

Dever do Estado: metamorfoses da publicização da existência e produção de subjetividades

State duty: metamorphosis of the publicization of the existence and production of subjectivities

Anita Guazzelli Bernardes¹
Neuza Maria de Fátima Guareschi²

Abstract *The aim of this article is to problematize the public regarding transformations that have allowed for passing from a public health discourse to a collective health discourse. We have focused on the ruptures produced by a set of practices that allow for another condition of possible positions. The starting point is a genealogy of public and the way this has been transformed when articulated with new objects in the health field proposed by the sanitary reform: duty and citizenship. For this analysis, we have used Foucauldian concepts, such as truth, power, and subjectivity. Thus, this article discusses the configuration form of public in terms of experience of otherness, experience of population/poverty/State/epidemics, and experience of health/State/duty/citizenship.*

Key words *Public, Duty, Citizenship, Production of subjects*

Resumo *O objetivo deste artigo é problematizar o público no que tange às transformações que permitem passar de um discurso da saúde pública para um discurso da saúde coletiva. Focalizam-se as rupturas produzidas por um conjunto de práticas que permitem um outro jogo de posições possíveis. Parte-se de uma genealogia do público e do modo como este se transforma quando se articula a novos objetos no campo da saúde formulados pela reforma sanitária: o dever e a cidadania. Para esta análise, utilizam-se os conceitos foucaultianos de verdade, poder e subjetividade. Assim, este artigo discute a forma de configuração do público em termos de experiência de alteridade, experiência de população/pobreza/Estado/epidemias e experiência de saúde/Estado/dever/cidadania.*

Palavras-chave *Público, Dever, Cidadania, Produção de sujeitos*

¹ Universidade Católica Dom Bosco. Av. Tamandaré 6000, Jardim Seminário. 79117-900 Campo Grande MS.
anitabernardes@ig.com.br

² Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Introdução

*A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país*¹.

O artigo volta-se para a problematização do público no que tange às transformações que permitem passar de um discurso da saúde pública para um discurso da saúde coletiva. Não se trata de uma continuidade histórica em termos de desenvolvimento social, mas de rupturas produzidas por um conjunto de práticas que permitem um outro jogo de posições possíveis. O coletivo como correlato do público, no campo da saúde, apresenta-se como uma instância de diferenciação discursiva, ou seja, a possibilidade do aparecimento de outras regras de existência para objetos e sujeitos operados dentro de um dispositivo. Parte-se de uma genealogia do público e do modo como este se transforma quando se articula a novos objetos no campo da saúde formulados pela reforma sanitária: o dever e a cidadania.

A linha histórico-política, neste artigo, toma a reforma sanitária como uma fissura na saúde pública, agenciada pelas próprias produções do público, por aquilo que o público conforma e que, ao mesmo tempo, lhe escapa. O público é operacionalizado, neste texto, como um dispositivo na saúde. Para tanto, a saúde pública, no Brasil, é tomada como caso-pensamento e o público, como conceito-problema que permite colocá-la em análise. Caso-pensamento é definido como campo de conhecimento que o pesquisador utiliza para a análise de uma determinada problemática histórica e conceito-problema é a ferramenta conceitual que permite colocar um caso-pensamento em análise. Ou seja, o objeto deixa de ser considerado uma evidência e passa a ser pensado como um problema. Para esta análise, utilizam-se os conceitos foucaultianos de verdade, poder e subjetividade.

A reflexão neste artigo, em um primeiro momento, discute a forma de problematização do público em termos de experiência de alteridade e de experiência de população/pobreza/Estado/epidemias. A partir disso, analisam-se as condições de possibilidade para a emergência do coletivo no campo da saúde pública. Essas considerações encaminham para a discussão entre a desfiliação

social e o dever do Estado. Dessa noção de dever do Estado, o texto articula a noção de potência política que modifica a experiência de dever. O dever, então, passa a ser problematizado em relação à saúde e à vida urbana. Essa relação possibilita a reflexão seguinte sobre os enfrentamentos entre a figura do sujeito público formulada pela saúde pública e a figura do sujeito civil forjada pela saúde coletiva. O texto é finalizado com a discussão sobre as transformações de um dever do Estado para um dever do cidadão.

