

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

Daniele de Oliveira Rodrigues

**MICROPOLÍTICA DO FAZER EM SAÚDE: afirmação de práticas
cotidianas de participação no SUS**

NITERÓI

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Daniele de Oliveira Rodrigues

MICROPOLÍTICA DO FAZER EM SAÚDE: afirmação de práticas
cotidianas de participação no SUS

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

NITERÓI

2009

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

R696 Rodrigues, Daniele de Oliveira.
MICROPOLÍTICA DO FAZER EM SAÚDE: afirmação de
práticas cotidianas de participação no SUS / Daniele de Oliveira
Rodrigues. – 2009.
135 f.
Orientador: Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense,
Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de
Psicologia, 2009.
Bibliografia: f. 128-135.

Daniele de Oliveira Rodrigues

MICROPOLÍTICA DO FAZER EM SAÚDE: afirmação de práticas
cotidianas de participação no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: 31/07/2009

Prof^a. Dr^a. Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves

Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz

ENSP/FioCruz

Prof^a. Dr^a. Kátia Faria de Aguiar

Universidade Federal Fluminense

*Para Arthur que, na
sabedoria dos seus seis
anos, se mostrou parceiro,
cuidadoso, chamou o
computador de chato,
perguntou se eu nunca
dormia, e disse que eu só
poderia ter outro filho
quando terminasse a
“minha UFF”. A você,
querido, dedico este
trabalho, pois, mesmo sem
fazer idéia do significado
do mestrado, sempre estive
na torcida.*

AGRADECIMENTOS

Terminar esse trabalho não foi tarefa fácil, a vida toma caminhos inesperados, às vezes de dificuldades tais que pensamos em desistir. O caminho foi árduo, não só pela tarefa da escrita, mas pelos diversos acontecimentos, bons ou ruins, que se atravessaram nesta trajetória. Mas pude contar com a ajuda de muitas pessoas, para continuar seguindo, tais pessoas não economizaram esforços para embarcar comigo nessa *viagem*, nem sempre confortável. Uma delas: **Cláudia Abbês** especialíssima, aquela que impulsionava o trabalho quando eu mesma já não acreditava, a que perdeu noites de sono, que orientou, escreveu e leu atentamente esta dissertação. Cláudia, querida eu só tenho a agradecer por tudo, desde a monografia, pela sua disponibilidade, pelas conversas animadas, pelos encontros-potência. Obrigada!

Pude, nesse caminho, experimentar o carinho dos amigos. Esses estiveram ao meu lado incondicionalmente, descobri amigos-irmãos que só fazem agregar, misturar, acalantar! A amiga de longa data, **Cris**, que sempre esteve ao meu lado com esse jeito sincero de ser, sempre me ajudando, a seus pais, **Tia Ana e Tio Zezinho** que, além de outras coisas, gentilmente cederam um computador quando eu mais precisei! A amiga **Alê**, pelas horas no telefone, pelas gargalhadas e pelo apoio. A minha *equipe*: **Lívia, Raphael, Fernanda e Maria**, pela compreensão e pela aposta. **Lívia**, pelas horas de conversa no trem e pela leitura e correção atenta deste trabalho, **Rapha**: pelos abraços carinhosos, pelos *debates* e pelos cuidados de enfermagem!

Agradeço também as pessoas que estão neste trabalho, seja pelos textos, pelas discussões, seja pela experiência do curso. **Ao pessoal da Cidade de Deus**, que compôs esse trabalho, com inquietações, experiências, alegrias e muita vontade de fazer. Eu realmente *nunca vou esquecer*. Aos queridos **professores** do Departamento de Psicologia da UFF, que também teceram comigo esse trabalho, pelas contribuições, pelas aulas, pelas discussões, pela responsabilidade com a educação pública: especialmente a **Luiz Antonio Baptista, Maria Lívia Nascimento, Cecília Coimbra, Regina Benevides, Leticia Balbi** que acompanharam mais de perto, de alguma forma, minha trajetória.

A **Kátia Aguiar e Eduardo Stotz** que aceitaram prontamente o meu convite. **Kátia** pela leitura na monografia, na qualificação e agora na dissertação, pelas contribuições sempre atentas, obrigada! **Eduardo** que, mesmo sem nos conhecer, aceitou participar da banca e contribuir para este trabalho, e também pela compreensão.

Agradeço especialmente a minha **Tia Ana** que é bem culpada pelo meu gosto pelos estudos, pelos livros, que investiu seu tempo, e que sempre me impulsionou nesse percurso.

Ao meu querido **Arildo**, companheiro, quem mais agüentou os desesperos, a angústia, os medos, ele que ao chegar o ano de 2006 me deu um beijo e me desejou uma única coisa: que eu passasse no mestrado. Obrigada por perceber a importância deste trabalho e por acreditar!

RESUMO

O presente trabalho objetiva debater os desafios da efetivação da participação social no SUS (Sistema Único de Saúde). Nesse sentido, analisa o processo de produção desta participação, numa perspectiva genealógica, a partir de três vetores-força que atravessam e compõem o cenário de sua constituição, quais sejam: os movimentos sociais nas décadas de 60, 70 e 80 no Brasil, a emergência das políticas neoliberais e suas modulações neste contexto e a trajetória das políticas públicas de saúde no país. A partir desses vetores-força problematiza a forma como a participação social no SUS foi institucionalizada, sua configuração em lei, como Controle Social, que se concretiza nas instâncias representativas compostas por diferentes segmentos da sociedade. Neste campo de problematização, este trabalho busca visibilizar e pensar outros modos de participação, que se efetivam no cotidiano das práticas de produção de saúde, e no território, envolvendo a participação direta dos usuários para além e aquém de sua representação institucionalizada. A aposta se faz na afirmação da participação social como um processo de experimentação coletivo que se constrói nas práticas cotidianas, em suas interpelações e nas relações de gestão do cuidado que se dão entre usuários, trabalhadores e dirigentes do SUS. Nesta direção, chama atenção para a importância de uma relação atenta e cuidadosa com o Estado, não prescindindo dele para a configuração das políticas sociais, entre as quais as de saúde, mas sem, entretanto, dele e nele atrelarmos a produção e condução das políticas públicas. Com esta perspectiva analisa a experiência do curso “Formação de Agentes Sociais como Apoiadores *no Território*”, realizado na Cidade de Deus, município do Rio de Janeiro. Tal curso se insere no contexto de ações da Política Nacional de Humanização (PNH), que aposta na formação crítica da realidade e na educação popular como possibilidade de participação direta no SUS.

