde um instrumento dinâmico para ativar o processo de desenvolvimento, deve hoje ser traduzida em um plano, ou seja um agregado de princípios e normas que condense, no tempo e no espaço, decisões racionais. Em um país em desenvolvimento como o Brasil, com taxa elevada de incremento demográfico e crescente demanda de serviços assistenciais, resultante da elevação da renda e do acréscimo do poder reivindicatório das massas, contrastando com a escassez de recursos para atender ao clamor daquelas necessidades crescentes, a idéia do planejamento adquire força especial (BRASIL, MS, 1963, p.13).

Menciona-se que essa população conceituada como massa pode agora fazer reivindicações, mas não as faz no campo da conferência. Por isso, entende-se que as reivindicações populares são ouvidas e pontuadas em um contexto fora da formalidade do planejamento. Essa parece ser uma observação bastante interessante, posto que futuramente a

população será inserida, em termos de suas possibilidades de posicionamento, não só no campo informal, por assim dizer, mas também nas próprias conferências e, sendo assim, na ótica do planejamento da política.

Percebe-se que a organização política na saúde ainda não é compreendida em 1963 como sendo uma atividade da população, e sim do Estado. As informações sobre a saúde e as suas condições são colhidas pelo IBGE, e compreende-se que não serão capazes de uma verdade estatística, como o próprio texto do relatório afirma.

Após as colocações a respeito da coleta das informações necessárias ao planejamento e à elaboração de um plano nacional de saúde, os posicionamentos voltam a associar as questões de saúde a fatores econômicos e ao desenvolvimento do país. Por isso, houve o casamento do plano nacional de saúde com o Plano Trienal, conforme vimos acima.

Nesse período, o Brasil vê-se como um país subdesenvolvido e procura espelhar-se naqueles que são classificados como desenvolvidos, almejando estar entre eles. Essa classificação como subdesenvolvido sustenta-se no relatório da Terceira Conferência por uma série de indicadores, como renda *per capita*, esperança de vida ao nascer, concentração da população em zona urbana e rural e outros.

Percebe-se, assim, que não houve controle social da população em direção ao governo, mas uma exclusão da população das pautas e discussões realizadas, um controle social do governo sobre a população pela via estratégica da não-inclusão. Observa-se certo controle social da população apenas no que se refere à possibilidade de participação política e de voto, mas não nas discussões das políticas de saúde ou outras questões sociais. As forças armadas regulam o jogo democrático.

Para além do voto, nesse período, encontraremos manifestações populares em forma de greves motivadas essencialmente por fatores econômicos. Medidas de imprensa e políticas trabalhistas, tais como a duplicação do salário mínimo, procuravam influenciar a opinião pública, retomando o conceito do Estado como fornecedor de condições de existência. Essa estratégia já havia sido outrora utilizada por Vargas quando de sua primeira passagem pela Presidência da República.

Com a presidência nas mãos de João Goulart, uma importante ferramenta de participação popular emerge para pressionar a classe política, o sindicalismo. A participação popular fragmenta-se entre os que apoiavam as reformas de base, os que desejavam mudanças econômicas mais suaves e aqueles que flertavam com o golpe militar.

Como vimos, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1953, os aportes financeiros à área de saúde não forneciam a essa pasta ares de prioridade nos investimentos do Estado, em

comparação com outras áreas de desenvolvimento social. Há um grande clima de clientelismo e troca de favores na esfera de saúde, e a iniciativa privada contava com a preferência dos investimentos estatais em detrimento dos serviços públicos.

Assim, a situação de saúde é discutida na Terceira Conferência Nacional de Saúde, mas sem a participação popular direta, e defende-se a criação de um Sistema Nacional de Saúde que acabará por deixar a agenda governamental com a eclosão do golpe militar. A organização política na saúde ainda não é compreendida em 1963 como sendo uma atividade da população, e sim do Estado.

2.2 Da ditadura militar em 1964 à redemocratização: da ausência de controle social à participação popular

Com a emergência do governo ditatorial militar em 1964, o sindicalismo, expressão do controle social, passará a ser compreendido como um elemento a ser combatido pelo Estado. O presidente da República volta a ser escolhido de maneira indireta, retirando a participação popular desse ato político; os partidos políticos seriam extintos, e uma aura de repressão e perseguição política se instalará no país.

Com a ocorrência de prisões, torturas, cassações políticas e exclusão política, arriscamos a dizer que não se pode falar em controle social nesse início da ditadura, posto que a relação entre população e Estado será de obediência ao soberano, elemento reatualizado nesse período histórico. Há, sim, um controle do social pela via da obediência, da submissão.

Planos nacionais e regionais de saúde ainda se apresentam como competências estatais (da União), tal como nos períodos históricos anteriores, havendo uma ênfase na assistência médica, hospitalar e sanitária preventiva. A nova Carta Constitucional de 1967 não versa sobre controle social nem mesmo sobre participação popular nas discussões das políticas públicas. A Quarta Conferência Nacional de Saúde, que ocorre no mesmo ano da nova Carta Constitucional, ainda se dá pela via do saber técnico, de caráter intergovernamental, sem a participação popular.

Estando os parlamentares fora do jogo político nacional, caberá aos estudantes secundaristas a expressão da insatisfação popular por meio de passeatas, ações que serão combatidas pelo Estado mediante o uso da força. Além da utilização da força, outra estratégia de controle do social bastante utilizada no período dava-se pela via da imprensa, que procurava focar sua produção no êxito econômico e no sucesso do país no campo esportivo, especialmente no futebol.

É durante a presidência de Ernesto Geisel que o processo de redemocratização, de um retorno do Estado a um comando civil, passará a fazer parte da agenda política de forma gradual e cautelosa. O Ministério da Saúde assume a organização da política nacional de saúde, que deveria atender aos interesses coletivos, principalmente às demandas das pessoas economicamente ativas, e esboça-se um contexto de intersetorialidade, com a parceria de outras pastas governamentais.

É na Quinta Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1975, que a organização de um Sistema Nacional de Saúde retornará às discussões, que não são organizadas fora do contexto intergovernamental, ou seja, não têm a participação popular. Todavia, será nesse momento que a saúde passará a ser conceituada como um campo no qual há uma responsabilidade conjunta entre Estado, agentes de saúde e comunidade.

Trata-se, então, de uma dizibilidade, uma enunciabilidade do controle social, mas este ainda não seria colocado em prática tal como o vemos hoje. Os líderes comunitários deveriam ser orientados a respeito das questões de saúde para convencerem a população, que é convocada às campanhas de saúde.

Na Sexta Conferência de Saúde, em 1977, os líderes comunitários não só orientam, como também são conceituados como capazes de intervir em si mesmos e nas suas comunidades a partir de uma lógica de vigilância.

A Sétima Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, retomará algumas discussões da Sexta Conferência e trará muitas das temáticas apresentadas na Declaração de Alma-Ata, do ano de 1978, tais como os investimentos e a primazia do setor de atenção à saúde denominado de Atenção Básica. O discurso é fortemente marcado pela participação popular nas políticas de saúde, mas o povo ainda não é convidado a elaborar essa política. Essas condições de conformação do controle social constituem-se por algumas linhas cartográficas analisadas a partir de agora.

Como vimos anteriormente, no ano de 1964, os ânimos políticos estavam exaltados não só naqueles que ocupavam o governo, como também naqueles que se colocavam como opositores do governo de João Goulart. Após um discurso inflamado do presidente em março desse ano, o general Olympio Mourão Filho lança a *Operação Popeye*, que pretendia depor o presidente por meio da presença de tropas militares no Rio de Janeiro. Apesar do seu insucesso, a iniciativa do general mineiro obrigou os militares a anteciparem sua ação para derrubar o presidente (PILAGALLO, 2009d).

De acordo com Pilagallo (2009d), o que ocorreu em solo brasileiro não pode ser comparado ao que houve nas Revoluções Russa (1917) e Francesa (1789), já que estas

provocaram mudanças estruturais na sociedade. O que se desejava não era um novo grupo no poder, mas “[...] outro projeto nacional, politicamente conservador e economicamente modernizante” (PILAGALLO, 2009d, p.48).

Embora houvesse uma manifestação de governadores, parlamentares, empresários, da imprensa, da classe média e da própria Igreja Católica em relação ao novo governo, ficou claro que a opinião que importava em relação à condução provinha do Exército. Desse modo, de um regime democrático, passamos a um regime ditatorial. Em 5 de abril de 1964, a despeito dos demais pretendentes, Castello Branco assume a Presidência, candidato único e eleito indiretamente pelo Congresso, órgão que atendia aos interesses militares— diga-se de passagem, esse presidente era completamente desconhecido da população.

Pilagallo (2009d) ressalta que o grupo que daria as cartas à política nacional era caracterizado por um apego às leis. Porém, com a possibilidade de governo nas mãos, o que se viu foi uma série de medidas ditatoriais que não se preocupavam em manter alguma coerência com o foro legal e se amparavam em decretos. A própria eleição indireta de Castello Branco foi regulamentada dias antes por um ato institucional, que seria depois denominado de AI-1, no qual se afirmava que a revolução se legitimava por si mesma.

Agindo dessa forma, o novo Estado ditatorial ocupava-se de combater preventivamente os setores que outrora apoiaram o Estado, especialmente o setor sindical. De acordo com o que já discutimos dos conceitos de Foucault (2008b), o poder reveste-se de estratégias que visam a manter o próprio poder e assim encontra justificativas para os seus atos. Um novo regime de verificação começa a instalar-se, e, conseqüentemente, também novas produções de subjetividades, uma nova razão de Estado.

Para além da esfera econômica e mesmo não tendo o golpe de 1964 apresentado sinais de violência, o que se viu no período posterior incluiu a cassação de políticos populistas, prisões de lideranças de esquerda e casos de tortura comandados pelos oficiais da linha dura que condenavam cidadãos, sem direito de defesa. Tal endurecimento manifesta-se mais ferozmente a partir do final do ano de 1965, em resposta às eleições estaduais. Pressionado pelos setores militares, que temiam o apoio popular a Juscelino Kubitschek, Castello Branco assinou o AI-2. Este ato institucional minou as esperanças de um retorno à democracia, já que determinava a eleição indireta para a Presidência da República, a extinção dos partidos políticos e a mutilação da Constituição de 1946 (PILAGALLO, 2009d).

A repressão e a perseguição política que haviam existido na gestão de Vargas voltam a apresentar-se no Estado ditatorial militar após 1964. Aos opositores, estava organizada uma estratégia de cassação quando no foro político e de prisões e torturas no foro civil. Aos civis,

além das prisões e das torturas, restava a percepção de que não poderiam mais escolher o seu presidente e de que o voto deixa de apresentar-se como direito. Antes de sua saída do governo, Castello Branco conseguiria ainda aprovar a Carta Constitucional de 1967, consolidando os atos institucionais e colocando em vigor a Lei da Imprensa e a Lei de Segurança Nacional, que cerceava a liberdade civil, assim municiando o próximo presidente para os enfrentamentos que viriam.

Recorrendo aos conceitos foucaultianos que usamos para trabalhar os demais períodos históricos brasileiros, façamos algumas considerações. O novo Estado ditatorial após 1964 volta a desenhar-se por meio de uma visão de soberania, ou seja, o presidente é o representante de um governo que institui as leis de acordo com as suas vontades políticas. Os atos institucionais, mesmo dando um verniz legal, no dizer de Pilagallo (2009d), funcionam como enunciadores da vontade soberana.

O dispositivo legal determina uma aura de obediência a esse novo Estado e lança mão de dispositivos disciplinares, referendando o que se compreende como autorizado/permitido ou não-autorizado/não-permitido. Por meio de conceituações bem específicas, a população é dividida, disciplinarizada entre apoiadores e opositores, e para cada um desses setores corresponde uma série de dispositivos diferenciados. Aos apoiadores, é instituída a possibilidade de participação no jogo político, com as suas próprias idiossincrasias, que não são objeto deste trabalho e fundamentariam outros estudos. Aos opositores, destinam-se a cassação política, a censura, a prisão, a tortura.

Ao que nos parece, não se pode mencionar a possibilidade de controle social quando o governo institui como uma das relações da população com o Estado a relação de obediência ao jogo político em cena. Essa afirmação sustenta o que estamos defendendo, pois se trata claramente de um retorno a uma esfera de controle, mas de controle do social pela via da obediência.

Não podemos esquecer também que, apesar das questões relacionadas à soberania e à disciplina, o Estado brasileiro é ainda um estado de segurança, que reatualiza dentro de si dispositivos de regulação da população. A população tem os seus próprios fenômenos, e o governo se encarregará de regulá-los, uma vez que é pelo conceito de população que dizemos ser esse Estado um estado de segurança.

A Carta Constitucional de 1967, elaborada três anos após a tomada do poder pelos militares, com a deposição do presidente João Goulart, reflete as estratégias do poder que estão em jogo no cenário político do país. De acordo com Cavalcanti, Brito e Baleeiro (2012), há uma centralização muito maior no papel da União, que volta a centralizar as direções políticas,

transformando os estados em seu campo de ação e deixando aos municípios uma realidade apenas operacional.