O público como conceito-problema

O público, neste texto, ao ser considerado um conceito-problema, é perscrutado como um campo de experiência na medida em que deixa de ser pensado como uma evidência e passa a ser operacionalizado como um problema. Isso acontece no momento em que a saúde pública, como caso-pensamento, sofre uma secção em termos de estratégias de conhecimento, ou seja, distanciam-se a saúde e o público para refletir-se sobre o movimento que anima essa relação quando pensada em termos de produção de verdade e sujeitos. Desse modo, parte-se da experiência de público não articulada ao campo da saúde especificamente e do modo como o público entra na esteira das estratégias biopolítica quando o Estado se volta para os problemas da população, configurando o campo da saúde.

A esfera pública, na Antiguidade, segundo Arendt², dizia respeito à aparência ligada à existência quando vista e ouvida por outros, de modo que o público se torna o contrário do privado, a existência de uma desindividualização, de um vivido não em um espaço de dentro, mas de um vivido no coletivo; o público volta-se para o comum, para um espaço onde o humano se dá a conhecer de forma igual. É visto e ouvido aquele ou aquilo que tem uma existência pública, que constitui uma realidade que garante o que vemos e ouvimos, isto é, a realidade do mundo e de nós mesmos. Nessa esteira das definições de Arendt², a experiência do público diz respeito ao próprio mundo, mas um mundo como mercado de trocas, artificial e constituído por negociações, por relações de troca.

Desse modo, a objetivação do público tem como formas de subjetivação o *homo faber* e as relações de trocas de mercadorias. O lugar do privado dizia respeito tanto ao processo de produção dos artefatos do *homo faber* quanto ao do trabalhador doméstico representado pela figura

do escravo. A esfera privada apresentava como característica uma existência que se privava de algo, o quer dizer que o privado estava relacionado à privação. Privação em termos de participação, de pertencimento ao comum, ***quem quer que vivesse unicamente uma vida privada – o homem que, como o escravo, não podia participar da esfera pública ou que, como bárbaro, não se desse ao trabalho de estabelecer tal esfera – não era inteiramente humano***².

Esse modo de experiência do público como possibilidade de ser visto e ouvido, como uma condição humana, irá metamorfosear-se quando o público se encontra com a população, quando se formula uma economia política como forma de resposta do Estado aos problemas da população: pauperização, epidemias e urbanização. A objetivação da população é formulada como uma “questão social”, segundo Castel³, que irrompe com a industrialização e os efeitos desta nos modos de subjetivação: pobreza, epidemias, urbanização, modos de subjetivação forjados pela desfiliação dos meios de produção.

Tal configuração torna-se um desafio em termos de estratégias de governo. Essas estratégias conformam um campo de ações que articula o jurídico/policial à medicina, tendo como foco a população dos espaços. A população será tanto foco de investimento de um poder sobre a vida – biopoder – quanto um campo de produção de conhecimento. Uma das formas de saber e verdade que aparecem dizem respeito à saúde da população; é quando a vida encontra o público, quando se torna possível ver e falar de uma saúde pública. A saúde, nessa linha, passa a articular-se ao público, tornando-se objeto e estratégia deste – saúde como objeto-história, objeto-discurso de publicização da vida. O público, então, passa a configurar-se como população/pobreza/Estado/epidemias na articulação com o campo da saúde.

Condições para a emergência do coletivo

A visibilidade do coletivo começa a sair de uma região de opacidade por meio da formulação da saúde coletiva. O coletivo é uma resposta social frente às objetivações do público. A publicização da saúde, ao criar um exército de tutelados nas décadas de sessenta e setenta no Brasil, acaba por dar visibilidade à precariedade da saúde dessas existências que toma como seu domínio. O público, ao colar-se à figura do Estado e aos desfiliações, retira a miséria humana de uma zona

reservada. Esse aparecimento de uma zona que se encontrava em uma região reservada é uma contradição no dispositivo, e não um acidente no território, uma forma de redenção, constituindo a própria lei de existência do público.

É a partir dessa lei de existência, ou de um conjunto de leis, que essa região passa a ser formulada pela saúde coletiva. Isso não serve para libertar o público de suas verdades, mas para alargar os mecanismos de poder que operam a publicização da saúde. É a forma pela qual o dispositivo apresenta um princípio de historicidade e um jogo político permanente.

O enfrentamento entre saúde pública e saúde coletiva manifesta-se no domínio da atenção à saúde, da institucionalização de certas formas práticas mediante o agenciamento do público. Desse modo, a territorialização do público, ao forjar a saúde pública como fenômeno biopolítico, engendra as condições para aquilo que Foucault⁴ considera um movimento centrífugo, aquilo que escapa, de certa forma, às relações de poder: a saúde coletiva. O coletivo é tanto efeito do público quanto aquilo que o modifica em termos de estratégias políticas. Há emergência de algo não como um termo do exterior, mas como um movimento que tenta se livrar do poder e, portanto, daquilo que provoca cada novo desenvolvimento das capilaridades e redes de poder.