Palavras-Chave: SUS, participação social e educação popular em saúde.

ABSTRACT

This present work aims to discuss the defies of the efetivation of the social participation in the SUS (Unique Heath System). In this sense, it analyses the production process of this participation, in a genealogical perspective, from three power-vectors that cross and form the scene of its constitution, which are: the social movements in 60's, 70's and 80's in Brazil, the emergence of the neoliberal politics and its variations in this context and the trajetory of the health public politics in the country. From of these three power-vectors put in doubt the manner as the social participation in the SUS was institutionalized, its configuration in law, as the Social Control, that was accomplished in the representative instances composed by different parts of the society. In this doubt field, this work quests to make feasible and think about other ways of participation, that are effective in the routine of the praticies of health production, and in the territory, involving the direct participation of the users for beyond and on this side of its representation institutionalized. The wager is done in the affirmation of the social participation as a process of colective experiment that is build in the daily praticies, in its interpellations and in the management relations of the care that is given to the users , workers and the managers of the SUS. In this direction, it call attention to the importance of a attentive and careful relation with the State, and do not prescind of it for the configuration of the social politics, between then are the health, but without, nevertheless, of this and in this we should link the production and conduction of the public politics. With this perspective analyses the experience of the course " Formation of Social Agents as Supporting in the Territory", accomplished in Cidade de Deus, county of Rio de Janeiro. This course is inserted in the context of the actions in the "Política Nacional de Humanização"(National Politics of Humanization) (PNH), that bets in the critical formation of the reality and the popular education as a possibility of direct participation in the SUS.

Key-Word: SUS, Social Participation and Popular Education in Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: A construção da questão por entre alguns percursos _____	12
CAPÍTULO 1: ESBOÇANDO O CAMPO PROBLEMÁTICO _____	18
1.1 - UM MODO DE PESQUISAR E FAZER HISTÓRIA _____	19
1.2. PARADOXO CONSTITUINTE DO SUS _____	21
1.3 O ESTADO MODERNO NA COMPOSIÇÃO DO PLANO DE PODER: AS ARTES DE GOVERNAR _____	29
1.3.1. Soberania, nação, povo: a construção da representatividade _____	33
CAPÍTULO 2 -O SUS COMO OBRA EM CONSTRUÇÃO: NO ENTRECROZAR DE VETORES _____	38
2.1. VETORES-FORÇA 1: movimentos sociais e o SUS _____	39
2.1.2. Movimento de saúde na periferia leste de São Paulo: a formação das comissões de saúde _____	45
2.2. VETOR-FORÇA 2: Alçando novas velas por entre ventanias das políticas neoliberais _____	48
2.3. VETOR – FORÇA 3: Políticas Públicas de saúde no Brasil _____	54
CAPÍTULO 3- SUS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: QUAIS QUESTÕES? _____	66
3.1. CONTROLE E/OU PARTICIPAÇÃO SOCIAL? _____	69
3.2 AS ARTES DE GOVERNAR EM FUNCIONAMENTO _____	74
3.3 PERSPECTIVAS EM ANÁLISE: USUÁRIO-CONSUMIDOR _____	77
CAPÍTULO 4 - Experiência da Cidade de Deus: protagonismo na Participação no SUS _____	86
4.1 “Cidade de Deus é o maior barato...”. _____	88
4.2 DA EMERGÊNCIA E DA PRODUÇÃO DA DEMANDA DE FORMAÇÃO _____	91
4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS (PNH) E OS PRINCÍPIOS DE SUA POLÍTICA DE FORMAÇÃO: DO QUE SE TRATA? ____	92
4.4 DA CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS E DA GESTÃO DO CURSO _____	96
4.4.1 Forma de inserção dos alunos e objetivos _____	100
4.4.2 Carga horária, Metodologia e Grade Temática _____	101
4.4.3 Dos processos avaliativos do Curso _____	105
4.5 O DISPOSITIVO DE ESTIMATIVA RÁPIDA: TECENDO AS REDES DE APOIO SOCIAL NA INTERFACE DA EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE ____	106
4.6 O DISPOSITIVO MEMÓRIA: DE QUANDO A CONSTRUÇÃO DA MEMÓRIA AFIRMA OS PROCESSOS COLETIVOS _____	115

4.7 TRANSFORMAR PARA CONHECER: A CONSTRUÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO _____	118
4.8 REDES DE CONVERSAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS: De quando lutar pelo SUS é “estar com” o SUS _____	123
REFERÊNCIAS _____	129

INTRODUÇÃO: A construção da questão por entre alguns percursos

Pensar as conexões entre as práticas da psicologia e os processos de efetivação das políticas públicas de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), nos convoca a pensar na indissociabilidade entre produção de subjetividade e política, problematizando a delimitação do saber *psi* à ciência da interioridade e aos conflitos ditos pessoais/familiares. Nesta direção, temos construído nossas práticas numa aposta ético-política, que requer atenção à produção de modos hegemônicos de afirmação da existência, indagando as articulações que se engendram entre o modo de produção capitalista e os modos de ser/estar no mundo.