Após o fim do regime, o governo volta a dizer que o poder emana do povo e por ele é exercido, tal como era determinado nas Cartas Constitucionais anteriores. A guerra de conquista é novamente mencionada como algo vedado, e os entraves com as outras nações devem ser resolvidos de forma pacífica, assim como também já fora anteriormente citado. As forças armadas devem planejar e garantir a segurança nacional.

Interessante ressaltar que, entre as atribuições destinadas à polícia federal, constam a repressão ao tráfico de entorpecentes e a censura de diversões públicas. Como outras competências da União, estão as organizações de planos de desenvolvimento regionais e planos nacionais de educação e saúde.

Algo que nos parece hoje relevante é o entendimento de que as questões de saúde e de educação, em comparação com as de desenvolvimento, não possuam idiosincrasias regionais, tal como as pensamos atualmente. Sobre a saúde, incidirá ainda legislação proveniente da União no sentido de sua defesa e proteção.

Os eleitores são caracterizados como maiores de 18 anos, tomando-se o voto e o alistamento militar como compulsórios, salvo algumas exceções. Inúmeros artigos e parágrafos possuem redação parecida com a da Carta Constitucional de 1946. Não há nenhum artigo ou parágrafo que mencione a questão do controle social ou detalhamento a respeito da política nacional de saúde, havendo, todavia, posicionamentos sobre as áreas de educação, arte, cultura e trabalho. No tocante à saúde, podemos encontrar, nos dizeres sobre a ordem econômica e social, a garantia de que aos trabalhadores estará disponibilizada a assistência médica, hospitalar e sanitária preventiva.

No mesmo ano de aprovação da Carta Constitucional de 1967, ocorrerá a Quarta Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os recursos humanos para as atividades em saúde.

A quarta conferência, assim como as demais realizadas no período de ditadura militar, “[...] retomou o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios” (BRASIL, CONASS, 2009, p. 13). Como se pode ver, ainda não se menciona a participação popular, e um saber técnico é que argumentará as questões de biopolítica. Aquilo que diz respeito à vida está atrelado a uma política, construída distante daquele que a viverá. A ênfase da Quarta Conferência estava na responsabilidade das instituições de ensino superior e do próprio Ministério da Saúde de

capacitar aqueles que iriam pensar a política e executá-la: os profissionais, os técnicos da área de saúde, mas não os seus usuários.

A repressão do governo era desmedida em comparação com os atos públicos, o que levou à articulação de populares, artistas, intelectuais e professores. Com isso, há certo recuo do Estado, uma vez que se configurava um ambiente de grande produção cultural, mas de intensa hostilidade com liberdades.

A nova produção artística desaguava nos festivais de música, que, desde 1965, eletrizavam o público, sobretudo os universitários. Refletindo a agitação de 1968, o Festival Internacional de Canção Popular foi o mais tumultuado de todos. O que se via e ouvia nos palcos do Rio e de São Paulo não deixava dúvidas de que, além da frente única contra o inimigo comum que eram os militares, não havia consenso entre os artistas. Eles divergiam sobre tudo: a importância do folclore, o uso de guitarras elétricas, a temática social, o lirismo alienado, o recado ideológico – não escapava nem mesmo o modelo do terno que usavam (PILAGALLO, 2009d, p.59).

Nesse panorama, a violência caminhava para uma institucionalização. Os militares linha dura aguardavam um pretexto para pressionar o presidente, o que se deu a partir do discurso de Márcio Moreira Alves, membro do partido de oposição (MDB, ou Movimento Democrático Brasileiro).

Os enfrentamentos entre o Estado e os estudantes pioravam. Com a proibição da punição declarada pela Câmara dos Deputados, em 13 de dezembro de 1968, o presidente Costa e Silva convocou uma reunião do Conselho de Segurança Nacional, aprovando-se o texto do AI-5. Este, ao contrário dos atos anteriores, vigoraria por prazo indefinido e:

[...] dava ao presidente, entre outras prerrogativas, o poder de cassar políticos, fechar o Congresso, suspender o habeas corpus, impor censura prévia à imprensa, aposentar compulsoriamente professores universitários, prender dissidentes (PILAGALLO, 2009d, p.65).

Os anos posteriores ao AI-5 foram denominados de *Anos de Chumbo*, e ficou claro que qualquer oposição seria sufocada, mesmo que para isso fosse preciso usar violência. Propostas de luta armada e de instalação do socialismo no Brasil culminaram com o sequestro de um embaixador americano e com a libertação de prisioneiros políticos, que fugiram para o exterior.

Cabe dizer que vários desses prisioneiros ocuparam ou ocupam cargos políticos atualmente. Aqueles que desejavam a queda do regime militar dividiam-se entre a oposição pacífica e a luta armada, sendo esta última opção bastante atrativa aos universitários de classe média, mesmo não sendo possuidores, de acordo com Pilagallo (2009d), de prática militar e teoria política.

Interessante fazer uma ressalva. Havíamos dito anteriormente que, assim que Castelo Branco assumira a presidência, se presenciou no Brasil um retorno à perseguição política, com prisões, perdas de mandato e torturas, o que deixara de ocorrer no governo de João Goulart. Chama-nos a atenção o fato de que a perseguição se torna ainda mais presente e é incrementada quando há um posicionamento de enfrentamento do Estado, como na gestão de Costa e Silva.

Diante desse quadro de luta armada, a questão sucessória foi novamente decidida de maneira indireta, e o ex-chefe do Serviço Nacional de Informações (SNI), General Emílio Garrastazu Médici, é empossado em outubro de 1969. A repressão dotava-se de força política para combater a luta armada. O assassinato de líderes, tais como Mariguella, pelos comandados do Departamento de Ordem Política e Social (DOPS) fornecia o tom do Estado Brasileiro naquele momento.

Para enfrentar a luta armada, o governo deu total liberdade ao aparato de repressão. A tortura de prisioneiros políticos se tornou corriqueira em dependências policiais e militares. Calcula-se que 144 pessoas tenham sido assassinadas sob tortura e que 125 tenham “desaparecido” – referência aos mortos cujos corpos não foram encontrados (PILAGALLO, 2009d, p.75).

A estratégia de divulgação de informações foi utilizada de maneira sábia pela gestão de Emílio Garrastazu Médici. Somada à forte repressão, têm-se as duas estratégias de controle do social que conseguiriam escamotear o lado execrável do governo, que torturava e matava os seus opositores e que associava a gestão com um sucesso esportivo.

É comum esse discurso atual de manipulação como forma de condução da opinião pública, e, no caso do Brasil, não é raro que essa distração se dê pela via de eventos esportivos. Consideremos que, apesar de essas duas estratégias de controle do social na gestão de Médici terem sido capazes de construir uma visão positiva do governo, o sucesso econômico também serviu ao mesmo fim.

É possível que dificuldades econômicas acentuadas pudessem ter mudado a avaliação do período governamental. Pilagallo (2009d) chega a explicitar o próprio comportamento do presidente, que se permitia fotografar acompanhando jogos da Copa do Mundo por meio de um rádio de pilha, desconstruindo a figura de ditador e, de certa forma, dizendo à população quais questões se revestiam de relevância no momento.

Pilagallo (2009d) afirma, todavia, que em se tratando do governo Geisel o projeto político tem o valor de ter sido central em relação ao projeto econômico. Almejava-se uma distensão política lenta e gradual, um processo de redemocratização, o retorno do governo aos civis. Não sendo mais necessário o aparelho de repressão que se usara após o AI-5, o presidente Geisel começa a ter problemas com os militares que ainda desejavam valer-se desse dispositivo.

Trata-se de um regime de verificação importante, que produz subjetividades e formas de existir específicas. Se, meses antes, a perseguição política e civil dirigia-se àqueles que eram opositores do Estado e que pregavam a luta armada, agora outra figura volta a emergir como dotada de um rótulo de perigo à sociedade. É a figura do comunista, que já fora em outras situações utilizada como portadora desse rótulo de perigo à situação.

A Quinta Conferência Nacional de Saúde ocorreria no ano de 1975, sendo presidida pelo ministro da Saúde, Paulo Almeida Machado. Seria dedicada à discussão de cinco temas específicos. O primeiro seria a implantação da Lei 6229/75, que criava o Sistema Nacional de Saúde e distribuía as atribuições entre o Ministério da Saúde, responsável pelas ações coletivas da Saúde Pública, e o sistema de assistência médico-previdenciário, responsável pela assistência médica previdenciária individual.

Foram também discutidas nessa conferência as estratégias e mecanismos de implementação dos programas de saúde materno-infantil, de controle de grandes endemias e de extensão das ações de saúde às populações rurais. Somadas a essas quatro pautas, discute-se a implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, CONASS, 2009).

Como havíamos mencionado anteriormente, trata-se de uma conferência ainda de perfil intergovernamental, com a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social, representantes dos Ministérios da área social e representantes dos Ministérios de Planejamento e Fazenda. De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2009), a grande contribuição dessa conferência foram as propostas relativas à organização do Sistema Nacional de Saúde. Ressalta-se a ausência de participação popular na realização da conferência.

De acordo com a Lei 6229 de 1975, o Sistema Nacional de Saúde seria composto pelo complexo de serviços direcionados à assistência à saúde, fossem eles privados ou públicos, que atuariam na promoção, proteção e recuperação da saúde. O Ministério da Saúde é responsável por elaborar a política nacional de saúde e deve ser capaz de atender aos interesses coletivos.

Cabe a ele também, embora não esteja explicitada a metodologia que deveria ser utilizada, a avaliação do estado sanitário da população. Além de elaborar o plano de proteção da saúde e de combate às doenças transmissíveis e a execução das ações para esse fim, o Ministério assume uma série de outras competências.

Ao Ministério de Previdência Social fica destinada a coordenação e execução das medidas de assistência médica individual. É também convocado à ação o Ministério de Educação e Cultura para formar e habilitar os técnicos que atuarão no campo da saúde, sejam eles de nível superior ou de nível técnico. Os demais Ministérios são também chamados à

participação na constituição e manejo desse sistema nacional (BRASIL, Presidência da República, 1975).

A Lei ainda define as atribuições da União, dos estados e municípios e define três áreas programáticas de atuação sobre o meio ambiente, prestação de serviços às pessoas e atividades de apoio. O campo de saúde passa a ser visto por meio de um prisma regional, e são criadas as Coordenadorias Regionais de Saúde, que deveriam fomentar as discussões locais e embasar os posicionamentos da política nacional e do Sistema Nacional de Saúde.

Percebe-se, dessa forma, que não há um planejamento específico sobre participação popular ou de controle social nessa Lei, que será revogada pela Lei 8080 de 1990; à população, cabem somente as informações ao Ministério da Saúde. Há, sim, um trabalho que podemos compreender como conjunto, mas conjunto no sentido de fornecer dados e indicadores ao pessoal técnico que construirá a política, ainda que bem distante do seu usuário.

No relatório da Quinta Conferência, no discurso do presidente que abre o relatório, há uma colocação que infunde uma responsabilidade no campo da saúde que transita entre o Estado, os agentes de saúde e a comunidade. Trata-se, a nosso ver, da primeira menção conceitual que sugere o campo da saúde perpassado pela participação popular. Portanto, é uma possibilidade de dizibilidade de um controle social, mas uma dizibilidade e enunciabilidade que não se operacionalizam por meio da participação popular na própria conferência. Ao que já sinalizamos anteriormente, a população é tida como fornecedora de informações que irão fundamentar as ações e discussões dos construtores da política nacional e do Sistema Nacional de Saúde, a ser construído pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, também cabe ressaltar que as funções de saúde envolvem responsabilidades e deveres que abrangem a sociedade como um todo. A ação do poder público, nas três esferas governamentais em que se desdobra, combinar-se-á portanto com a atuação da comunidade, num fecundante processo de interação que levará ao aperfeiçoamento crescente do sistema (BRASIL, MS, 1975, p.2).

Neste ponto, é pertinente fazer uma sinalização em termos do tempo histórico. O controle social e a participação popular na gestão da saúde começam a ser pensados junto da distensão política, do projeto de retorno da participação política da sociedade civil. Assim, começa a ser pensado no exato momento em que o Estado militar abre mão do AI-5, ou seja, do seu posicionamento mais endurecido em termos da repressão, e isso acontece na ausência de opositores. Logo depois, o presidente cita que a União convocou a população a participar da campanha contra a meningite e que ela atendeu à convocação. Ora, não se trata de uma relação agonística, de uma negociação, mas ainda de uma relação planejada sob uma lógica que nos remete a um ato de submeter-se à política, que não convida, mas convoca.

O Sistema Nacional de Saúde é organizado como forma de minimizar os embates entre as instituições que prestavam assistência à população. Nesse ínterim, novamente manifesta-se um viés econômico bem delimitado, versando sobre a necessidade do SNS; as condições de atenção à saúde devem melhorar, especialmente considerando a necessidade “[...] de organizar serviços que atendam aos problemas de saúde dos grupos economicamente ativos da população” (BRASIL, MS, 1975, p.20).