A conformação do público, nesse enfrentamento entre a saúde pública e a saúde coletiva, é herdeira de um território do outro desfiliação da propriedade privada, do outro trabalhador/família, do outro que não existe, mas que insiste. Trata-se de uma publicização que não objetivava um suporte social, uma propriedade social, uma inscrição em sistemas de proteção que permitiriam a vida acontecer⁵. A biopolítica marca as diferenças de acesso às possibilidades de vida, utilizando-se da publicização, da territorialização do público para o poder exercer-se e justificar-se. Ao colocar-se a vida no campo político e torná-la um capital do Estado, criou-se a própria possibilidade de esse capital do Estado transformar-se em capital de direito do ser humano.

O público, que marca vidas infames, acaba por vitalizá-las em sua potência política. Vitalizá-las porque as estratégias médico-assistenciais e tutelares do Estado se esgotam em termos de custos e capacidade de assujeitamento. Mesmo com taxas de morbidade crescentes, a pobreza torna-se cada vez mais visível, pois o deixar morrer não é mais suficiente para torná-la opaca. Vitalizá-las porque a abrangência cada vez maior da utilização do sujeito público evidencia a precariedade da

estratégia para o desenvolvimento econômico. Vitalizá-las porque o próprio sujeito público começa a fixar-se como potência política.

O público como território do tutelado pelo social-assistencial do Estado, o público como o território do contágio, do agente e hospedeiro das epidemias e endemias começa a metamorfosear-se, a alargar-se: “o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”; mais ainda, por uma questão de direito pela racionalidade das “condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”¹.

Um campo de necessidade gerado pelo fenômeno saúde-enfermidade; a produção do serviço saúde com sua base técnica e material, seus agentes e instituições que são organizados para satisfazer essas necessidades; ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos); ser um espaço de densidade ideológica; ser um espaço de hegemonia de classe através de políticas sociais que têm a ver com a produção social; possuir uma conquista tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual quanto coletivo. Aqui está tudo, a saúde vinculada ao político, social e econômico⁶.

Nas transformações do público, encontram-se enunciações e práticas antagônicas. A saúde pública e a saúde coletiva operam no mesmo território; contudo, desenvolvem práticas que, em alguns momentos, se aproximam e, em outros, se distanciam, marcando uma nova linha histórico-política. A emergência da saúde coletiva dá-se justamente naquilo que o campo da saúde pública produz em termos de incentivo à ciência e à tecnologia. A tecnocratização da saúde apresenta-se em relação à *tecnocracia dos recursos humanos treinados em administração pública e em planejamento [...] antes de tudo, técnicos, porta-vozes de uma racionalidade neutra, científica, apolítica⁷*; ao mesmo tempo, em relação à institucionalização do programa de estudo socioeconômico de saúde da FUNDEP, constituído por sanitaristas que objetivavam juntar a produção teórica com o ativismo político na área da saúde, bem como empreender um movimento dos trabalhadores da saúde mediante organizações sindicais médicas, principalmente. Este ativismo surge, especialmente, com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde em 1976 e, em 1979, com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Ambas as estratégias – tecnocracia e movimento sanitário – situam-se no campo da ciência,

ou seja, são forjadas nos jogos do discurso científico, “então, todo o movimento da reforma sanitária vem de discussões da área acadêmica e fundamentalmente da revisão do conceito de saúde”⁶. Da medicina como constitutiva do campo da saúde pública, amplia-se para a ciência em termos de análise socioeconômica da saúde e de movimento social dos trabalhadores da saúde, bem como de mão de obra técnica e “neutra”.

O público toma como objeto tanto a tecnocracia na saúde quanto o socioeconômico da saúde. Conformam-se, então, dois vetores de subjetivação nesse encontro da ciência com a saúde pública, do qual emerge a saúde coletiva: os tecnocratas da saúde e os sanitaristas. Ambas as formas encontram na academia suas condições de possibilidade. A academia nutre essas formas em relação à neutralidade científica e ao ativismo político, de modo que a saúde é colocada em análise. Os efeitos dessa luta política voltam-se para o sujeito público e transformam a própria experiência que este faz de si objetivado pelas problematizações da saúde.