Em meio a esse compromisso ético/político nosso percurso foi se construindo: experimentando nas práticas cotidianas a potência dos embates e os desafios da problematização naquilo que possibilitam de abertura a novos sentidos e sensibilidades. Assim como, na lida com os processos de engessamento das práticas e suas cristalizações em segmentos-profissões e saberes/poderes instituídos. Acolhendo, e em meio a, estes desafios nos inserimos na apaixonante arte de pesquisar-intervir. Contudo, não se tratava de pesquisar o que já estava dado com o intuito de capturar uma verdade única a ser revelada perante as lentes do saber acadêmico e, a ser aplicada à realidade pesquisada. Outrossim, tratava-se, com os aportes da pesquisa-intervenção¹, da construção coletiva de análises e intervenções que buscavam problematizar as práticas e suas produções/efeitos no campo de intervenção, numa interessante e indissociável tecedura dos pesquisadores assim como da própria pesquisa e seus caminhos.

¹ Pesquisa-intervenção é um método de pesquisa da Análise Institucional Francesa, proposta pelos institucionalistas René Lourau e Georges Lapassade que afirma a não-neutralidade entre os membros da pesquisa assim como a co-construção destes em meio ao ato de pesquisar. Desta forma a pesquisa-intervenção propõe um compromisso ético-político que se tem em “interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições. (...) A metodologia estava baseada, portanto, em uma arguição que desmanchasse os territórios constituídos e convocasse a criação de outras instituições” (Barros, 2007, p.230/231).

Na graduação participamos de duas pesquisas: a primeira² referente à indissociabilidade entre os modos de subjetivação e as práticas de atenção e gestão, tendo como campo um serviço público de saúde, na área da Saúde Mental. Foi neste momento que tivemos contato com diferentes autores do campo da saúde coletiva e, áreas afins, que pesquisavam os processos de efetivação do SUS, seus impasses e desafios como política pública e na mudança de modelos de produção de práticas em saúde. A segunda pesquisa foi no grupo PIVETES³ (Programa de Intervenção Voltado às Engrenagens e Territórios de Exclusão Social) que tinha como objetivo analisar os encontros da Psicologia com o Judiciário, utilizando as ferramentas-conceitos da corrente institucionalista. A partir dos enfrentamentos com as práticas dos psicólogos que atuam no judiciário, suas questões e o entendimento de que a pesquisa acontece em meio ao ato de pesquisar é que se produziu na minha formação o interesse pela Análise Institucional francesa.

Na escolha do tema da monografia de fim do curso de graduação em psicologia essas duas experiências se entremearam: a paixão por estudar a construção do SUS, assim como os desafios impostos atualmente no cotidiano dos serviços de saúde, as lutas pela efetivação de seus princípios, e as ferramentas-conceitos elaboradas pela corrente institucionalista. Desenvolvemos como tema o SUS e dois mecanismos para sua efetivação: a co-gestão dos Serviços Públicos de Saúde e o Controle Social.⁴ Nesse mesmo período realizamos um estágio⁵ pela prefeitura do Rio de Janeiro num serviço público de saúde. Este funciona como ambulatório com ênfase no eixo materno-infantil e como maternidade.

Tal experiência fez com que um turbilhão de questionamentos se apresentasse, quais sejam: o lugar que a psicologia era chamada a ocupar e, ao mesmo tempo produzia, desenvolvendo trabalhos focados e circunscritos, muitas vezes, à atenção

² Grupos e Transversalização: a produção de equipes de saúde: gestão e subjetivação. Sob orientação da Prof^a Dr^a Regina Benevides. Departamento de Psicologia, UFF. Niterói, 2002/2003. Financiamento: PIBIC/CNPq.

³ PIVETES: Programa de Intervenção Voltado às Engrenagens e Territórios de Exclusão Social, minha inserção se deu na pesquisa *Prática, Implicações e Produções da Psicologia no Judiciário* sob orientação da Prof^a Dr^a Maria Lívia Nascimento. Departamento de Psicologia/ UFF. Niterói, 2003/2005. Financiamento: FAPERJ

⁴ Estratégias para a efetivação do SUS: apostando na co-gestão e no controle social. Sob orientação da Prof^a Dr^a Claudia E. Abbês Baeta Neves. Graduação em Psicologia, UFF. Niterói, 2006.

⁵ Ver RODRIGUES, D. O. *O que elas têm a dizer? Pensando as práticas na maternidade Herculano Pinheiro*, monografia de final de estágio, Rio de Janeiro, 2006.

individualizada no leito, dissociando-se de outros processos então atrelados. Bem como a idéia de que o serviço era uma grande concessão do Estado levando a uma naturalização de determinados acontecimentos, tais como falta de vagas, de roupas para os usuários etc. E a gravíssima percepção de que a população atendida e sua rede social encontravam-se alienadas da forma como o serviço se organizava e, portanto, dos processos de implementação do SUS. Grande parte das usuárias desconhecia a existência da diretriz de participação da comunidade nas políticas públicas de saúde, e muitas vezes, calavam-se quando sofriam algum tipo de negligência. Algumas gestantes não sabiam sequer o motivo da internação ou que tipo de medicação utilizavam e qual era a sua finalidade. O mesmo era observado com as mães que tinham seus filhos internados na UI (Unidade Intermediária) ou na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal. Percebemos que os direitos eram violados e alguns, menos conhecidos pela população, eram omitidos.