Há, neste ponto, uma questão que nos chama a atenção: a compreensão de um bloqueio no que se refere à informação adequada e de mecanismos institucionais que possibilitem o conhecimento das necessidades básicas da população. Talvez isso ocorra devido a vários fatores, mas podemos conjecturar que a ausência de voz direta e não mediada da população seja um dos entraves ao conhecimento.

No que diz respeito ao Programa de Atenção à Saúde Materno-Infantil (Promater), a teorização sobre a participação popular é mais clara ainda, enunciando elementos que parecem embasar posicionamentos mais atuais. Além de uma cartografia das lideranças locais e um respeito dos preceitos socioculturais da comunidade, há uma apropriação dos meios comunitários e uma institucionalização daqueles programas que procuram desenvolver a comunidade.

12 - A participação da comunidade foi reconhecida como de vital importância, sendo imprescindível para obtê-la: 12.1 – identificação das legítimas lideranças locais; 12.2 – utilização permanente dos meios de comunicação coletivos; 12.3 – aproveitamentos dos movimentos comunitários existentes; 12.4 – institucionalização de programas comunitários que visem à organização e ao desenvolvimento da comunidade; 12.5 – respeitar os preceitos de natureza sócio-cultural da comunidade (BRASIL, MS, 1975, p.32).

No relatório da Quinta Conferência, ainda aparecem alguns conceitos interessantes acerca da participação popular sob a temática do programa de controle das grandes endemias. Segundo os conceitos apresentados, os líderes comunitários precisam ser orientados e a população é mencionada como um setor a ser conscientizado a respeito do benefício das ações integradas. Estratégias diferentes para categorizações diferentes: aos líderes, cabe a orientação; à população, a conscientização ou o convencimento. Embora isso não esteja escrito, parece-nos possível inferir que se esperava que os líderes, denominados anteriormente de legítimos, fossem capazes de auxiliar na conscientização da população (BRASIL, MS, 1975).

Mesmo que não seja objetivo deste trabalho fazer a análise da enunciabilidade do programa de saúde da família no Brasil, no que se refere à saúde rural e à presença da figura dos auxiliares, há indicadores de possíveis análises no relatório da Quinta Conferência.

A Sexta Conferência Nacional de Saúde viria a acontecer dois anos após a Quinta Conferência, no ano de 1977, sob a mesma figura presidencial e o mesmo ministro responsável pela pasta: Ernesto Geisel e Paulo de Almeida Machado, respectivamente. Essa conferência, ainda de caráter intergovernamental devido à natureza dos seus participantes, teve como temário: a situação de controle das grandes endemias, a operacionalização dos diplomas legais básicos apresentados em saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde (BRASIL, MS, 1977).

De acordo com o relatório da Sexta Conferência, no que se refere ao seu primeiro tema – a situação de controle das grandes endemias –, a população passa a ser um setor não só fornecedor de informações, mas de possível intervenção sobre si mesmo, em uma vigilância direcionada – da população à população novamente –, mas que se torna “[...] uma participação efetiva no processo de vigilância” (BRASIL, MS, p.31). Informação e convocação em um primeiro momento; passados dois anos, vigilância e informação, nessa ordem.

Ao versar sobre a esquistossomose, o discurso sobre a participação popular agrega não só essas relações, mas outras. Se tomarmos o conceito de razão de Estado de Foucault (2008a), poderíamos talvez dizer que se trata de uma razão do controle social e da participação popular, uma extensão das práticas do Estado quando estas se apresentam como dificultosas, de longo prazo ou de difícil implantação.

Como nem sempre é possível o emprego de todas as medidas preconizadas para o controle das esquistossomoses [...] e que outras somente fornecem respostas a longo prazo (educação sanitária) ou são de difícil implantação (saneamento básico), a participação da comunidade deve ser encarada como uma necessidade geral dos programas de saúde pública, em todas as suas fases (BRASIL, MS, 1977, p.31).

Os elementos que novamente se apresentam são a necessidade de se identificarem as lideranças regionais e uma parceria entre as diversas áreas que podem interferir na saúde, tais como as que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social e as instituições da comunidade.

Cabe ressaltar que, tanto em 1975 quanto em 1977, a saúde era como um campo de atuação estatal, muitas vezes requerendo o que é enunciado como *poder de polícia*; cita-se isso como uma questão a ser repensada em termos legais a fim de que a saúde coletiva possa ser protegida. Esse raciocínio pode ser facilmente encontrado em algumas discussões atuais sobre os mecanismos de atenção à saúde, tais como os agentes comunitários de saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em matéria de saúde pública, o descompasso entre lei e os fatos acarreta sérios transtornos à ação das autoridades e órgãos competentes pela falta de embasamento para a prática de seus atos, inclusive daqueles fundados no poder de polícia, proporcionando a impunidade e a proliferação de situações que podem acarretar a periclitada da vida e da saúde. A preservação da saúde coletiva constitui objetivo

fundamental dos Estados contemporâneos. No caso do Brasil, o direito à vida e conseqüentemente à saúde se inclui dentre os marcos de garantias que foram consagrados em nossa Constituição e o homem é o objeto supremo do planejamento nas reformas sociais (BRASIL, MS, 1977, p.38).

Nesse trecho, temos um eco de uma razão de Estado que se fundamenta e justifica nas suas condutas por uma proteção que pode oferecer. Mais além, trata, inclusive, de medidas que podem ser tomadas para assegurar a proteção da maior parte da população diante daqueles que se colocarem em comportamentos inadequados ou que ponham em risco a vida e a saúde.

O poder de polícia consolida-se na justificação de proteger a população – estratégia disciplinar em um estado de segurança. Segue-se reiterando que a saúde coletiva é, além de uma área a ser protegida, um campo de ação conjunta entre Estado e população, e não de uma população específica, mas de sua totalidade. Apesar dessa implicação e parceria, sabe-se que essa população desconhece seus direitos e deveres.

O âmbito em matéria de saúde é tão amplo, que a sua abordagem pressupõe uma atenção do Estado nos distintos setores da população, dentro ainda da consciência de que os problemas de saúde pública só podem ser resolvidos plenamente com a participação do Estado e de toda a população, das classes intelectuais, dos trabalhadores, dos professores, dos estudantes, do setor empresarial e da sua comunidade em sua mais ampla concepção. Vem a propósito a frase lapidar do Ministro Paulo de Almeida Machado: “Saúde Pública se faz com o povo e para o povo” (BRASIL, MS, 1977, p.39).

O Direito Sanitário do país na época percebe-se a si mesmo como estratégia necessária à proteção da saúde coletiva e, como estratégia de proteção, vê-se repressivo e preventivo.

O texto da Sexta Conferência segue até onde são tecidas considerações acerca da forma como as pessoas procuram os serviços de assistência à saúde. Afirma-se que a população, aí composta pelas pessoas assistidas e pelos agentes de saúde, tem uma forma tendenciosa de ser e agir, em uma gama de comportamentos espontâneos. Essa descrição de um aglomerado de pessoas com seus próprios fluxos, as quais precisam, por isso, ser reguladas em seus processos, pois não podem mais ser proibidas de agir de uma determinada forma, parece repousar no conceito de população apresentado por Foucault (2008a), conceito que funda e permite o estado de segurança.

Em relação à questão discutida, o relatório diz que o comportamento da população é dependente dos serviços que lhe são oferecidos e de uma lógica cultural que lhe provê uma determinada forma de conceituar o binômio saúde-doença e de posicionar-se perante ele. Essa forma, pela dificuldade de acesso, apresenta-se especialmente e mais concentrada na recuperação, em detrimento da prevenção, ou seja, na procura pelo serviço e atenção quando o agravo já se encontra instalado. Assim, sugere-se que a atenção à saúde seja disponibilizada às pessoas por meio de “[...]serviços de saúde geograficamente próximos das comunidades e que

executam atividades compatíveis com os padrões culturais das populações” (BRASIL, MS, 1977, p.49).

Um novo regime de verificação agora surge como enunciabilidade, uma vez que a população precisa usar o serviço não só em um sentido curativo, mas também preventivo; para que isso seja possível, devem-se mudar os paradigmas educacionais dessa população. Além do conhecimento, ela passa a ser identificada como um setor a ser atingido por estratégias e opções táticas que a situem como uma participante efetiva do programa de saúde em caráter permanente. Trata-se da produção de uma nova forma de subjetividade.

Nas palavras do próprio documento, entende-se que o poder na criação da política possa ser coercitivo, mas o intuito dessa conferência seria outro, não o estabelecimento dos jogos de poder entre os atores. Compreendamos, por meio de Foucault, que essa ausência de poder é discursiva, visando a estabelecer uma política, tal qual “[...] um corpo de doutrina para fins operacionais, que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou por seus representantes e lideranças” (BRASIL, MS, 1977, p.56).

De acordo com o CONASS (2009), já eram percebidas nesse período algumas das demandas sociais relacionadas à democratização do processo decisório no campo da saúde. O projeto político de distensão e redemocratização alternava-se entre avanços e recuos, para que não houvesse precipitações. Trata-se, portanto, de uma estratégia de regulação e de controle do social bastante inovadora, uma vez que o governo pretendia conter os ânimos da população para que esta não se precipitasse em manifestações com a finalidade de apressar a distensão. Ainda assim, intencionava-se construir uma imagem do governo como instância capaz de conduzir a distensão política, em uma razão de Estado construída por meio de uma atividade cíclica.

Para preparar o solo que receberia o último presidente militar, Ernesto Geisel, em uma de suas últimas ações, decide extinguir o AI-5, no começo de 1979. O ciclo militar caminhava à distensão que se programara, enquanto no cenário político nacional surge o Partido dos Trabalhadores, que colocaria um ex-operário na Presidência, seguido da primeira presidente. Pilagallo (2009e) afirma que a permissão militar ao pluripartidarismo, acionada em 1980 com a extinção da Arena e do MDB, tinha a clara intenção estratégica de enfraquecer a oposição em diversos locais de enfrentamento. Essa possibilidade foi, de certa forma, realizada no surgimento do Partido dos Trabalhadores.

Em termos da participação popular e do controle social, pudemos perceber que a estratégia de repressão utilizada até aqui procurou justificar-se pela necessidade de que o país fosse protegido da ameaça comunista, argumento que servira mesmo antes do governo de João

Goulart. Para proteger o país e mantê-lo em um estado de coesão interna, utilizou-se de um aparato que anulou a oposição ao Estado, proveniente tanto da esfera política quanto da sociedade civil. Por meio dessa estratégia, diversos líderes contrários ao governo foram conduzidos à morte; aqueles que se opuseram no campo político viram-se enquadrados em um bipartidarismo e em um controle da imprensa que, apesar de minar as forças do MDB, não conseguiu impedir completamente algumas articulações contrárias à ditadura.

Com a oposição anulada, as estratégias de manutenção do poder podem ser mudadas, e foi esse regime de veridificação que permitiu o AI-5 e o processo de anistia. Outra percepção é bastante interessante neste momento. O social é controlado (controle do social como temos denominado) até o limite do exercício do poder pelos militares. Quando este havia alcançado os seus objetivos, tendo a reabertura democrática como um deles, outras questões puderam manifestar-se, tais como outras estratégias de enfraquecimento da oposição.

A democracia, por mais paradoxal que isso possa nos parecer, surge como uma condução da ditadura militar, e não como uma conquista da população, mesmo que ela possa participar de outros modos da vida política do país. O controle social e a participação popular no Brasil emergem, por assim dizer, por uma permissão ou da saída de cena do governo militar.

No ano de 1980, ocorreria a Sétima Conferência Nacional de Saúde, sob a gestão do último presidente militar, João Baptista Figueiredo, e do então ministro da Saúde, Waldir Mendes Arcoverde. Com participantes provenientes de órgãos públicos, tomou como tema as ações de saúde pelos serviços básicos, área de discussão que já se encontrava presente na Sexta Conferência, de 1977, e que podemos também identificar (cartografar) na Declaração de Alma-Ata, no ano de 1978, documento gerado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários na Saúde, realizada na antiga União Soviética (URSS).

Embora o temário contemplasse temas como articulação inter-setorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. Também foi objeto de discussão uma proposta do então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de se criar um seguro-saúde, uma contribuição previdenciária adicional destinada a financiar a instituição (CONASS, 2009, p.14).

Antes que possamos seguir nas argumentações propostas pela Sétima Conferência Nacional de Saúde, parece-nos relevante discutir a Declaração de Alma-Ata e certa reverberação do que foi debatido sobre os temas escolhidos para as discussões em solo pátrio.