Restos da existência e o dever do Estado

A cidade de Leônia refaz a si própria todos os dias [...] O certo é que os lixeiros são acolhidos como anjos e sua tarefa de remover os restos da existência do dia anterior é circundada de um respeito silencioso [...]. Ninguém se pergunta para onde os lixeiros levam os seus carregamentos: para fora da cidade [...]. O resultado é o seguinte: quanto mais Leônia expele, mas as coisas acumula; as escamas do seu passado se solidificam numa couraça impossível de se tirar; renovando-se todos os dias, a cidade conserva-se integralmente em sua única forma definitiva: a do lixo de ontem que se junta ao lixo de anteontem e de todos os dias e anos lustros⁸.

A experiência de público é uma formação existencial que se cola à figura do Estado, dos lixeiros de Leônia, de modo que a figura jurídica do público são o Estado e “os restos da existência”, mas não a cidadania, uma figura jurídica que deve ser assistida pelo Estado em virtude de visibilizá-la como massa perigosa em relação ao contágio e desorganização social. O sujeito público é uma vida indigna de ser vivida, é dever do Estado torná-la um objeto político, uma biopolítica na qual a preocupação com a vida se torna uma luta contra esse outro que compõe a nação: o sujeito desfilado. Este é filiado, então, ao Estado, à biopolítica, materializado em um estado de exceção: “os lixeiros levam os seus carregamentos: para

fora da cidade [...] lixo de ontem que se junta ao lixo de anteontem”.

A saúde pública, quando formulada por essa experiência de público, constitui um campo que consiste em um estado de exceção para o desfiliado, porque esse é da tutela do Estado; para ele não existe um *status* de cidadania, a sua ordem jurídica é ser uma questão de Estado; portanto, é possível deixá-lo morrer em razão da saúde da nação – “a cidade de Leônia refaz a si própria todos os dias”. É dever do Estado investir nessa normatização da desfiliação⁹. O investimento dá-se pela tutela, pelos baixos custos e pela qualificação tecnológica no campo da saúde. Essas práticas começam a esgotar-se na medida em que aquilo que era para ser contido em uma espécie de “campo de concentração”, em uma espécie de “depósito de lixo”, aumenta progressivamente devido “a uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país”¹⁰.

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade¹.

Como se passa, então, de um discurso ao outro, quer dizer, que práticas estabelecem uma modificação na racionalidade do público, mediante a qual o dever do Estado para com o desenvolvimento da nação passa a constituir-se como um dever de Estado em termos de seguridade social? Trata-se de interrogar essa modificação do público no sentido do que ele tem a dizer sobre os problemas com os quais passa a se confrontar, bem como sobre as posições que assume e as razões que dá para isso.

Modificar a territorialização do público, em termos de desenvolvimento da nação para seguridade social, não significa que, em um determinado momento, o Estado passe de uma ética normativa para uma ética da liberdade. Significa que o Estado passa a ser pressionado por um plano de bifurcação do público: de um lado, o que Mendes¹⁰ nomeia de “crise orgânica do Estado” e as justificativas para a institucionalização de um Estado mínimo, na medida em que este não é mais capaz de conter a recessão em que o país se encontra; de outro lado, a possibilidade de democratização do país, mediante a qual passam a figurar movimentos sociais como agências de mudança das políticas sociais, entre eles, o

movimento da reforma sanitária. O Estado mínimo diz respeito à intervenção no campo das políticas voltadas para os suportes sociais, pois, no que tange à segurança e ao incentivo à competitividade e desregulamentação, ele torna-se “máximo”. O Estado, então, passa a ser provocado tanto por aqueles que se beneficiaram do modelo desenvolvimentista da saúde pública, quanto por aqueles que colocaram em análise esse modelo. Necessita-se de uma reforma do Estado brasileiro, pois, “quanto mais Leônia expelle, mais as coisas acumula; as escamas do seu passado se solidificam numa couraça impossível de se tirar”.