Alguns desses direitos influenciavam diretamente na organização do processo de trabalho da maternidade, por exemplo o direito a acompanhante: a prática de “ignorá-lo” funcionava muitas vezes para as equipes como uma espécie de “proteção” a possíveis questionamentos e contatos ‘desnecessários’ com a rede social do usuário. Estas vivências e os estranhamentos daí decorrentes nos possibilitaram indagar, junto ao processo de construção da monografia, o que se passava entre a conquista de direitos e a sua efetivação no lócus dos serviços.

Percebíamos a produção de uma enorme distância entre os usuários e todo o modo de funcionamento da maternidade. Esta distância se materializava numa objetivação e invisibilização das mulheres que ali estavam. A expressão de suas angústias, dúvidas e histórias de vida eram transformadas em banalidades, e, de fato, as pessoas que acessavam o serviço tinham sua voz e força fragilizadas, dificultando a quebra do ciclo de descaso e rechaçamento dos seus saberes como sujeitos.

A questão que surgia, desdobrando-se em muitas outras, era: como retomar e potencializar os movimentos que forcem e reafirmam o caráter participativo do SUS, para que, de fato, ele seja de todos e qualquer um? O que possibilita aos sujeitos envolvidos se sentirem parte deste Sistema e verem sentido na aposta de construção conjunta de seus direcionamentos, alocação de recursos e elaboração de metas e propostas?

Entendemos que os processos de gestão do cuidado e de políticas públicas de saúde implicam a construção de uma rede de alianças entre os trabalhadores de saúde, os usuários e sua rede social. Contudo, o que temos presenciado mais comumente é a produção de polarizações que localizam os atores deste processo em lados opostos, trabalhadores/dirigentes da saúde X usuários e rede social, como se estes fossem a priori inimigos.

A tecedura desta rede envolve, em suas tramas e urdiduras, a melhoria das condições de trabalho em concomitância com a busca de qualidade e dignidade do acesso. Entretanto, é importante sinalizar que este processo se faz em meio a disputas de projetos, embates, flexibilizações e zonas de consensos temporários. Paradoxalmente, pensamos que sua potencialidade está exatamente aí: na experimentação inclusiva destas tensões e heterogeneidades de inserções e funções, em meios aos quais são construídos propósitos comuns em prol da dignificação dos processos de vida.

Vemos, então, a importância de investimentos no fomento destas redes e a construção de processos de formação mútuos, que levem em consideração os saberes produzidos no território e as interpelações da realidade e do cotidiano, nos modos de fazer saúde, e, de intervirmos nas pactuações entre as demandas e as ofertas. Nesta direção, fazemos nossas as contribuições de Gastão Wagner Campos (2003) quando afirma que

a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Tem potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão de pessoas.

(CAMPOS, 2003, p.15)

Estas diferentes experiências produziram indagações e estranhamentos que nos levaram a buscar aprofundamentos num projeto de mestrado. Nele, objetivamos pensar a participação social no SUS, sua operacionalização legal como Controle Social, com a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, seus funcionamentos sob a lógica da representação (usuários, gestores, trabalhadores, saúde suplementar) e seus desafios atuais. Neste campo de problematização buscamos visibilizar e pensar outros modos de participação, que se efetivem no cotidiano das práticas de produção de saúde, e no

território, envolvendo a participação direta dos usuários para além e aquém de sua representação institucionalizada.

Na construção do caminho deste trabalho muitas questões nos inquietaram e o que aqui escrevemos é parte delas. Procuramos realizar discussões pertinentes que pulsam no cotidiano dos serviços, em cada canto do país. Nessa tarefa nos ajudaram muitos autores/pensadores/militantes que também se arriscam nesse campo de questões: ecoam aqui muitas vozes.

Afirmamos a configuração sempre inédita e inesperada da pesquisa bem como daqueles que nela se arriscam, não sabemos muito que tipos de sentimentos teremos, que questões surgirão, que afetos, que rumo o trabalho tomará e com ele as nossas próprias vidas.

O acabamento final do trabalho se configura como uma paisagem, que depende se ventou, se choveu e molhou, se fez sol e secou o chão. A paisagem nunca está pronta, ela sempre se modifica. A paisagem-pesquisa que trazemos tomou determinado rumo, direção, mas poderia ir num outro sentido, dizer outras coisas. A própria paisagem aqui apresentada se formou junto com outras, como já dito.

Todas essas coisas que já dissemos conformou um campo problemático, tema do primeiro capítulo desta dissertação. Um plano onde afirmamos certo modo de fazer história, trazendo os embates, as forças constituintes do SUS, sua emergência e proveniência. Nesta direção afirmamos a constituição paradoxal do SUS em sua efetivação como política pública e a partir desta discussão achamos importante trazer ao cenário deste trabalho alguns tencionamentos em relação ao modo tradicional de pensar o funcionamento do Estado Moderno.

No segundo capítulo abordamos, numa perspectiva genealógica, as diferentes linhas que compõem o SUS e seus princípios/diretrizes. Tendo como fio condutor de análise os processos de participação da população nesta construção. Para tanto, elencamos três vetores-força: os movimentos sociais nas décadas de 60,70 e 80 no Brasil, as políticas neoliberais que se inserem e produzem ‘textos neste contexto’, e a trajetória das políticas públicas de saúde no país.

O terceiro capítulo analisa as diferentes questões, apresentadas por diversos autores, que abarcam o tema principal desta pesquisa: a participação social no SUS. Essa parte do trabalho nos serve como ferramenta para pensarmos modos outros de

participação neste Sistema. Modos esses que se comprometam com a (co)construção do SUS e com as vidas que nele se inserem.