Em 1978, na cidade de Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), foi realizada a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de*

Saúde, e o documento elaborado a partir de sua realização é conhecido como a Declaração de Alma-Ata. Esta inicia afirmando ser necessária a ação urgente de todos os governos no sentido de promover a saúde de todos os povos do mundo. Após essa primeira afirmação, ela logo apresenta a saúde como um estado diferenciado da completa ausência de doenças, constructo que parece perdurar até os dias de hoje, conceituando-o como um “[...] completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1978). O primeiro artigo da Declaração ainda enfatiza que o maior nível de saúde possível para toda a população seria a maior meta social passível de ser formulada e que esta só poderia ser alcançada por meio da intersectorialidade, ou seja, pelo trabalho conjunto de diversos setores sociais, nas esferas pública e privada, não só do setor saúde.

A Declaração segue afirmando o que nos parece uma contradição: a de que as desigualdades sociais e econômicas entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento seria objeto de preocupação de todos os países. O terceiro artigo declara a meta estabelecida no ano de 1978 – “Saúde para todos no ano 2000”. Esta meta estabelece uma nova estratégia de biopoder mundial, ou seja, apresenta-se claramente como uma tomada daquilo que é mais humano no interior de uma relação de poder, de uma política da vida.

No Brasil, essa nova estratégia do biopoder se manifestará como um investimento financeiro na atenção básica, considerando que esta poderia ser a porta de entrada dos outros serviços de saúde e seria capaz de sanar muitas dificuldades nesse campo. O Brasil, então, na construção de suas políticas, assume a possibilidade – ainda conceitual, pois a população não é convidada em um primeiro momento a participar das discussões – de uma participação popular, entendendo que ela deva ser ainda capacitada para tal atuação.

Porém, o que mais chama a atenção é a incorporação das definições das políticas mundiais na redação e na compreensão da política nacional. Em pleno exercício de um governo militar que censura, prende e reprime a oposição, abre-se a possibilidade de uma participação popular no campo da saúde.

No que tange ao nosso interesse específico, o controle social e a participação popular, direcionamos o nosso olhar ao quarto parágrafo da Declaração, que afirma: “é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978). Tal afirmação estabelece um paradigma interessante, o de que a saúde deve ser tributária da participação das pessoas tanto no nível individual quanto na esfera coletiva. Essa mesma ideia ressoará na Constituição Brasileira, 10 anos após a Declaração, conforme veremos adiante.

A Declaração de Alma-Ata segue elencando os cuidados primários como a esfera que deve receber atenção prioritária dos setores governamentais. Nessa listagem, encontra-se também um chamado à participação popular, posto que a atenção à saúde na comunidade seja conduzida o mais próximo possível do local de residência das pessoas. Conforme se encontra na própria Declaração sobre os cuidados primários:

[...] 5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades (OMS, 1978).

O que se pode perceber no texto acima é uma determinada convocação da população para a gestão adequada do processo de atenção à saúde, uma estratégia de biopoder que aproxima o Estado de uma gestão popular.

Tomando ainda como referência o relatório da Sétima Conferência, o discurso do ministro da Saúde, quando de sua abertura, fornece uma interessante articulação com o conceito de biopoder apresentado por Foucault (2008a). A fala ministerial propõe que o desenvolvimento do país elaborará uma política que tomará o homem como objetivo fundamental, “[...] onde a saúde não é simplesmente uma condição desejável em si mesma, mas um requisito indispensável para o desenvolvimento econômico-social”. Ao setor saúde, “[...] cabe o cumprimento das funções transcendentais, que contribuem para elevar o nível de vida e aumentar as oportunidades econômicas para toda a população” (BRASIL, MS, 1980, p.14).

Foucault conceitua biopoder como “[...] um conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008a, p.3). A realização da Conferência e a elaboração de uma política de saúde são, portanto, mecanismos de biopoder que não se direcionam apenas à recuperação da saúde, mas que tomam a saúde como uma possibilidade de desenvolvimento econômico do sujeito e do país.

Isso é dito publicamente pelo próprio ministro em seu discurso de abertura. Além de alertar novamente para uma percepção da necessidade de uma intersectorialidade no campo da saúde (como vimos, essa afirmação não tem caráter original), ele dirá que os investimentos em saúde se apresentam como extremamente rentáveis, de alta rentabilidade social. A atenção primária à saúde é identificada como uma estratégia que supera os conflitos encontrados entre necessidades e recursos na área da saúde.

Sobre controle social e participação popular, além de versar sobre a necessidade de que se inovem as práticas de assistência a partir de determinados contextos locais e culturais,

para que não seja mera cópia de outros modelos e que não se pense a realidade local, o então ministro da Saúde afirmará que essa participação popular não deve ser imposta, “[...] para que os membros da comunidade cooperem consciente, crítica e continuamente para logro dos objetivos comuns” (BRASIL, MS, 1980, p.15).

O campo da saúde é um espaço de objetivos comuns em que a participação popular é fundamental. Tanto é que são denominados pelo próprio ministro como indutores e propulsores das mudanças na área assistencial e do modelo de atenção, a fim de que as suas comunidades possam ser mais bem atendidas em sua demanda. Como contradição, os usuários de saúde ainda não são convocados à participação na Conferência, tampouco participam da redação da política, mesmo com esse entendimento sendo assim manifesto e esclarecido.

O discurso seguinte, do então presidente da Organização Mundial da Saúde (OMS), Halfdan Mahler, demonstra o quanto os discursos da OMS e do Estado brasileiro encontravam-se afinados, ao menos no campo teórico, com as colocações já proferidas em Alma-Ata.

A Declaração de Alma-Ata considera, como um dos componentes essenciais mínimos da atenção primária de saúde, a educação do povo sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes. Este componente representa muitíssimo mais que o tradicional conteúdo da educação convencional para a saúde. Um dos pontos que essa Conferência irá discutir nos grupos de trabalho é precisamente o da mobilização da comunidade, para a tomada de consciência de suas próprias responsabilidades, assim como sua participação solidária na seleção dos recursos que seja preciso mobilizar e na identificação das prioridades (MAHLER, apud BRASIL, MS, 1980, p.19).

O presidente brasileiro, ao falar após o discurso da presidência da OMS, afirma categoricamente que o direito à saúde é uma extensão do direito à vida. Para além disso, é dever do Estado prover às populações os meios adequados à promoção da saúde e prevenção de doenças, antes mesmo da reabilitação em si.

Existe nessa fala um determinado conceito de governamentalidade, pois o Estado volta a justificar-se (razão de Estado) como lócus de provimento de condições de saúde e, assim, de condições econômicas. Volta a aparecer a afirmação, como no Estado de Vargas, de que o Estado é o provedor da melhoria, responsável pelas condições de existência e sobrevivência. Sua missão é conduzir os homens a um melhor estado de vida, o que aparecerá na redação da Carta Constitucional de 1988. Nesse sentido de condução, os homens são convidados a participar por meio da formulação, execução e avaliação; estas são as formas de controle social que podem ser enunciadas e que adquirem visibilidade.

Apesar do discurso das autoridades, ao destacarem a importância da participação popular, os conferencistas fornecem uma visão mais clara de que essa mudança de paradigma não é uma transformação simples e demandará, inclusive, não apenas a autorização pelo Estado,

mas também o fornecimento de condições para que a população possa, mais do que participar, atuar de maneira efetiva e capacitada. Os conferencistas focalizam as possibilidades de estratégias de manipulação dessa participação e procuram identificá-la como um sinal de amadurecimento político e de desenvolvimento democrático.

Parece ocioso insistir na necessidade de participação, como estratégia e finalidade dos serviços básicos de saúde. É preciso, porém, ressaltar que a participação real não se manifesta espontaneamente. É necessário transferir às populações recursos, serviços, conhecimentos, mecanismos de expressão e instrumentos que lhes permitam refletir criticamente sobre sua situação e liberar-se dela. Operigo existente na manipulação ou imposição de outros valores deve ser prevenido por outros meios que não o espontaneísmo, forma de negar a liberação prometida, somente possível como objetivo consciente e voluntário. A participação é um lento e trabalhoso processo de interação, parte e consequência de amadurecimento político e desenvolvimento democrático (BRASIL, MS, 1980, p.30).

Essa fala, realizada pelo consultor da Organização Panamericana de Saúde, ainda alerta que as mudanças que se pretendem alcançar no campo da saúde não se apresentam apenas como questões políticas, e sim como propostas que transitam entre relações de poder, entre setores sociais que possuem seus interesses e que interagem uns com os outros o tempo todo. “A saúde é também uma variável social seletiva, histórica e socialmente condicionada, dependente do poder real presente na sociedade. Os serviços [...] afetarão essas relações sociais no interior do setor e fora dele” (BRASIL, MS, 1980, p.32).

Essas relações assim afetadas demonstrarão seus interesses, em concordância ou oposições. Tal visão parece-nos bastante próxima das argumentações foucaultianas (2005), que afirmam que em todas as relações encontradas entre os homens haverá a manifestação do poder e que onde há relações de poder encontraremos oposição e enfrentamento.

No plano da sociedade civil, é preciso trabalhar junto às organizações políticas, profissionais, gremiais, comunitárias e a população em geral. Não apenas em função do apoio desejado, mas pela necessidade da participação crítica que aperfeiçoará e dinamizará o processo. Uma política de saúde apenas institucional transforma-se quase sempre em assistencialismo marginalizador porque reforça, por fim, esquemas de dominação (BRASIL, MS, 1980, p.33).

De acordo com o CONASS (2009), as deliberações e afirmações da Sétima Conferência reconheciam que havia um movimento social que se organizava a fim de reivindicar reformas mais profundas no sistema nacional de saúde.

O movimento sanitário conseguiria, no ano de 1979, a realização do primeiro *Simpósio Nacional de Política de Saúde*, na Câmara dos Deputados. No evento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) apresentou e discutiu sua proposta de reorientação do sistema de saúde em um documento intitulado *A questão democrática na área de saúde*, acatado nos grupos de trabalho e integrando o relatório final do evento.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, última das realizadas durante o regime militar, ainda que nos mesmos moldes das anteriores, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor (CONASS, 2009, p.15).

De acordo com Pilagallo (2009e), o processo de distensão política e reabertura democrática não era encarado como questão rápida a ser resolvida pelos membros do Estado, já que estavam cientes de sua saída do cenário político, mas os opositoristas desejam apressá-la. O fato que mudaria essas perspectivas seria a canalização de um anseio popular ao movimento denominado de *Diretas-Já*.

O que se percebe claramente é que o discurso de abertura política e de participação popular, tão presente nos documentos de que nos utilizamos para a cartografia desse período, não sustentam as práticas do Estado. Em algum sentido, talvez pudéssemos fazer a afirmação contrária, ou seja, de que as práticas do Estado ainda não se aproximavam do seu próprio discurso novo. Apesar de apregoar uma participação popular, ainda não denominada de controle social, o Estado continua preso a estratégias de controle do social, especialmente àquelas que marcadamente se apresentam como opositoristas ou de questionamento do próprio Estado.

Sobre a governamentalidade do período, deve haver um discurso do social, manejado e intermediado ainda por estratégias de força e controle desse mesmo social por parte do Estado – um discurso disciplinarizado, como nos diria Foucault (2005). Uma fala possível de aceitação das estratégias ou de espera pela democracia é adequada e autorizada, um discurso de questionamento e oposição política nos palanques também, mas não são permitidas as manifestações populares na capital do país; a estas, cabem as intervenções – intervenções de censura, prisões e repressão. A participação popular pode existir no campo documental e como proposta aos governantes seguintes, mas deverá aguardar ainda o encerramento desse ciclo; caso não se contenha, incidirão sobre aqueles que se manifestarem os dispositivos anteriormente identificados.

Após diversas negociações e acordos, a eleição de 1985 transcorreu como se esperava, e a composição de Tancredo Neves e José Sarney foi vencedora em uma eleição indireta. Embora as eleições diretas não tivessem obtido sucesso, a população comemorava o fim do ciclo governamental militar.

Tancredo Neves, o então presidente eleito, faria uma série de viagens ao exterior a fim de cercar-se da certeza de sua posse, já que participara de vários eventos na vida pública desde

o governo Vargas. Estando, porém, com idade avançada (75 anos) e adoentado, não resistiria a um conjunto de intervenções cirúrgicas e faleceria em 21 de abril de 1986, na mesma data da morte de Tiradentes, o que lhe deu na história uma imagem de mártir da democracia.

O poder presidencial seria exercido, portanto, por José Sarney, que era, de longe, bem menos articulado do que o seu colega eleito, que nunca chegou a tomar posse (PILAGALLO, 2009e). Encerra-se, então, um ciclo, e automaticamente inicia-se outro na história do país.

Se as questões do controle social e da participação popular estavam até aqui claramente discriminadas e presentes nos discursos oficiais, ainda restava um pouco do regime militar a permitir essa participação e controle de maneira efetiva no que se refere às políticas de saúde. Nesse período histórico de organização ditatorial, a participação popular e o controle social – ainda não enunciado dessa forma, mas já conceituado, em termos operacionais, tal como o encontramos hoje – tomam corpo no campo político e nas políticas de saúde.

3. REFORMA SANITÁRIA: SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

Podemos afirmar que o termo *Reforma Sanitária* foi utilizado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. Todavia, essa mesma expressão parece ter sido encaminhada ao esquecimento por alguns anos até que foi recuperada nos idos dos debates prévios da Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986.