De acordo com Mendes¹⁰, nesse processo, havia um consenso em termos de reforma estatal, mas um contra-senso em termos de como fazer a reforma, quais as posições que o Estado assumiria e a quem caberia o ônus dessa reforma. A reforma do Estado não é em si mesma o princípio regulador das modificações do público. O que modifica a territorialização do público é aquilo que Foucault¹¹ refere como o jogo entre a consensualidade e a não-consensualidade nas estratégias de poder. Essa objetivação que Mendes¹⁰ faz em relação à reforma do Estado marca uma formação histórica que se modifica pela conformação do público na sua articulação com a saúde, de modo que o dever do Estado frente à saúde é tanto em termos de políticas econômicas quanto de políticas sociais. É justamente essa dimensão de políticas sociais que vai conformar o público em termos de dever, ou seja, passa a situá-lo frente às necessidades sociais, e não apenas econômicas – passa a conectá-lo à cidadania.

Potência política e dever do Estado

A saúde coletiva, quando formulada por essa experiência de público, constitui um território de práticas de liberdade no campo da saúde pública. Em um estado de exceção para o desfiliado, cria-se a necessidade de desenvolvimento técnico-científico. Essa ambição pelo desenvolvimento técnico-científico abre espaço para a academia entrar no campo da saúde pública: ***criar um programa que junta vários cientistas para produzir sobre saúde coletiva era algo muito interessante em um momento de repressão da ditadura***⁶. No período da ditadura militar no país, começa a emergir uma série de movimentos sociais, não apenas os relacionados com a possibilidade de democracia e reforma sanitária, como também movimentos por condições de vida distintas que provocam o campo das políticas públicas. Essa

estrutura que forja o sanitarista nasce e potencializa-se na própria ditadura militar.

Dessa maneira, na saúde coletiva, começam as fissuras desse campo, que passam a corromper valores instituídos, ou seja, apresenta-se como um movimento instituinte. Essa conformação da saúde pública em não apresentar muitos exilados e as fissuras no campo da saúde coletiva dizem respeito à própria relação que o Estado estabelece com a saúde. Ao formular o sujeito público/indivíduo, e não o sujeito político, as estratégias políticas no campo da saúde não se confrontam com uma potência de vida, mas sim com a possibilidade do poder sobre a vida. Sujeito político é entendido aqui em termos de práticas de liberdade, ou seja, de cidadania, e não em termos de corpos políticos investidos por biopolíticas.

A vida à qual o poder se direcionava era uma vida infame, sem potência política, pois a potência política do operário foi capturada pela Previdência Social, transformando-o em trabalhador da nação. Ou seja, de classe perigosa, o operário transmuta-se para mão de obra da nação, mão de obra conjuntamente com sua família, assistida pelo Estado. Os trabalhadores celetistas e suas famílias tinham acesso aos serviços de saúde por meio da inscrição na Previdência Social, mediante a carteira de trabalho. O registro de beneficiário da saúde trazia consigo o registro de trabalhador. O acesso à saúde dependia do acesso ao trabalho. Este acesso é diferente do que aconteceu, por exemplo, no campo da educação, em que o movimento estudantil se apresenta como uma ameaça ao Estado e, portanto, é fragmentado pela privação no exílio ou pela individualização na família.

O Estado social-assistencial formula uma economia subjetiva de dependência em que o dever se relaciona com um outro incapaz. A incapacidade é registrada tanto no sentido da não-propriedade dos meios de produção quanto no da impossibilidade para o trabalho. Assim, o dever é para manter um determinado *status* de dependência, o esquadramento do espaço urbano e social.

O Estado assistencial começa pela organização de uma segregação que empurra, para fora dos circuitos econômicos, uma parte considerável da população. E, num segundo momento, ele vem socorrer; vem dar assistência a essa população, mas com a condição de ela passar por esse sistema de controle².

Esses agenciamentos do público apreendiam o trabalhador nos processos produtivos, nos meios de produção, não como proprietários, mas como tutelados. Entretanto, desse processo de

subjetivação, engendra-se tanto um movimento de trabalhadores da saúde, um movimento de resistência, quanto um movimento de dependência do Estado por parte dos “restos da existência”. Dessa forma, o público como um dever constitui-se neste embate: por um lado, o trabalhador/movimento sanitário; por outro lado, o trabalhador/tutelado. O público como dever não objetiva o outro como uma alteridade, esse outro é capturado como “resto da existência”, como desfilhado, como trabalhador tutelado ou como um movimento de resistência, como aquilo que provoca os mecanismos instituídos de poder e os faz alargarem-se.

O público como dever articula-se nessas instâncias de objetivação: a pobreza/trabalhador tutelado e a reforma sanitária, instâncias que, para se instituírem como um dever do Estado, se personalizam. A personalização do outro, mediante a publicização, cria registros identitários, unidades de sentido. O exercício de tornar algo público e, portanto, um dever do Estado, captura a alteridade, personaliza-a como herança do sujeito público/indivíduo. O dever do Estado torna-se um equipamento coletivo que codifica o outro.