Por fim, analisamos a experiência do curso de formação em saúde, “Formação de Agentes Sociais como Apoiadores *no Território*”, realizado no período de outubro 2007 a fevereiro de 2008, no qual participamos como mestranda-pesquisadora. Este curso foi fruto de uma parceria construída entre a equipe da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) do Ministério da Saúde, a Universidade Federal Fluminense através da pesquisadora Prof^a Claudia Abbês Baêta Neves e os movimentos sociais Alfazendo e Comitê Comunitário Cidade de Deus. Estes movimentos atuam localmente nos campos da Saúde e Educação na Cidade de Deus, bairro da zona oeste do Rio de Janeiro.

O curso se construiu com o intuito de experimentar as potencialidades de um outro modo de construir a participação social no SUS. A aposta se fez na afirmação da formação como processo problematizador das práticas, que assume uma postura propositora a partir da estratégia da educação popular e saúde, na qual os diversos saberes envolvidos na produção de saúde são considerados. Sendo assim, nossos interesses e investimentos ético-políticos se direcionaram para a produção de processos de subjetivação potencializadores de protagonismo e autonomia, que possam intervir tanto nos modos de organização dos serviços como na formulação de políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO 1: ESBOÇANDO O CAMPO PROBLEMÁTICO

Pensar o processo de constituição do SUS como luta social em seus avanços, embates e desafios, constitui tarefa fundamental quando propomos entender a complexidade do tema da participação social neste processo e, suas interferências hoje, na efetivação do sistema em seus princípios e diretrizes. Assim, nosso interesse se volta primordialmente para analisar seus modos de funcionamento e as condições nas quais estes se produziram.

Ao analisarmos o processo de constituição do SUS percebemos a relevância de diversos fatores e acontecimentos que se articulam e tencionam sua emergência. O cenário de construção do SUS é composto de várias linhas de saber, poder e subjetivação que se entrecruzam num jogo de forças que, em suas composições e decomposições, traçam o campo problemático de sua emergência.

Nesta direção, é preciso entender sua história para além e aquém de suas configurações em leis, normas operacionais, organizações sistêmicas e regulamentações Estatais e governamentais. Interessa-nos, sobretudo, indagar as forças⁶ que compõem este acontecimento, que dele se apoderam, e suas invenções e efeitos como política pública de saúde no cotidiano dos serviços de saúde e na vida de seus usuários/rede social.

Para tanto nos inspiramos na concepção de história, tal como formulada pela pesquisa genealógica desenvolvida por Michel Foucault (1979a) a partir de Nietzsche. Esta concepção propõe a análise de certo momento histórico a partir das diferentes forças que o produziram e que, em seus embates, dele se apoderaram tornando-o hegemônico.

⁶ Por forças entendemos, fazendo uso de Nietzsche, uma vontade. Uma vontade de potência, como elemento diferencial de uma força, que se relaciona com outra vontade e não sobre uma matéria (nervos ou músculos). Nesta direção a vontade na filosofia de Nietzsche é multiplicidade e se distancia de um querer como expressão de uma unidade entre consciência e a identidade da vontade. Diferente disto, o problema que interessa a genealogia é avaliar a relação entre uma vontade que ordena e outra que obedece, pois todo objeto ou fenômeno é expressão da força (vontade de potência) que dele se apodera. A este respeito ver Deleuze, G. *Nietzsche e a Filosofia*. Portugal: Rés, (1976, p.12).

1.1 - UM MODO DE PESQUISAR E FAZER HISTÓRIA

Os fatos históricos são entendidos como acontecimentos⁷, agenciamentos de forças que se juntaram ao acaso e emergiram em determinado instante.

Segundo Foucault:

As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta.(...) É preciso ainda compreender este acaso não como um simples sorteio, mas como o risco sempre renovado da vontade de potência que a todo surgimento do acaso opõe, para controlá-lo, o risco de um acaso ainda maior.

(FOUCAULT, 1979a, p.28)

Em suas pesquisas genealógicas Foucault afirma a importância de problematizarmos os grandes feitos históricos que aparecem isolados como se fossem grandes marcadores, estes, tão caros à história tradicional. Diferente disto, é fundamental, na análise da história, procurar os detalhes, as minúcias e seus movimentos, as poeiras constituintes que geralmente são colocadas num outro patamar, por debaixo dos tapetes, mostrando que é a partir da visibilidade destes processos que encontramos a história efetiva. À história efetiva interessa “não os séculos, os povos nem as civilizações, mas as práticas. As tramas que ela narra são a história das práticas em que os homens enxergaram verdades e das suas lutas em torno dessas verdades” (Veyne, 1998, p.180). Segundo o filósofo francês as coisas se dão num mesmo plano, na superfície e, portanto, não só devem ser mencionadas, mas tomadas como constituintes de uma determinada configuração histórica:

Os caminhos genealógicos, como diriam Deleuze e Guattari, são rizomáticos⁸ - não dispõem de uma linha mestra, de uma estrada principal aonde todos os atalhos saem ou nelas desembocam. Tudo é atalho e o mapa da viagem é desenhado pelas escolhas das pequenas ou grandes veredas.

(LOBO, 1997, p.5).

⁷ Segundo Foucault “É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação de se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma obstinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta” (FOUCAULT, 1979a ,p.28)

⁸ Rizoma é um conceito utilizado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) para mostrar os funcionamentos da produção desejante, tal imagem diz de algo que não possui um ponto de origem, e nem uma meta-final, ela se metamorfoseia, “um rizoma não possui começo nem fim, nem evolui, mas se transforma, faz curva e segue fluxos inusitados” (IGNÁCIO; CAVOUR, 2008, p.74)

A análise genealógica nega as continuidades na medida em que se propõe a incluir os desvios históricos marcados por pequenos acontecimentos, por fios de agenciamentos em que as forças puderam então se juntar e formar um corpo de mudanças, do novo, dos embates ao que até então havia sido construído. Como afirma Lobo (1997, p.05) a escolha pela genealogia se faz

não para assegurar continuidades, uma herança que progressivamente se acumula ou evolui, mas ao contrário, como algo que, no mesmo momento em que se dissipa, produz a diferença no rearranjo de certas permanências.