De acordo com Elias (1993), o tema da reforma sanitária é introduzido no Brasil no início dos anos de 1970 por meio dos departamentos de medicina preventiva e social das escolas médicas. Essa proposição conseguiu arregimentar uma parcela dos profissionais de saúde e parte da sociedade brasileira, vindo a constituir o que se convencionou denominar de “movimento da reforma sanitária”. Este iria atuar especialmente no momento de transição do regime ditatorial militar para um regime civil.

Ainda de acordo com Elias (1993), as motivações atribuídas ao movimento de reforma sanitária são classificadas desde um intuito socialista até o estabelecimento e criação do Sistema Único de Saúde, ou SUS. Na época, essa expressão demarcava um conjunto bastante específico de ideias em relação a mudanças e transformações que se julgavam necessárias ao campo da saúde no Brasil. As ideias de mudanças e transformações não se dirigiam apenas ao sistema de saúde, mas também a todo o setor da saúde nacional, em um intuito de melhoria das condições de vida da população brasileira.

Como vimos anteriormente, havia um clima de oposição ao Estado militar, porém, uma oposição que pôde manifestar-se a partir do processo de distensão política que se anunciava no Brasil. Essa oposição também demarca o aparecimento de um novo regime de verificação sobre a saúde, uma apropriação brasileira dos pressupostos de um biopoder de caráter global que abre espaço para uma inserção da atenção primária e uma aproximação entre a gestão governamental e a participação popular, mesmo que conceitual em um primeiro momento.

No Brasil, o discurso da Reforma Sanitária é constituído a partir de uma pequena parcela da intelectualidade universitária da área da saúde, ganhando espaço na sociedade principalmente através do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES *, atingindo assim parte dos profissionais -, aqueles mais afeitos à temática sanitária-e, posteriormente, representantes das Centrais Sindicais (quase exclusivamente profissionais de saúde) e alguns parlamentares (grande parte deles vinculados profissionalmente à saúde). Associam-se a estes setores, representantes dos Movimentos Populares de Saúde e algumas entidades associativas de profissionais de saúde e tem-se o denominado Movimento da Reforma Sanitária [...] (ELIAS, 1993, p.60-61).

Esse movimento terá grande atuação nos períodos anterior e posterior à Oitava Conferência Nacional de Saúde, e os seus militantes serão encontrados em postos de comando do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS.

O que se percebe, nesse contexto, é um direcionamento do Estado em relação à sociedade, um controle do social. Já no modelo italiano, o movimento é caracterizado pela inversão desse direcionamento, ou seja, da população ao governo.

Para além desse binômio Estado/população, os estudos sobre a reforma sanitária brasileira costumam indicar discussões sobre os aspectos organizacionais das instituições de saúde, com ênfase nas questões de custo e benefício, ou nos aspectos da engenharia institucional (ELIAS, 1993).

A atuação do movimento de reforma sanitária brasileira dirigiu-se não só às questões organizacionais e de engenharia, mas serviu como um enfrentamento do regime militar e como negociação política quando houve a transposição para um governo democrático. Trata-se de uma negociação política que tinha proposições acerca do funcionamento e da construção da política de saúde nacional.

Para Elias (1993), o interlocutor do movimento sanitário brasileiro é o próprio Estado, o que imediatamente já diria da relevância do Estado como definidor de políticas públicas e como elemento importante no processo de redemocratização e desenvolvimento do país. O Estado é citado muitas vezes como agente ou lócus neutro a ser ocupado em várias análises citadas por esse autor. Essa forma de situar o Estado direciona as percepções a uma política centralizadora que suprime as diferenças regionais e as possibilidades de estas contribuírem com posicionamentos.

De acordo com o texto encontrado na página da biblioteca virtual Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), quando essas articulações sobre a situação de saúde brasileira se iniciaram, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Porém, em uma reunião na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizada na cidade de Brasília, o grupo de pessoas que se manifestava a partir desses ideais foi chamado de maneira pejorativa de *partido sanitário*. Tendo a figura de Sérgio Arouca como um dos seus expoentes, foi a partir de um trabalho de mestrado orientado por ele, intitulado *Reviravolta na saúde: Origem e articulação do movimento sanitário*, em 1986, que o movimento de questionamento e de desejo de melhoria foi chamado pela primeira vez de movimento sanitário (BRASIL, FIOCRUZ).

No mesmo *site* acima citado, um discurso de Sérgio Arouca datado de 1998 identifica a consolidação do movimento denominado de Reforma Sanitária na realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. De acordo com Arouca, esse movimento teria garantido, por meio de emenda popular à Carta Constitucional de 1988, a saúde como um direito do cidadão e como um dever do Estado. O referido texto ainda cita Sérgio Arouca como um dos líderes desse movimento sanitário, que teve como base teórica o pensamento médico social ou abordagem marxista da saúde e a teoria social da medicina.

Havia uma forma de analisar a doença que estava bastante centrada nas ciências biológicas e na maneira como as doenças eram transmitidas. Isso viria a mudar diante da absorção de conceitos das ciências sociais, conduzindo à reflexão de que a doença se apresentaria como um elemento socialmente produzido, conceito proveniente da abordagem marxista, do materialismo histórico e do materialismo dialético. É a partir de 1975 que esses conceitos começam a povoar publicações da área, disseminando-se pelos teóricos e estudantes desse campo.

Em 1976, seria criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que contribuiu em demasia com o movimento sanitário, pois “[...] surge com o propósito de lutar pela democracia, de ser um espaço de divulgação do movimento sanitário, e reúne pessoas que já pensavam dessa forma e realizavam projetos inovadores” (BRASIL, FIOCRUZ).

A partir de 1979, com uma série de intervenções já realizadas para colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, tais como a descentralização e a participação popular, tem-se a apresentação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como um local de disseminação da abordagem marxista em saúde.

Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado Saúde e Democracia, que foi um grande marco, e enviá-lo para a aprovação do Legislativo. Uma das coisas mais importantes, segundo Arouca, era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o Ministério da Saúde (BRASIL, FIOCRUZ).

Os planos envolviam realizar esse intuito por meio da Oitava Conferência Nacional de Saúde, que contou com grande participação popular e pôde gerar um projeto de emenda constitucional, uma emenda popular nascida de um movimento social. Esse é considerado o grande sucesso do movimento de reforma sanitária, o qual embasaria uma série de outras conquistas, entre elas, as que nos parecem mais relevantes a este trabalho são: a discussão da saúde como uma função estatal e a valorização e estruturação da participação popular em termos das conferências e dos conselhos de saúde.

Considerando o que pudemos discutir até este momento, analisemos o relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986 e então identificada como um evento importante por ter servido à articulação popular e a movimentos de demanda democrática e alteração da política de saúde. Como ministro da Saúde, encontraremos a figura de Roberto Figueira Santos e já teremos José Sarney como presidente no lugar de Tancredo Neves.

De acordo com o CONASS (2009), as mudanças que até então apareciam como espectro puderam ser trabalhadas de maneira mais clara na conferência de 1986. Foi presidida por Sérgio Arouca, uma das lideranças do movimento sanitário nacional, e teve como temário três pautas específicas, a saber: a apresentação da saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Houve grande mobilização social em torno dessa conferência, e podemos fazer essa afirmação pelo número de pessoas contabilizadas como participantes (4.000), apesar de que apenas um quarto desse número tivesse direito de voto.

Chama-nos a atenção ainda um dado que aparece tanto no documento do CONASS, quanto no próprio relatório da conferência, que é a realização de pré-conferências preparatórias estaduais e municipais. Estas parecem refletir as discussões que apresentamos sobre o que a conferência anterior havia solicitado, que era a capacitação das pessoas a fim de poderem questionar adequadamente o sistema de saúde a partir de um conhecimento que ainda lhes faltava.

Entendeu-se também, e isto está posto no relatório da própria conferência, que a reforma necessária no campo da saúde não seria apenas administrativa e financeira, mas de caráter mais aprofundado, colocando em discussão o próprio conceito de saúde e as legislações pertinentes. Defende-se ainda, no relatório, a proposição de um sistema nacional de saúde que seja público e que só estabeleça relações com o serviço privado quando estas se fizerem necessárias, o que viria a nos permitir futuramente denominar o serviço privado de complementar em relação ao público.

Por isso, a Previdência e a Saúde deveriam separar-se, posto que suas ações, embora se aproximem em termos de benefícios sociais, têm objetos de trabalho distintos. As proposições acerca do financiamento setorial, apesar do consenso obtido, são consideradas pontos carentes de um maior aprofundamento (BRASIL, MS, 1986).

No primeiro tema – saúde como direito–, este conceito enuncia-se pela compreensão multifatorial, uma vez que a saúde depende de alimentação, condições de moradia, saneamento, trabalho, transporte, entre outros, e também pelo fato de ser produzido socialmente.

Duas observações: primeiro, o conceito de saúde como sendo não apenas ausência de doenças aparecera na conferência passada, reverberando o conceito de saúde apresentado na Declaração de Alma-Ata, conforme discutimos acima; segundo, o tema da saúde como condição sendo produzida socialmente reflete o ideário marxista do movimento de reforma sanitária, também já sinalizado anteriormente. Com isso, e embasando-nos em Foucault (2008a), digamos que se trata de um novo regime de verificação e de uma nova governamentalidade em relação à saúde.

Ora, a saúde deixa de ser um elemento a ser simplesmente disponibilizado ao homem como algo a se possuir. Trata-se, a partir de então, de um bem social, um bem coletivo, um direito do cidadão, mas um direito ao qual o acesso lhe deve ser dado por meio de uma atividade estatal, que envolve uma série de outros setores, além do campo da saúde.

Então, ao Estado, cabe não apenas fornecer esses elementos que produzem socialmente saúde ou doença, mas também criar, junto da população, lócus de trabalho conjunto onde as discussões pretenderão inserir a participação popular na gestão. Dessa forma, é papel do Estado formar e estimular uma forma de ser e também a construção de um padrão de subjetividade politicamente atuante, na qual o cidadão seja corresponsável por si mesmo, a ponto de questionar o próprio Estado e de fornecer-lhe elementos para se repensarem as práticas e as políticas de saúde. O que nos leva a afirmar uma mudança na governamentalidade é que nesse instante o que se tem é uma mudança considerável na possibilidade de participação popular e na responsabilização do cidadão frente a si mesmo.

Na gestão de Vargas, por exemplo, a governamentalidade tomava para o Estado o papel de eminente fornecedor de saúde, com uma lógica de gratidão colocada diante de um Estado soberano, tomando-se como exercício ou expressão da razão de Estado a figura mesclada de protetor e fornecedor. No Estado democrático entre ditaduras, o Estado continuou a apresentar-se como soberano, prosseguiu sendo fornecedor das condições de saúde, e a participação popular ainda não alcançara a possibilidade das discussões fora do regime sindical e dos trabalhadores. Para essa classe, a saúde era vista como elemento que assegurava a produção e o almejado desenvolvimento econômico do país.

No período ditatorial militar, o que temos é uma população controlada por meio da repressão ideológica e comportamental diante de um Estado que se utilizava da força e do aparato militar. Está colocada também a questão da função social de fornecedor de condições de existência, entre elas, de saúde, a uma população que conceitualmente estava sendo compreendida como participante potencial das elaborações políticas. Assim, o povo aguardava

as possibilidades concretas de participação, mas ainda não tinha condições de propor discussões pela ausência de conhecimentos.

O que se pode perceber a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde? Saúde continua sendo compreendida como produção social, como preconizada mundialmente desde Alma-Ata. Dessa forma, passa a ser resultado de ação intersetorial, mas agora não é apenas elemento fornecido, e sim produto de uma construção laboral conjunta entre Estado e população. Não é elemento fornecido, mas direito, direito social. Papel de Estado diferenciado, função da população também, conceitos efetivos de participação popular. Como o texto da conferência afirma, a saúde “[...] não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, MS, 1986, p.12).

Nessa compreensão da saúde como direito, o relatório da conferência menciona que tal direito compreende a garantia, fornecida pelo Estado, de “[...] condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional” (BRASIL, MS, 1986, p.12).

Na sequência, ainda se enfatiza que esse tipo de conduta levará a um desenvolvimento pleno do ser humano. A biopolítica, portanto, conduz a um desenvolvimento completo; a tomada do humano em seu sentido biológico por meio de uma política conduz a um desenvolvimento. Se tomarmos o conceito foucaultiano de razão de Estado (2008a), trata-se quase de justificar a política, uma razão da política, ou seja, ela existe para conduzir o homem a um desenvolvimento pleno – essa é sua justificação e finalidade para fortalecer o Estado.

Tal como citamos, com base no relatório da Sétima Conferência, aqui se enuncia a afirmação de que não basta essas questões estarem mencionadas no texto constitucional. Elas precisam ser colocadas em prática, e não de qualquer forma também, mas de modo que estejam integradas às demais políticas econômicas e sociais e por meio de um controle, gestão e avaliação realizados pela população.