Para a reforma sanitária tornar-se um dever do Estado, ela entra nos mecanismos de Estado, articula-se no campo da ciência, pois são essas duas condições que a tornam possível, que a tornam uma potência política. Os efeitos dessa combinação, segundo Pinto¹³, tornam o território público “extremamente profissionalizado e técnico”, na medida em que os objetos da saúde pública se apresentam cada vez mais complexos, pois saúde não é mais apenas ausência de doença e sim um indicador da organização social do país.

Quando a Organização Mundial da Saúde, por meio da Conferência de Alma-Ata, preconiza a “saúde como um direito do homem, sob responsabilidade política dos governos”¹⁴, estabelece-se um estado de direito à saúde, bem como um dever do Estado para com as políticas de saúde. O dever para com as políticas traz como consigna “adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos”¹⁴. O fazer viver do biopoder tem como estratégia o “dever”, o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas”. Acrescentar vida aos anos articula-se em um Estado social-assistencial, em um Estado de dever em que se ajustam o poder político exercido sobre os sujeitos civis e o poder pastoral exercido sobre indivíduos¹⁵.

O público como dever estabelece uma relação entre a experiência pobreza/trabalhador como “restos da existência”, saberes como a saúde pú-

blica e a economia política e a forma como o poder se exerce nas instituições de saúde. O dever torna-se uma racionalidade de Estado, o público é um dever e, por conta disso, um objeto do Estado, um dispositivo do Estado. O dever é uma técnica da biopolítica, é um dever formular e executar políticas em saúde, adicionar vida aos anos.

Dever, vida urbana e saúde

Não é porque se teve um cuidado ético com o ser humano por parte da nação que emerge a reforma sanitária; pelo contrário, é porque se construiu um sujeito público/indivíduo como objeto de um saber como a saúde pública que se desenvolveu o tema da saúde coletiva. O Estado de dever é formulado como uma estratégia da República; entretanto, o dever não só para com a economia, mas com a saúde da população, é uma derivada das instituições de saúde pública. É porque se objetivou um sujeito público – “restos existenciais” – na saúde pública que foi possível transformá-lo em sujeito civil.

A unidade de sentido que se criou para o público é ela mesma provocadora de um outro saber possível: não se trata mais de saúde como ausência de doença exclusivamente, pois o público continua a contaminar o urbano. É preciso pensá-la em relação a uma série de elementos: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”¹. É preciso articular vida urbana e saúde, que, segundo Paim e Almeida¹⁴, se ampara nos seguintes pressupostos: saúde como estado vital vinculado à estrutura da sociedade por meio das instâncias econômica e político-ideológica, implicando historicidade; ações em saúde como práticas sociais sob a influência do relacionamento de grupos sociais; o objeto da saúde coletiva encontra-se nos limites do biológico e do social, o que cria a necessidade de integração no plano do conhecimento, e não no das estratégias; o conhecimento dá-se pela compreensão das leis e do envolvimento de forças capazes de transformá-las.

O público do dever será forjado por esse campo de conhecimento que coloca em evidência a experiência de que saúde diz respeito à estrutura da sociedade, à historicidade, à relação entre os grupos sociais, à interdisciplinaridade. O público do dever é um território de lutas entre o assujeitamento do público desenvolvimentista/industrial e as forças instituintes da reforma sanitária, a utilização do sujeito público/indivíduo e a trans-

formação em sujeito civil/cidadão. Esse processo será produzido não apenas pela racionalidade citada no parágrafo anterior, como também pela forma de operacionalização, ou seja, as relações de força que se estabelecem entre saúde pública e saúde coletiva.

A operacionalização da reforma sustenta-se em estratégias epidemiológicas, planejamento/administração de saúde e ciências sociais em saúde. Esses três eixos de investimento são pensados em correlação um com o outro de modo a capturar a epidemiologia e o planejamento/administração para o campo das ciências sociais. Esses eixos articulam a saúde como um objeto concreto, na medida em que a designam como uma evidência em termos de fenômeno enfermidade/saúde, com uma forma de controle sobre essa evidência, ou seja, a produção dos serviços em saúde. Entretanto, essa evidência torna-se uma problemática, na medida em que passa a ser objetivada pelas ciências sociais e não apenas como uma questão médico-jurídica, quando o coletivo cria fissuras no público.