A genealogia implica a pesquisa da proveniência e da emergência, para Foucault (1979a, p.24) “a emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua irrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e sua própria juventude”. Não se trata então da procura por um marco zero de onde as coisas surgiriam na sua repleta perfeição, a história das emergências conta justamente os desvios, as várias entradas, a origem no sentido do ponto de hegemonização de certas forças.

A análise da proveniência deve mostrar os jogos dessas forças

a maneira como elas lutam umas com as outras, ou seu combate frente a circunstâncias adversas, ou ainda a tentativa que elas fazem -se dividindo- para escapar da degenerescência e recobrar o vigor a partir de seu próprio enfraquecimento.

(FOUCAULT, 1979a, p.23).

Nesse sentido, a análise das proveniências implica percorrermos os caminhos que as forças tiveram que seguir para realizar seus objetivos, identificando que ‘caronas’ tiveram que pegar com outras linhas em jogo, que alianças foram feitas e quais dificuldades que efetivamente emperraram o processo. Quais aparecimentos inesperados agarraram velhas lutas e deram a elas novos fôlegos?

Nessa perspectiva não buscamos fazer uma pesquisa que se dê no âmbito da procura pelas origens, como se nestas pudéssemos encontrar a identidade e a verdade essencial das coisas, mas, ao contrário disto, nos aliamos com a afirmação Foucaultiana: “o que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem - é a discórdia entre as coisas, é o disparate” (FOUCAULT,

1979a, p.18). Trata-se aqui da história dos acontecimentos não em seu caráter evolutivo, mas no traçar das movimentações das diferentes forças presentes num momento histórico, forças estas que contribuíram para que determinados acontecimentos emergissem e, em meio a eles, modos de viver/sentir/ser.

O que, a nosso ver, há de mais bonito e interessante nessa visão é a idéia segundo a qual não existe uma verdade a ser alcançada, ou mesmo uma essência a ser desvelada. Pois, a beleza está em acreditar no acaso dos encontros, entendendo o estado de coisas e suas expressões como arranjos que se fizeram de um jeito, e que poderiam ter acontecido de tantas outras maneiras. Tal perspectiva vislumbra a possibilidade de mudanças, pois não parte de um padrão universal e apriorístico para todas as coisas, diferente disto, afirma o intenso processo de construção e desconstrução de conceitos, práticas e modos de estar no mundo.

Pensando a emergência do SUS a partir de uma inspiração genealógica, ou seja, como um acontecimento, podemos indagar: Qual foi o plano, a superfície na qual os tracejados do acontecimento Sistema Único de Saúde puderam se compor? Como num contexto de ditadura militar a questão da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, a conquista da participação da sociedade neste sistema e a utilização de um conceito ampliado de saúde, pôde tomar corpo? Como se deu a emergência desse tema no jogo de forças em cena?

O SUS tem força de acontecimento por compreendermos que seu surgimento desestabilizou a ordem instituída e forçou uma reconfiguração do padrão de intervenção Estatal. Nesta direção, sua força de acontecimento está menos em seu caráter sistêmico e mais em sua força de abertura à novas maneiras de pensar saúde, acionar novos modos de cuidado (priorizando o acesso equânime, integral, qualificado) e tencionar as práticas instituídas impondo atenção constante a inclusão de novos desafios. Afirmarmos o SUS como obra aberta implica-nos a apreender dessa polissemia os movimentos instituintes que oxigenam o SUS como potência de transformação e invenção. (NEVES; MASSARO, 2009).

1.2. PARADOXO CONSTITUINTE DO SUS

O processo de constituição do SUS agregou forças de diferentes setores da sociedade, de diferentes órgãos e pesquisadores da saúde pública e de movimentos

sociais insurgentes que, ligados ao cotidiano, lutavam por melhores condições de vida e pela democratização da sociedade. Ao mesmo tempo cresceu em meio ao desenvolvimento da política neoliberal no Brasil. Nesse contexto, desde o seu surgimento, o SUS provoca discussões e enfrenta forças díspares ao seu desenvolvimento. Podemos afirmar que ele se fez, e se faz ainda hoje, em meio a tencionamentos, ataques e avaliações sobre a efetividade e real importância de se ter um sistema público de saúde para todos.

A questão da falência dos serviços públicos de saúde e de sua inoperância tem se disseminado pela sociedade, sendo contundentemente reforçada pela mídia em seus interesses privatistas. Entretanto, a grande maioria da população brasileira acessa o SUS de alguma forma, seja nas campanhas de vacinação, seja pelas ações da vigilância sanitária (registro de medicamentos, fiscalização de alimentos etc.) ou mesmo no usufruto de procedimentos de alta complexidade, quando negados pelos convênios privados. A que e a quem têm servido essas discussões? O desmantelamento do Sistema feito todos os dias serve a que propósito?

Ferraz (2008)⁹ e Campos (2008)¹⁰ afirmam que todos os brasileiros, direta ou indiretamente, são usuários do SUS. Segundo os autores, a grande maioria da população brasileira, 76%, conta unicamente com o SUS para os cuidados em saúde, e apenas 25% dos brasileiros têm acesso a serviços privados de saúde. Destes 25% apenas 5% não utilizam o SUS, os outros 20% restantes se valem de serviços do SUS nas situações acima mencionadas.