Trata-se, portanto, da primeira vez que vemos enunciada a palavra *controle*. É a primeira vez que ela é dita, explicitada. Tomemos as coisas da seguinte forma: com a redemocratização do país, a saúde é posta como direito e, como direito, é passível de – e fundamentada em – uma lógica de controle por parte da população.

O quadro de distribuição desigual de renda e de propriedades, de acordo com o relatório da Oitava Conferência, somado a um Estado que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, estabeleceu uma política de saúde na qual os

interesses atendidos não eram os da população, e sim os dos empresários da área médico-hospitalar. Soma-se a esse quadro a “[...] debilidade da organização da sociedade civil, com escassa participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde” (BRASIL, MS, 1986, p.14).

Explicitam-se logo em sequência as responsabilidades básicas do Estado quanto ao direito à saúde e quais as condições imprescindíveis para assegurar o direito à saúde para toda a população.

A saúde de cada indivíduo deve ser de interesse coletivo e tem de ser compreendida como dever do Estado, de forma prioritária. De acordo com o CONASS (2009), eis o eixo compreendido como o mais militante das proposições realizadas. O Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde, que separe saúde e previdência, por meio de uma ampla reforma sanitária, garantindo um comando único, um único Ministério. Essa lógica de um comando único deve ocorrer também nos Estados e municípios (CONASS, 2009; BRASIL, MS, 1986). Esse novo sistema deverá ser regido por princípios referentes à organização dos serviços, atinentes às condições de acesso e qualidade e relacionados com a política de recursos humanos.

Em relação à organização dos serviços, compreende-se que ele deve ser descentralizado, integrado, de maneira a superar a dicotomia preventivo-curativo; único na condução; regionalizado e hierarquizado em termos das unidades prestadoras de serviços; com participação da população no que diz respeito à formulação da política, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde. Pretende-se, dessa maneira, alcançar o fortalecimento da esfera municipal, com a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde e com direito de escolha pelo indivíduo.

No que se refere às condições de acesso e qualidade, deve ser de cobertura universal à população, deve ser de equidade, de um atendimento oportuno à demanda apresentada, com respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviço, com direito de acompanhamento aos doentes internados, especialmente no caso das crianças, e direito à assistência psicológica sem discriminação.

As questões referentes à política de recursos humanos são bastante relevantes, mas as deixaremos de lado por não se aproximarem do tema deste trabalho neste momento. Gostaríamos apenas de salientar um dos seus últimos itens, que previa já um protótipo do que seria denominado *a posteriori* de agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De acordo com o CONASS (2009), as proposições ainda incluíram a definição das responsabilidades de cada esfera governamental, no sentido de desconstruir uma postura centralizadora das políticas anteriores e favorável a uma progressiva estatização do setor, com rigoroso controle de qualidade dos serviços prestados pelas unidades privadas e públicas de assistência.

No que se refere ao nosso objeto de pesquisa – as condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no sistema de saúde –, o relatório da Oitava Conferência menciona ainda a criação de um novo Conselho Nacional de Saúde. Este seria composto por representantes dos ministérios da área social, governos estaduais e municipais e entidades civis de caráter nacional, tais como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. O conselho nacional viria a “[...] orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações” (BRASIL, MS, 1986, p.25). Para além do conselho nacional, deveriam também ser criados conselhos locais, municipais, regionais e estaduais, compostos de representantes eleitos pela comunidade, tais como usuários e prestadores de serviço, permitindo-se a “[...] participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde” (BRASIL, MS, 1986, p.26).

Deveria ainda ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela população atendida, fato que não ocorre nos dias atuais. A população deve ter acesso às informações necessárias ao controle social pela criação de um Sistema Nacional de Informação (BRASIL, MS, 1986).

As proposições levantadas pela Oitava Conferência foram contempladas, em sua maioria, pela Carta Constitucional de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis 8080/90 e 8142/90. Isso só se deu pela ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária e da capacidade de elaborar propostas cruciais para um sistema nacional único de assistência à saúde (CONASS, 2009).

Encerrado o ciclo ditatorial militar no país, percebemos um novo campo de discussões sobre a saúde e sua organização política e de assistência a partir do movimento denominado de Reforma Sanitária, que já se encontrava atuante desde o período ditatorial.

O Estado, além de dispor das condições de acesso à saúde, já que esta é seu dever, deve também fomentar e auxiliar a população a participar ativamente da construção e do controle das políticas de saúde. Eis a primeira conceituação dessa participação popular como controle, uma nova governamentalidade, uma biopolítica que deve conduzir o homem ao seu desenvolvimento pleno não só no campo da saúde, mas também na seara das outras políticas

sociais. O controle social é claramente discutido e colocado em prática não apenas nas conferências, como também nos conselhos de saúde.

3.1 A redemocratização da nação brasileira: consolidação da participação popular nos documentos oficiais e nas práticas

Acumulando sucessos e insucessos, a questão econômica dividiu a atenção popular apenas em 1988, com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte. Esta surgiria como uma reformulação da última Carta Constitucional, elaborada em período ditatorial (1967). Ao invés de redigir princípios, como a Carta Constitucional americana, preferiu detalhar os direitos e deveres dos cidadãos, embora se abrisse para discussões que se tornariam estéreis, tais como os artigos que versam sobre os juros acima da inflação.

Promulgada em outubro de 1988, foi duramente criticada, tanto pelos conservadores, em termos das conquistas trabalhistas, ao instituir 44 horas de jornada semanal e licença-maternidade de quatro meses, onerando as empresas e colocando-as em uma lógica de desfavorecimento em comparação com outras realidades econômicas, quanto pelos progressistas, devido ao impedimento de desapropriação de terras produtivas para a reforma agrária (PILAGALLO, 2009e). Por certa ênfase aos direitos individuais, foi apelidada de *Constituição Cidadã*, sendo presidida em sua elaboração por Ulysses Guimarães. Em 1989, o país presenciaria a sua primeira eleição direta à presidência após o período de ditadura militar, com uma nova Carta Constitucional em voga.

Como discutimos anteriormente, os elementos de enunciabilidade e visibilidade do controle social no Sistema Único de Saúde são colocados em cena a partir da Sétima Conferência Nacional de Saúde. Em termos conceituais, são aprofundados e instituídos de maneira mais ampla conceitualmente na Oitava Conferência, não mais só em uma discussão conceitual, e sim em um esforço e compreensão operacional, com endosso de sua aprovação e menção na Carta Constitucional de 1988.

De acordo com Tácito (2012, p.20), a Carta Constitucional de 1988 estabelece o que se pôde denominar de Estado de Direito, o qual “[...] consolida-se com o princípio de supremacia da lei, oposto ao arbítrio da autoridade, fazendo nascer o conceito de direitos públicos subjetivos oponíveis ao Estado, que se deve submeter às leis que ele próprio estabelece”. Trata-se, desse modo, de um estado liberal no qual administradores e administrados

estão equiparados por força da Lei que os rege, embora a dinâmica social traga, com o passar do tempo, problematizações que irão de encontro a essa igualdade apregoada.

Os direitos individuais e coletivos estão enunciados no artigo quinto, em setenta e sete incisos e em dois parágrafos. Em confronto com a Constituição anterior (a de 1967, emendada em 1969) na qual a Declaração de Direitos correspondia a trinta e seis parágrafos, teria havido aparentemente um alargamento de direitos fundamentais. Em verdade, os direitos e liberdades são praticamente os mesmos, com desdobramentos e particularismos que visam a coibir abusos de direito. De outra parte, diversas garantias e direitos que tradicionalmente figuram no direito comum passam a ter status constitucional (TÁCITO, 2012, p.23).

Conforme Tácito (2012), a Carta Constitucional de 1988, refletindo uma preocupação com a experiência autoritária de governo anterior, recebe o anseio de atendimento às aspirações populares de liberdade e de justiça social, o que é esperado em processos de redemocratização do governo, tal como ocorrido no país.

Como objetivo fundamental da República, propõe-se a criação e manutenção de uma sociedade justa, livre e igualitária, que iria ocupar-se da erradicação da pobreza e da marginalização, reduzindo as desigualdades sociais e promovendo o bem de todos, sem diferenciação de gênero, cor, credo e outras características. A vida íntima e a honra são invioláveis, e criam-se leis para assegurar essas questões, sendo marcantes os aspectos de valorização da cidadania e da soberania da população.

Os direitos sociais constituem objeto de capítulo especial. Em termos programáticos como tais se definem a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência dos desamparados. Em atendimento a tais direitos, a Constituição, mais adiante, discrimina o título relativo à Ordem Social, os mecanismos e os meios de ação que o Estado tem o dever de oferecer ao indivíduo, à família ou à comunidade, titulares de direitos públicos subjetivos ou de interesses legítimos (TÁCITO, 2012, p.24).

O poder, como compreendido pela Carta Constitucional, emana do povo e é exercido por ele, por meio dos seus representantes diretos ou por ele mesmo, nas formas que a carta sugere e explicita. O título oito da Carta Constitucional recebe o nome de *Da Ordem Social*, e em seu primeiro capítulo estabelece que a ordem social “[...] tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem estar e a justiça sociais” (TÁCITO, 2012, p.146). Como as questões referentes à saúde estarão aqui definidas, pressupõe-se que a saúde é compreendida como um elemento da ordem social e está diretamente ligada ao bem-estar e à justiça social. O segundo capítulo desse título é denominado de *Seguridade Social* e explicita em seu artigo 194 que esse termo “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (TÁCITO, 2012, p.147).

Assim, percebe-se que as questões denominadas de seguridade social, embora sejam inicialmente pensadas sob uma lógica de primazia do poder público, estabelecem uma parceria entre este e a sociedade, uma responsabilidade, por assim dizer, compartilhada por essas duas esferas. A sociedade é corresponsável pelas questões de saúde, tal como a vimos enunciada na Oitava Conferência Nacional (TÁCITO, 2012).

Essa seguridade social deve ser pensada, então, mediante o entendimento de um atendimento e cobertura universal, igualitário para a população urbana e rural, de caráter democrático e descentralizado, com a participação popular, especialmente de trabalhadores, empresários e aposentados. Determina-se, assim, que estes últimos não devem ausentar-se das discussões a respeito da seguridade social, que é financiada por recursos de todas as esferas de governo e de contribuições sociais.

É a seção II desse capítulo que receberá o título específico de *Da Saúde*, dos artigos 196 ao 200, que nos interessa prioritariamente, de acordo com o nosso objeto de pesquisa. Neles estão enunciadas as discussões que já haviam sido enunciadas na Oitava Conferência Nacional de Saúde.

A rede regionalizada e hierarquizada de assistência à saúde constituirá um sistema único que terá a participação popular como uma de suas diretrizes, além da descentralização e do atendimento integral. Nos itens seguintes, há uma separação entre trabalhadores e não-trabalhadores. Aos primeiros, cabe a legislação pertinente à previdência social; aos seguintes, a legislação referente à assistência social.

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao defini-la como *direito de todos e dever do Estado*. A partir de então, ficou determinado que as questões de saúde devem ser providas e implementadas pela via estatal, mediante estabelecimento de políticas públicas. Porém, para além disso, compõem um direito que assiste a população, mas que exige dela participação na formulação e no acompanhamento da gestão dos serviços, ou seja, constitui-se como um dever.

O binômio direito-dever, tratado desse modo, como dissemos acima, instituiu controle do social, no sentido de exigir a participação da população por meio dos seus representantes. Também coloca um controle social por assegurar a participação popular como diretriz de funcionamento dos serviços destinados à seguridade social e especialmente ao campo da saúde.

O candidato da direita nas eleições de 1989, Fernando Collor de Mello, sairia vencedor das eleições daquele ano. Com o advento da democracia no país após vários anos de governo ditatorial militar, a opinião popular seria capaz de manifestar-se contrária a um governo que se

estruturou com uma mensagem de combate à corrupção, mas que acabou sendo considerado como fonte de corrupção.

Não se percebe mais o aparecimento de uma estratégia de controle do social com a utilização de um aparato repressivo, tal como no governo militar, tampouco as Forças Armadas participam diretamente da legitimação do movimento popular, ou mesmo no sentido de assegurar a continuidade presidencial, como se presenciou na história passada do país. O regime de verificação que se estabelecera com o retorno da democracia determinava uma nova estratégia à população, caracterizada pela negociação. Quando tomamos os conceitos foucaultianos (2005 e 2008a), falamos em um estado de segurança, assim como na gestão de Getúlio Vargas, em que a população não tem sobre si apenas um campo disciplinar que determina os atos e comportamentos desejados ou indesejados, mas em um processo de regulação dos comportamentos que são próprios dessa população.

Todavia, a razão de Estado mudou consideravelmente. O regime de verificação em relação à participação política não é mais de um cidadão grato que aguarda o recebimento do que lhe é necessário por um Estado fornecedor que se justifica por esse ato. Tampouco é o de um cidadão que teme o aparelho de Estado, que age por meio da força para calar sua oposição.