A correlação dessas três séries – epidemiologia, planejamento/administração e ciências sociais – no dispositivo de publicização engendrará o objetivo de eficiência, eficácia e equidade na saúde. O coletivo no território público provoca-o em termos da posição do Estado como regulador das políticas em saúde, entretanto, não por meio de políticas compensatórias de caráter médico-jurídico, mas por ações de saúde em termos de eficiência, eficácia e equidade. Esse dever do Estado apenas torna-se possível quando a saúde e os serviços em saúde deixam de ser subordinados à doença e à medicina e passam a ser transversalizados pelas ciências sociais. A reforma da saúde foi possível na medida em que outras disciplinas passaram a operar no interior do dispositivo e agregaram ao dever do Estado a problemática da saúde como um objeto que se encontra nos limites entre o biológico e o social, determinado pela produção social e organização dos serviços em saúde. O coletivo faz o público defrontar-se com a hibridização de fronteiras entre o social e o biológico/jurídico¹⁴.

Saúde pública e saúde coletiva: enfrentamentos entre sujeito público e sujeito civil

Essa descontinuidade implica a reforma da saúde como sistema. O sistema de saúde passará a ser operacionalizado em termos de unificação e de

descentralização, articulando uma rede de objetos como correlatos do dever – universalização, equidade e integralidade. Esse exercício amplia a população a ser assistida pelas políticas em saúde; não se volta mais, unicamente, para os trabalhadores e suas derivadas, agora compreendendo que a categoria “não-trabalhador” diz respeito a um indicador de saúde da população. Os “restos da existência” desfilados do trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente, da renda, da educação, do transporte, do lazer e do acesso aos bens e serviços essenciais serão contemplados como um dever do Estado. Essa reforma na saúde, segundo Mendes¹⁰, “é um projeto que somente se corporifica num ambiente democrático onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos”.

A formulação de um Estado de dever em que o público passa a articular-se com o civil diz respeito à ampliação do conceito de saúde provocado pelo coletivo no dispositivo de publicização. O adicionar anos à vida e vida aos anos constitui uma forma de vida, uma forma de viver mediante suportes sociais para a vida, e não apenas ausência de doença. A vida passa a ser dependente das condições de vivê-la no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986: *A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida*¹⁶.

A articulação da saúde no plano da democracia, das lutas cotidianas, da organização social da produção e das desigualdades nos níveis de vida apenas seria possível, como aponta Foucault⁴, se fosse enraizada no nível da vida cotidiana, se utilizasse como uma grande estratégia as pequenas técnicas locais e individuais, ou seja, era necessário deslocar-se do âmbito acadêmico e dos órgãos governamentais para a sociedade civil. A VIII Conferência Nacional de Saúde apresenta-se como um acontecimento no campo da saúde pública em que o sujeito público/indivíduo é convocado a envergar sobre si mesmo a experiência de um sujeito civil. Civil como aquele que é tomado como indivíduo-cidadão e não

como indivíduo-público unicamente. Indivíduo-cidadão como aquele que constitui o território público e não apenas é objetivado por ele.

O público do dever provoca o sujeito público à conquista da saúde em suas lutas cotidianas; a saúde passa a ser considerada em relação às condições de vida, portanto, engendrando um sujeito civil/cidadão, um enfrentamento entre o público e o coletivo. Relaciona-se, desse modo, a saúde com o conceito de luta, na medida em que é um dever do Estado, uma possibilidade de vida e uma forma de subjetividade civil.

O público é formulado e experimentado tanto como uma questão de regulação, fiscalização e controle, quanto de responsabilidade em termos de seguridade social. A agência pública localiza-se nos órgãos do Estado, mas também na sociedade civil. Entretanto, quando a saúde passa a ter “relevância pública”, não se trata apenas de colocá-la como um dever do Estado, mas também como um dever da sociedade civil. O aparecimento da sociedade civil baseia-se em princípios democráticos de participação e regulação social.

Do dever do Estado para o dever do cidadão

A emergência de um sujeito civil encontra condições de possibilidade na experiência de que “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”¹. A articulação desse enunciado, em uma organização social neoliberal, no que tange às práticas cotidianas, encontra-se na idéia de valorização da sociedade civil em detrimento do Estado. A sociedade civil seria, segundo Pinto¹³, uma forma de controle do Estado, na medida em que equaliza a cidadania à responsabilidade social. A produção do sujeito civil dessa organização torna-o substituto da figura do Estado, o que se encontra, segundo a autora, nas funções de assistência social e voluntariado.

O dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade engendrarão ações por meio de voluntariados, associações de bairro, clubes, organizações não-governamentais e certificações de compromisso social em torno das questões de saúde, educação, fome, etc. Essas funções, que seriam os suportes sociais pelos quais o Estado deveria se responsabilizar, quando coladas à figura do sujeito civil, herdeira do público/indivíduo, acabam por desresponsabilizar o Estado, tornando-o mínimo, e por recrudescer a individualização.

O público como um dever articula-se no campo da saúde coletiva na experiência de democracia. Entretanto, a idéia de democracia, quando formulada pela emergência da sociedade civil, no neoliberalismo, como agência de transformação social, forja formas de subjetivação que, calcadas em uma substância moral, se aproximam da esfera da caridade. Isso acontece porque o sujeito político não é produzido nessa formulação, os projetos políticos são tensões na disputa entre si, na busca de adesão e desconstrução do outro, na racionalidade da pura liberdade neoliberal e não na tensão entre liberdade e igualdade.

Desse modo, a participação da sociedade civil, em um agenciamento do público como dever, não se efetua como instância de regulação do Estado, mas como bem-estar social. A participação popular prevista na constituição da reforma da saúde encontra-se nesse campo de lutas, de formas de subjetivação em que a figura é a do indivíduo e não a do político. A participação entra na esteira de substituição das funções do Estado, entra como uma questão do indivíduo, e não do cidadão.

Pensa-se isso em dois sentidos: no das ações que operacionalizam a lógica da “bem-estar”, em termos assistencialistas, para com o outro – a cesta básica para o acesso aos serviços de saúde, os vales-transportes para a presença em certas formas de assistência, a internação em emergências para aqueles que passam fome; e no das práticas cotidia-

nas que capturam a possibilidade da participação direta – formas de minimização do controle dos conselhos de saúde, pouca preparação dos conselheiros, investimentos na saúde do trabalhador em termos de cesta básica de medicamentos.

O público do dever não objetiva o outro como alteridade, uma vez que a implantação do SUS se encontra com o público/indivíduo e não com o cidadão, mesmo em se tratando de um público que se mistura à figura do civil. A diferença constitutiva dos processos de saúde compreendidos por meio da equidade, da universalidade e da regionalização é experimentada como o outro que não valoriza aquilo de que o Estado dispõe. Essas formas de subjetivação implicam uma relação com o outro a partir da lógica da tutela, da bem-estar.

O dever do Estado é considerado pelo trabalho na saúde como uma bem-estar social à população, não como um direito. Tal produção dá-se na medida em que a resposta de um si, de um sujeito constituído no campo da saúde ao outro é uma resposta individual, e não ética, pois esse outro não é uma provocação da alteridade, mas sim uma figura formada pela biopolítica¹⁷. A biopolítica estabelece uma cesura a partir das condições de vida. Essas condições de vida são formas de qualificação do outro e o outro da saúde é o público tutelado, os restos da existência, o que implica operar dentro de um campo de responsabilização, de adesão e utilização individual.

Colaboradores

AG Bernardes e NMF Guareschi participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. [site da Internet] [acessado 2005 ago 03]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/legislacao>
2. Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense; 1989.
3. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes; 1998.
4. Foucault M. Poder e saber. In: Foucault M. *Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense; 2003.
5. Castel R. *Las Trampas de la exclusión: trabajo y utilidad social*. Buenos Aires: Topía; 2004.
6. Fleury S. *Palestra de abertura das atividades acadêmicas da Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
7. Luz MT. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
8. Calvino I. *As cidades invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
9. Pelbart PP. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras; 2003.
10. Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; 1999.
11. Foucault M. Política e Ética. In: Foucault M. *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense; 2004.
12. Guatarri F, Rolnik S. *Micropolíticas: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes; 1986.
13. Pinto C. *Teorias da democracia: diferenças e identidades na contemporaneidade*. Porto alegre: EDIPUCRS; 2004.
14. Paim J, Almeida N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
15. Foucault M. "Omnes et Singulatim": uma crítica da razão política. In: Foucault M. *Ditos e escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense; 2003.
16. Portal da Saúde. [site da Internet] [acessado 2005 ago 03]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/legislacao>
17. Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Artigo apresentado em 26/11/2007

Aprovado em 05/08/2008

Versão final apresentada em 18/07/2008