⁹ Segundo Ferraz(2008,p.01) “Somos um país de 190 milhões de habitantes, 145 milhões usuários do SUS, sistema que completou 20 anos de atividades e teve uma concepção modelar caracterizada pela universalidade e integralidade, porém não foi dotado de recursos orçamentários capazes de fazer cumprir os seus objetivos. Não existe medicina privada no Brasil, exceto para cerca de 5% da população. A realidade é que mais de 145 milhões de brasileiros dependem unicamente do SUS para tratamento de sua saúde.”

¹⁰ Campos (2008) sinaliza que “o SUS é responsável pela Vigilância Sanitária e Ambiental, que regulamenta e fiscaliza alimentos, fármacos, estabelecimentos de saúde etc. O SUS é responsável pelo controle de epidemias e surtos, e pela vacinação. Todos são “usuários” destes programas que custam bilhões de reais a cada ano. Retirar isso é instaurar o caos sanitário, a barbárie. Os privatistas consumados, hipocritamente, quando se referem ao corte em gastos públicos, não reconhecem esta dimensão coletiva do SUS. Apenas 25% dos brasileiros têm acesso a serviços privados de saúde. 75% somente contam com o SUS para realizar atenção à saúde: da simples consulta ao transplante de órgãos. Vale ressaltar que mesmo os brasileiros de classe média, ou com trabalho regular em grandes empresas e da elite - os 25% - também se valem de serviços do SUS em várias situações: transplante, tratamento de Aids, de transtornos mentais graves, câncer, terapia intensiva, entre outras.”

Os espaços instituídos de participação social no SUS não têm, na grande maioria das vezes, realizado sua função, ou seja, não tem conseguido defender o acesso universal à saúde e nem ao menos tem garantido a discussão democrática e a deliberação coletiva das propostas. Na verdade, muitas vezes o que ocorre é justamente a afirmação de modos de lidar com o SUS de forma privatizada e a mercê das relações e interesses individuais. Segundo Vasconcelos (2004, p.75)

Constata-se, no entanto, que essas instâncias, por estarem presas às questões gerenciais do sistema, não dão conta de implementar a participação dos usuários na redefinição da maioria das ações de saúde executadas no dia a dia dos serviços. Há inúmeros mecanismos de boicote a uma participação mais efetiva dos moradores. E é no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado, pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo médico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. É preciso levar a democratização da assistência à microcapilaridade da operacionalização dos serviços de saúde. Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos não conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral.

No entanto vemos o SUS acontecer todos os dias. Ele é uma realidade, tem uma estrutura organizacional e jurídica que garante sua existência como política pública. É parte de sua realidade, ainda hoje, problemas de acesso e o sofrimento da população atendida com o descaso dos trabalhadores de saúde que, por sua vez, são submetidos a processos de trabalho verticalizados nos quais ficam impossibilitados e constrangidos no exercício de autonomia e protagonismo nos fazeres.

Em que pese sua importância e imprescindibilidade para a população brasileira, é preciso não fechar os olhos para os problemas de sua implementação: subfinanciamento, precarização das condições de trabalho e salariais dos profissionais de saúde, pouca efetividade do controle social do sistema, sua convivência forçada com a rede suplementar, degradação da assistência, barreiras ao acesso etc. Estes e outros tantos desafios, daí decorrentes, precisam ser entendidos como nossos. De todos nós que o queremos produtor de outras realidades e práticas que vivifiquem a vida e o viver.

Em meio a todos esses questionamentos é preciso retomar o processo da Reforma Sanitária, repensar seus princípios e diretrizes, inventar novas formas de luta para efetivação desses e de outros que advenham da heterogeneidade constituinte das lutas sociais em prol da construção de uma saúde do 'público' (para todos e qualquer

um). A questão que norteia esse trabalho seria então: como podemos pensar o exercício da Participação Social a partir do cotidiano do fazer em saúde, e para além e aquém das instâncias representativas?

Stotz propõe uma questão que se aproxima das preocupações deste trabalho, qual seja:

na medida em que a participação social dos usuários no sistema público de saúde assume a forma jurídico-institucional dos conselhos, não estariam representados tendencialmente (sobretudo no nível municipal) os segmentos mais pobres e, também menos organizados da classe trabalhadora, os quais tem sido historicamente, alvo de políticas clientelísticas.
(STOTZ, 1994, p. 267).

Como afirmar a potência da Participação Social que se dá no cotidiano, no território, e que não está atrelada exclusivamente ao texto constitucional, aos espaços de participação já pré-determinados? É a partir destas questões que pretendemos nos debruçar, problematizando a questão da constituição do Estado Moderno em seus exercícios de poder e forma representativa de operar.

A “garantia”, no texto da Constituição de 1988, do acesso de todos, indiscriminadamente e de forma integral, às políticas públicas de saúde convive, ao mesmo tempo, com forças resistentes ao SUS e a efetivação de seus princípios e diretrizes, sucateando-o e despotencializando seu caráter instituinte. As forças que lutaram por uma inversão do modo de produzir saúde no Brasil, marcado por políticas altamente discriminatórias e centralizadoras, produziram certo freio ou recrudescimento no crescimento das políticas neoliberais no país. Contudo, pudemos também acompanhar o revigoramento destas políticas nos primeiros cinco anos da década de 90, em suas ardilosas e reiteradas estratégias de cooptação e neutralização de movimentos que fazem avançar o SUS.

Como expressão do encapsulamento das forças que impulsionam a afirmação e o desenvolvimento de uma política, efetivamente, pública de saúde, encontramos a separação entre aqueles que planejam e aqueles que executam as ações dentro do sistema. Acrescenta-se a isto o alijamento da população no processo de produção da sua saúde, e as formas de fazer operar a participação social no SUS através de mecanismos controladores e de cooptação dos espaços deliberativos instituídos a partir da lei 8.142/90, ou seja, os Conselhos de Saúde.