O novo regime de verificação exigia a participação política e o posicionamento, e talvez, de certa forma, o Estado tenha gerado na relação com a população o próprio dispositivo de questionamento e posicionamento que se dirige a ele e que fará com que a população cobre do Congresso Nacional uma resposta frente às denúncias de corrupção.

Assim sendo, a democratização das relações sociais de poder tornou-se relevante às intervenções da sociedade civil, dos movimentos populares e da opinião pública. O *impeachment* aparece, então, como uma tentativa dos movimentos populares e de políticos que haviam sido recentemente eleitos, sem vinculação com os que se encontravam no poder, de influenciar a distribuição do poder no nível da sociedade política, de acordo com Avritzer (2000), citado por Sallum Júnior e Casarões (2011).

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro, veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que fundou o SUS, dispondo sobre a organização e a regulação das ações de saúde e sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (FILHO, 1996).

Em seu artigo 2º, a Lei 8080 garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Os parágrafos desse artigo são significativos.

No primeiro deles, consta que o Estado deve cumprir seu dever, formulando e executando políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O parágrafo seguinte diz que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Logo, cabe também aos demais atores sociais a responsabilidade com o direito à saúde.

Nesse sentido, o que se percebe é que, após as discussões da Oitava Conferência e da Carta Constitucional de 1988, o que temos é o aparecimento de uma estratégia dupla e concomitante, simultânea. Uma estratégia de controle do social, já que ainda o Estado se apresenta como o setor capaz ou responsável de formular e executar as políticas que interfiram na área da saúde; de acordo com o texto, seriam essas as medidas capazes de reduzir o risco de doenças e agravos, além assegurar o acesso universal e igualitário.

A segunda estratégia é a de inserção da participação popular nas discussões e nas fiscalizações da gestão dos serviços e da política. Essa representação popular abre-se para uma série de questões em cada esfera do governo, o que talvez não caiba neste trabalho, mas pelas quais podemos sugerir que existe um controle do social dentro do controle social, por meio da representação da população, especialmente na esfera municipal.

O artigo terceiro dessa Lei trata dos determinantes e condicionantes do estado de saúde, mas foi revisado 23 anos depois de sua publicação, apresentando uma redação diferente na Lei 12864, de 2013. Contudo, podemos perceber a diferença apenas em termos da voz verbal, ou seja, em questões gramaticais. Interessante destacar que a Lei afirma, nas duas versões, que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Tal tônica parece-nos bastante produtiva para tecer algumas análises, que, por enquanto, apenas pontuamos, pois não se aproximam do nosso objeto de pesquisa.

Na Lei 8080/90, pela primeira vez, o Sistema Nacional de Saúde passa a receber a nomenclatura de *único* e a ser conhecido pela sua abreviatura de SUS – Sistema Único de Saúde –, congregando em sua nomenclatura o conjunto “[...] de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1990a, s/p).

Apesar de reconhecer a participação popular, esta não se encontra enunciada ou citada no conceito do que seja o Sistema Único de Saúde, e a ela coube a alocação como um dos seus princípios. A sociedade civil, por meio de suas entidades representativas, participará das

comissões intersetoriais de âmbito nacional, acompanhadas dos Ministérios e órgãos competentes e subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde.

A Lei 8142, também no ano de 1990, somada à Lei 8080, constitui a denominada Lei Orgânica da Saúde. Ela iria dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre questões relacionadas aos recursos financeiros da área de saúde, determinando instâncias colegiadas em cada esfera de governo, a saber, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A partir de então, as conferências de saúde serão realizadas a cada quatro anos, contando com a participação de vários segmentos sociais, “[...] para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por essa ou pelo Conselho de Saúde” (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1990b, s/p).

Já o Conselho de Saúde será de caráter permanente e deliberativo, sendo formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, no sentido de atuar na “[...] formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, Presidência da República, Casa Civil, 1990b, s/p). A Lei ainda ressalta que as deliberações do conselho serão homologadas pelo chefe do poder de cada esfera do governo e que a representação dos usuários nos conselhos e conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Esse Sistema Único de Saúde tem como importante princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Assim, todos os cidadãos têm o direito de utilizar os serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, considerando-se, ainda, as necessidades coletivas.

Façamos uma breve comparação com o que foi discutido no período da presidência de Getúlio Vargas, especialmente no Estado Novo. O que afirmamos foi que a razão de Estado do governo getulista repousava na estratégia de fazer acreditar que ela seria responsável por fornecer à população aquilo que se fazia necessário em termos da saúde e de outras esferas. Nesse contexto, não há participação popular ou controle social, posto que não é necessário levantar as questões ou demandas, já que, de acordo com a justificação governamental, o Estado, por meio do seu soberano, se encarregará de fornecer o que for necessário. Além dessa espera, o papel da população era repassar informações aos que pensariam e escreveriam a política de assistência à saúde.

Já na presidência de Collor, após a Oitava Conferência de Saúde e a efetivação do SUS, o que se percebe é uma estratégia diferente em relação à população. Ao invés de uma população grata ao presidente que lhe fornece os meios de existência, temos agora uma população que pode questionar o governo – ela detém o poder de questionar o poder. Trata-se, então, de uma população que não só informa os elaboradores da política, mas participa da elaboração das políticas e também da fiscalização e gestão dos serviços prestados, por meio dos seus representantes. Por isso, não há gratidão ou espera; há, isso sim, cobrança e participação. As questões relacionadas ao Estado dessa população inserem-na em um regime de verificação que conclama o povo como corresponsável, como capaz de participar do jogo político e de influenciá-lo, além de estabelecer certa parceria com o Estado, fundada na ideia de uma negociação, e não mais de imposição ou recebimento.

Quando Foucault conceitua o estado de segurança (2008a), ele o faz afirmando que uma de suas principais diferenças para com o estado disciplinar é a percepção de que a população tem fluxos próprios e de que não adianta esforçar-se para reprimi-los, sendo a estratégia mais interessante a de regulação.

Percebemos, então, ao menos no campo da saúde, algumas regulações que podem ser demonstradas. Primeiro, o povo pode participar da política, e a Conferência de 1977 já afirmava que a população só pode participar dessas discussões se for capacitada para tal, já que as discussões no campo da saúde, mesmo sendo paritárias em termos de representação, se constituem como terreno de maior domínio dos gestores e servidores, imersos que se encontram nas questões de gestão e assistenciais.

Contudo, não parece que a regulação esteja na questão formativa da população, e sim no estabelecimento de um local e de um tempo determinado para que possa existir o discurso sobre a saúde – trata-se das conferências e dos conselhos. No interior desses conselhos, especialmente nos de esfera municipal, algumas outras estratégias idiossincráticas demonstram outras regulações e mecanismos que foram se estruturando no sentido de, ao que nos parece, acrescentar outras regulações ao controle social. Algumas dessas características peculiares foram mencionadas por Pedrini, Adams e Silva (2007).

A partir de 1996, em relação ao campo da saúde, havia dados interessantes que demonstravam o aumento de verbas, o reconhecimento mundial no combate à AIDS, o barateamento do preço dos remédios pela produção de genéricos e a diminuição da mortalidade infantil (PILAGALLO, 2009e).

O ano de 2002 traria uma grande mudança no cenário político do país, que seria a eleição de um candidato de origem popular. Após três tentativas frustradas e 20 anos na

oposição ao governo, o torneiro mecânico Luiz Inácio Lula da Silva chegaria a cargo mais alto da política nacional.

Apesar de todas essas mudanças, destacamos a consolidação do governo de organização democrática, que seguiria e prossegue nos dias atuais, garantindo a eleição da primeira mulher a ocupar a Presidência da República, Dilma Rousseff, sob a gestão em que nos encontramos no momento da redação deste trabalho.

3.2 Controle social e estratégias de governo

O Conselho Nacional de Saúde, em sua 136ª reunião, datada do mês de novembro de 2003, que deu origem à resolução de número 333, dispõe sobre a constituição, consolidação, fortalecimento e ampliação do processo de controle social no Sistema Único de Saúde, por meio dos conselhos estaduais, municipais, conferências e plenárias de conselhos de saúde, além do próprio Conselho Nacional. A resolução define que esses dispositivos atuam como representação da participação da sociedade civil organizada, apresentando-se como um polo de qualificação dos cidadãos para o controle social nas demais esferas de ação do Estado. De acordo com essa resolução, o conselho é:

[...] é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2003).

Ainda segundo a mesma resolução, o conselho atua formando e propondo estratégias e controlando a execução das políticas de saúde em seus aspectos funcionais, mas também na aplicação e gestão de recursos financeiros. Os conselhos são constituídos por leis específicas em cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) e devem atender às demandas da população que se apresentam nas conferências de saúde.

A composição dos membros do conselho, seja em qualquer nível da gestão, deve pautar-se por uma constituição paritária dos seus representantes, para assegurar a democracia e fidedignidade do processo deliberativo e argumentativo. O conselho de saúde será composto “[...] por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária” (BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2003). Metade dos conselheiros deverá ser

formada por representantes dos usuários; da metade restante, dividirão a representação as entidades representantes dos trabalhadores da área da saúde e dos membros do governo. As reuniões desses conselhos devem ser abertas ao público. Na constituição de grupos de trabalho, estes poderão ser compostos por indivíduos que não sejam conselheiros.

O SUS deve funcionar de forma regionalizada e hierarquizada. Os gestores devem levar em consideração as características de seu território para definir as ações prioritárias para cada realidade local. A descentralização pode ser vista também como facilitadora para o controle social da saúde e para a participação popular. A participação popular se dá, sobretudo, nos Conselhos de Saúde – municipais, estaduais e nacional – e nas respectivas Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos.

As conferências e conselhos são constituídos por gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema e outras entidades/pessoas representativas, de forma paritária. Têm, dentre outras, as funções de formular as diretrizes da política de saúde e de acompanhar sua execução, além de aprovar e definir as metas de aplicação do orçamento público.

O que, todavia, se pode discutir é um pouco daquilo que apresentamos ainda no item anterior. Ao elencarem-se os representantes do discurso da população, o que pode garantir que essa representação seja capaz de transmitir ao Estado os temas elencados pela sua população representada? A que tipo de estratégias responde a alocação da presidência do conselho municipal ou estadual ao secretário estadual ou municipal? Ora, podemos facilmente compreender que a presença de representantes no interior dos conselhos e conferências pode, inclusive, ser uma das estratégias para que os discursos realizados se deem sob uma ótica próxima aos interesses do Estado, ou o mais distante possível deles, nem sempre servindo aos interesses da população.

Reproduz-se, então, nas outras esferas, uma lógica de bancada que presenciamos no Congresso Nacional, seja no Senado Federal ou na Câmara dos Deputados. No nível municipal, essa lógica de outra regulação no interior da participação popular se dá muitas vezes pela via da figura do presidente de bairro.

Há, assim, reatualização da figura do *pelego* do governo de Vargas, que possui muitas vezes vinculações partidárias que podem determinar seus posicionamentos, apontamentos e voto. Não nos esqueçamos de que conselhos, muitas vezes, aprovam ações e questões de orçamento e de alocação de recursos e verbas públicas.

Assim, o controle social que tem como função a inserção dos anseios da comunidade em relação às políticas passa a servir como – e traz dentro de si estratégias de – controle do social, ou seja, de manejo do denominado discurso comunitário. Vê-se, dessa forma, a aplicação

de um tipo de estratégia de poder para a manutenção do poder – como apregoam os conceitos foucaultianos (2008a), o poder manifesto na capilaridade, distante do centro.

Nas três esferas gestoras, existem os respectivos Conselhos de Saúde, colegiados participativos onde se dá o controle social. Há, ainda, as Comissões Intergestores Tripartites (CIT), que reúnem gestores das três esferas, e Bipartites (CIB), que reúnem gestores do estado e de seus respectivos municípios. As CIT e CIB são instâncias de negociação e de decisão e constituem-se em canais importantes de pactuação do SUS para a formulação e a implementação da política de saúde, sobretudo, nos aspectos referentes à descentralização e ao financiamento do SUS e de suas ações.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é o conselho de representação dos secretários de saúde estaduais e também tem importante papel na formulação da política de saúde. Possui uma secretaria executiva e algumas câmaras técnicas, dentre elas, a da Assistência Farmacêutica. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) configura-se como o canal formal de participação desses secretários na política nacional de saúde. O Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) reúne secretários de saúde de municípios do mesmo estado, e seus representantes compõem a Comissão Intergestores Bipartite.

Essa estrutura decisória do SUS é importante para a compreensão da operacionalidade do SUS, que se constitui, conforme estabelecido no art. 198 da Constituição Federal, de ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, de competência de todas as esferas de governo (art. 23 da Constituição Federal), rede essa que deve funcionar de forma integrada e articulada. As CIT e CIB são, portanto, as instâncias que pactuam quais as atribuições caberão a cada esfera de governo e como elas serão executadas e monitoradas.

Uma última consideração. A organização da esfera decisória do SUS da maneira como se apresentou neste exercício cartográfico-foucaultiano deixa a entender que o número de fóruns de discussão possíveis ao lado do Estado é muito maior e mais organizado do que o dos que ocorrem com a participação popular. Para além disso, o acesso às informações para um exercício de controle social ainda se encontra muito aquém do que se imagina necessário para embasar essas discussões. Mesmo onde essas discussões se apresentam como possíveis, percebe-se que existem estratégias de poder e mecanismos que se distanciam do conceitual sobre o controle social, inclusive, trazendo para detrás deste o tema do controle do social, que, de uma maneira bastante peculiar, regula a participação popular e a produção de subjetividades.

Os homens assim governados por um Estado que os conclama a ser corresponsáveis pela elaboração política, fiscalização e gestão dos serviços que transformam o que é mais biológico em uma estratégia de poder (biopoder) são convidados a participar de um jogo político, mas sem conhecê-lo na sua magnitude. Justifica-se essa participação popular em uma razão de Estado específica; o Estado é o promotor da justiça social e, para que consiga isso, precisa da participação popular, mesmo que regulada. Justiça social e regulação ocultam estratégias de dominação, estratégias de poder, de biopoder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Problematizar as condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no Brasil, especificamente no âmbito das políticas públicas relacionadas ao campo da saúde, é intervir diretamente nessa realidade? Não, ainda não, ao que nos parece, mas não se pode afirmar que por todo o intuito de realização não se vislumbre um desejo do pesquisador de que as políticas públicas sejam construídas por meio da participação popular no que se refere às suas reais necessidades e demandas, a partir de uma reflexão embasada, formativa e responsável. Escreveram Pedrini, Adams e Silva acerca da justificativa de se pesquisar o controle social das políticas públicas: “[...] a investigação como possibilidade de capacitação e mobilização popular, além de seu clássico papel de desvelar a realidade” (PEDRINI, ADAMS e SILVA, 2007, p.13).

Se considerarmos a possibilidade de desvelar o controle do social oculto sob os movimentos de controle social, tomando a compreensão desses autores, talvez este trabalho pudesse ser compreendido como um trabalho de resistência. Uma resistência não ao controle social, mas à ocultação do controle do social sob os panos da justiça social que se diz paritária e que advoga condições iguais de participação política para os atores da gestão da saúde, Estado, servidores e usuários do SUS.

Como abster-se dos dados que indicam que a participação popular pode ser tolerada exatamente por não intervir diretamente na lógica pela qual os ditames econômicos são diretamente responsáveis pelos ditames sobre a vida? A concentração de renda e as desigualdades sociais, mesmo com uma maior divulgação midiática sobre as estratégias de corrupção que fundamentam um antagonismo entre sociedade e Estado, baseiam-se em um aumento das políticas neoliberais, aparentemente, antagonistas da gestão compartilhada entre sociedade civil organizada e Estado.

Dois termos que aparecem nas reflexões merecem ser discutidos: a justiça social e a educação política ampla da sociedade civil, especialmente das suas forças de mudança. De acordo com o que se pôde analisar neste exercício reflexivo, os apontamentos realizados na Sétima Conferência Nacional de Saúde no país atingem o pesquisador, pois a população ainda carece de uma formação política que a embase para as discussões que se almejam na cultura política do país.

Mesmo a graduação universitária e o trabalho como servidor do SUS não fornecem uma base sólida de reflexões. Há que se ir além para começar a vislumbrar outras possibilidades de entendimento e de intervenção sobre o controle social e sobre o controle do social.

O papel de formador da opinião pública na legislação do servidor público, nesse sentido, é mais uma estratégia de ocultação e de preservação das formas de regulação do Estado. Tal fato faz-nos, de certa forma, acreditar que os servidores e a população ainda se encontram sob estratégias específicas de dominação, mesmo que mais sutis; há uma guerra de interesses que se esconde sob a forma da participação política.

Nesse contexto, não se vê mais a proibição simples, tal como ocorria na ditadura militar e nos governos autoritários, uma repressão que se evidenciava pelo aparelho repressor. Contudo, existe uma aproximação que se diz paritária e encarnada em uma justiça social e que estabelece formas de dominação de um enfrentamento não mais evidenciado. Institui-se um controle do social que se oculta nas próprias leis, mas que é passível de vir à tona de várias formas. A nós, evidenciou-se por meio da cartografia e dos conceitos foucaultianos (2005, 2008a, 2008b).

Chamemos, se quiserem, de “genealogia” o acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, acoplamento que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas táticas atuais. Será essa, portanto, a definição provisória dessas genealogias que tentei fazer com vocês no decorrer dos últimos anos [...] Trata-se, na verdade, de fazer que intervenham saberes locais, descontínuos, desqualificados, não-legitimados, contra instância teórica unitária que pretendia filtrá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência que seria possuída por alguns (FOUCAULT, 2005, p.13).

Questionamos com justiça se este trabalho seria visto por Foucault como um trabalho genealógico, uma tentativa nossa de acoplar os conhecimentos de uma formação universitária com os conhecimentos adquiridos como servidor do SUS e aquilo que pudemos observar sobre controle social em prática em um conselho municipal de saúde na cidade de Cuiabá.

Estabelece-se, assim, um desejo de poder fazer intervir sobre as políticas sociais de saúde os saberes de uma população que não tem uma formação adequada como os próprios servidores. Não se pode advogar que este trabalho tenha sido capaz de conduzir o pesquisador a um saber melhorado, maior ou mais interessante do que o saber popular. Pelo contrário, a sensação é de frustração pelo trabalho realizado no exercício de ser servidor, posto que, devido a essa implicação, nos parece agora termos sido, muitas vezes, reprodutores de um jogo desconhecido de controle do social, de tantas formas oculto nos discursos que nos vemos fazendo na prática diária.

Se a sensação é de frustração e, muitas vezes, de compreensão sobre o que seria possível de se realizar de acordo com o regime de verificação no qual nos encontrávamos, o que emerge neste momento é um conjunto de questionamentos e dúvidas cada vez maiores, principalmente sobre o termo *servidor*.

A que estratégias de poder estávamos servindo? De que forma atua o que se pratica no exercício de servir para a construção de uma sociedade efetivamente mais participativa e justa? Exercícios reflexivos a serem feitos.

Ao invés de encontrar respostas prontas, este trabalho cartografou uma série de novas perguntas e novas possibilidades de cartografia e de leituras possíveis a partir dos poucos conceitos com os quais nos digladiamos na tentativa de compreensão, leitura e escrita. Tal como os livros de Foucault, que nos apontam ferramentas e não estabelecem, por si só, respostas e saídas aos desafios, nossa caixa de ferramentas apresenta-se com outras possibilidades.

A genealogia seria, pois, relativamente ao projeto de uma inserção dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres, isto é, capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico (FOUCAULT, 2005, p.15).

Dessujeitar os saberes históricos e torná-los livres. Não se consegue perceber se este estudo será capaz de realizar tal façanha, mas abriu espaços de reflexão outrora impossíveis, calcados como estavam em uma leitura, pode-se dizer, ingênua do controle social e das estratégias que se avizinham dele para a sua regulação.

O controle social não é natural, mas uma construção possível por regimes de verificação bem específicos que se agregam a um Estado brasileiro como estado de segurança que se manifesta desde o Estado Novo, mesmo sem deixar para trás elementos de soberania e de regime disciplinar.

Cada um dos itens desta análise proposta seria passível de ser cartografado de uma maneira mais eficiente, fazendo-se outras conjecturas, a partir da riqueza encontrada nas poucas obras lidas deste filósofo francês que assombram ainda o pesquisador, não pela sua inacessibilidade, mas pela sua fertilidade. Denominamos de fertilidade este uso que Oksala (2011) alerta aos que desejam realizar imersão nos conceitos foucaultianos, com a possibilidade de que novas ferramentas de análise se reúnam àquelas já existentes.

A caixa de ferramentas deverá ser trocada por outra maior; sem sombra de dúvidas, já não cabem mais as poucas ferramentas que se possuía, e o espaço vazio entre as ferramentas só aumenta o respeito ao filósofo francês que embasou este trabalho, assim como, aos que se aventuram pelo método da cartografia, gerado a partir da obra de Deleuze.

As relações de poder e o regime de verificação que conduziram ao controle social no campo da saúde brasileira deixam de ser completamente não-visíveis e adquirem novo *status*. Há uma descontinuidade, de controle do social a um controle social com estratégias de regulação e de ocultação de um controle do social existindo ao lado, simultâneo.

Ao pesquisador, as lágrimas. Lágrimas de angústia pelo receio do porvir e das possibilidades; lágrimas de cansaço pelo tempo dedicado e pela percepção de que o trabalho ainda não se encontra da maneira como se desejava. Lágrimas de felicidade pelo crescimento. Lágrimas que merecem o registro, para que não sejam jamais esquecidas.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia** (ed. revista e ampliada) São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Por dentro do SUS - volume 01**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

_____. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde – volume 01**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

BALEEIRO, Aliomar. **Constituições Brasileiras: Volume 02: 1891**. 3. ed. Brasília: Editora do Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

BALEEIRO, Aliomar; SOBRINHO, Barbosa Lima. **Constituições Brasileiras: Volume 05: 1946**. 3. ed. Brasília: Editora do Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

Brasil. Ministério da Educação e Saúde. **Primeira Conferência Nacional de Educação e Primeira Conferência Nacional de Saúde (Serviço de Documentação, Folheto número 05)**. 1941. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf>
Acesso em: 07 nov. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº333**, de 04 de Novembro de 2003. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>.
Acesso em: 07 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evoluções e Perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Terceira Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1963.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Quinta Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1975. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>
Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Sexta Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1977. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf>
Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Sétima Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>
Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:
<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>
Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): Biblioteca Sérgio Arouca**. Disponível em:
<<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>
Acesso em: 07 nov. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 6229, de 17 de Julho de 1975**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>
Acesso em: 07 nov. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>
Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 8142, de 28 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>
Acesso em: 12 dez. 2013.

_____. Senado Federal. **Lei 378, de 13 de Janeiro de 1937**. Disponível em:
<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>>.
Acesso em: 07 nov. 2013.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CAVALCANTI, Themístocles Brandão; BRITO, Luiz Navarro de; BALEEIRO, Aliomar. **Constituições Brasileiras**: Volume 06, 1967. 3. ed. Brasília: Editora do Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

COSTA, Iris do Céu Clara; SOUZA, Georgia Costa de Araújo. O SUS nos seus 20 anos: reflexões em um contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: Volume 19, Ano 03, p. 509-517, 2010.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: A visão autoritária do ideário progressista, In:**Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: Volume 02, Ano 01, p. 59-73, 1993.

FAUSTO, Bóris. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 1996.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade (Curso no Collège de France 1975-1976)**. São Paulo, Martins Fontes: 2005.

_____. **Segurança, Território e População (Curso no Collège de France 1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes: 2008A.

_____. **Nascimento da Biopolítica (Curso no Collège de France 1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes: 2008B.

MELLO, Alex Oestreich; CESAR, Ederson; BELTRAME, Milene Veiga; HEBERLE, Rossane. *O discurso sanitarista como discurso político e ideológico na república velha*. **Revista Historiador**. Número 03. Ano 03. Dezembro de 2010. Disponível em:
<<http://www.historialivre.com/revistahistoriador>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

OKSALA, Johanna. **Como ler Foucault**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência internacional sobre cuidados primários em saúde. OMS: 1978.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia, ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 13, n. 35, Abril de 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2014.

PEDRINI, Dalila Maria; ADAMS, Telmo; SILVA, Vini Rabassa da. **Controle Social de Políticas Públicas**: Caminhos, descobertas e desafios. São Paulo: Paulus, 2007.

PILAGALLO, Oscar. **A história do Brasil no século 20 (1900-1920)**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009A.

_____. **A história do Brasil no século 20 (1920-1940)**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009B.

_____. **A história do Brasil no século 20 (1940-1960)**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009C.

_____. **A história do Brasil no século 20 (1960-1980)**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009D.

_____. **A história do Brasil no século 20 (1980-2000)**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2009E.

POLETTI, Ronaldo. **Constituições Brasileiras**: Volume 03: 1934. 3. ed. Brasília: Senado Federal, 2012.

PORTO, Walter Costa. **Constituições Brasileiras**: Volume 04: 1937. 3. ed. Brasília: Senado Federal, 2012.

RAICHELIS, Raquel. **Serviço social e sociedade**. São Paulo: Cortez, número 56, 1998.

SALLUM JÚNIOR, Brasílio; CASARÕES, Guilherme Stolle Paixão e. **O impeachment do presidente Collor**: a literatura e o processo. *Lua Nova* [online]. 2011, n. 82, p. 163-200. ISSN 0102-6445.

TÁCITO, Caio. **Constituições Brasileiras: Volume 07: 1988.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, 2012.

WALDMAN, Thaís. **“A frente” da semana de arte moderna:** A presença de Graça Aranha e Paulo Prado. Estudos Históricos. Rio de Janeiro, vol. 23, nº 45, p. 71-94, janeiro-junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eh/v23n45/a04v2345.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.