Na formulação da Constituição Federal de 88 o movimento social concentra seus esforços no ataque à centralização e aos usos fisiológicos dos espaços de assistência. Em contraposição à tradição autoritária, investe na institucionalização de espaços de participação tanto na formulação como na gestão e fiscalização das estruturas públicas.

(SHEINVAR, 2004, p. 9/10)

Sheinvar (2004), em sua tese de doutorado, afirma serem as políticas públicas um feitiço, na medida em que, ao serem elaboradas, ocultam a continuidade com os pressupostos da elite dominante, fazendo acreditar que surgem com a intenção de instituir e garantir direitos quando na verdade (ou na maioria das vezes) são violadoras destes, e impossibilitam o exercício dos mesmos na prática.

Este é o feitiço da política pública: o uso de discursos internacionalmente avançados para camuflar práticas que têm efeitos permissivos por não serem reveladas e coagidas, estimulando a violação dos direitos firmados em lei. Longe de garantir os compromissos assumidos perante a população quando traçadas políticas e lançadas campanhas ou programas, as práticas oficiais produzem a violação dos direitos sociais. (ibid, p. 21/22)

Tal movimento de violação de direitos ocorre não só nas políticas públicas de saúde, mas também em outros setores como educação, segurança, etc. Na saúde observamos isso claramente nas situações de abandono em que se encontram muitas comunidades, onde se instauram verdadeiros “desertos sanitários”, como também em serviços que, potencialmente poderiam ser de qualidade, mas que sofrem com o descaso e com intensos boicotes. Estes são de inúmeras ordens e ganham materialidade na fragmentação do processo de trabalho, na falta de recursos humanos que adoecem os trabalhadores em função de sobrecarga e aviltamento das condições de trabalho, no baixo grau de pactuação existente entre as necessidades de saúde da população e a efetivação dos projetos elaborados verticalmente a partir dos interesses e racionalidades organizativas dos serviços.

Segundo Neto (2003) o conceito de cidadania como realização plena dos direitos precisa ser problematizado já que as discussões em torno do assunto são tomadas pelos interesses hegemônicos na sociedade. “A cidadania definida no contexto do capitalismo e do liberalismo constrói-se pelo processo de agregação de direitos e não comporta uma descontinuidade, uma desagregação da ordem, do Direito.” (NETO, 2003, p.29).

Discutir o SUS forçando o seu caráter público é sempre operar num paradoxo, numa linha tênue que o situa entre políticas de Estado, de governo e políticas públicas. É na habitação deste paradoxo que podemos trazer para a cena da análise vários questionamentos, que vão operar como analisadores¹¹ do contexto político que estamos vivendo. Problematizar o SUS como analisador das forças que se encontram no cenário atual da saúde implica traçar suas cartografias mapeando e decompondo as linhas materiais e imateriais que se atravessam em meio a seu plano de produção. Segundo Neves; Massaro (2009, p.9)

A cartografia é um método de estudo-intervenção do socius, proposto por G. Deleuze e F. Guattari, que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação. Neste sentido, implica menos a apreensão da realidade como matéria de desvelamento ou cognição, e mais a afirmação da realidade em sua potência de abertura de sentidos e invenção.

Uma questão interessante que tem força de analisador é o fato do SUS ser uma política pública que se efetiva, muitas vezes, a partir de uma racionalidade quantitativista, pautada sob uma lógica privatizante e empresarial. Estas lógicas impõem um produtivismo quantitativo sobre os trabalhadores da saúde, redireciona investimentos e favorece a produção de uma ótica da saúde como bem de consumo por parte dos usuários. O que isso significa e quais são seus efeitos nas práticas de gestão do cuidado? Que modulações são operadas em suas lógicas de financiamento e investimentos como política pública de saúde?

O que podemos perceber é que o avanço da lógica neoliberal não se dá fora dos espaços da atuação das políticas públicas de saúde, mas se efetiva em meio a elas. Deste modo, não estamos lidando com dois processos separados e opostos em suas materializações e funcionamentos, política pública de um lado e de outro as forças neoliberais. Temos, ao contrário disto, a produção de um hibridismo que no jogo de forças fica invisibilizado, mas faz operar os preceitos da política neoliberal no próprio movimento que busca alternativas escapatórias a tal modelo. Podemos identificar estes

¹¹ Analisador é um conceito da análise institucional, formulado por Félix Guattari no contexto do movimento da Psicoterapia Institucional, que designa os acontecimentos, fatos, situações, que produzem rupturas com os modos naturalizados de lidarmos com o cotidiano. Ele produz a análise. Nesta direção, ele opera um descentramento do analista do lugar da análise.

funcionamentos no alargamento de práticas destoantes de uma política pública de saúde no próprio cotidiano do fazer em saúde, expressas na precarização dos vínculos empregatícios e nas políticas focalizantes, como a Estratégia de Saúde da Família¹², que se aloca em comunidades mais empobrecidas aumentando o acesso a rede básica de saúde sem, no entanto, ampliar e fortalecer uma rede de assistência eficiente. Um dos riscos de não enfrentarmos estes constantes tensionamentos, visto que se fazem dentro do próprio SUS, incorre em despotencializarmos tanto os movimentos instituintes do SUS, e neste sentido, da Estratégia de Saúde da Família, caindo na enunciação de suas configurações como uma política de saúde “(...)‘para pobres’, com baixa capacidade resolutive, cuja função seria gerir sobrevidas” (NEVES; MASSARO, 2009, p. 505).

A preconização dada à participação da sociedade na formulação, implementação e fiscalização das ações em saúde no próprio texto da Constituição de 88 e, posteriormente, na lei 8142/90 foi, sem dúvida, um ponto importante na luta pela efetivação dos princípios do SUS. Serviu como uma fissura, uma brecha para que os movimentos continuassem em cena, para que houvesse minimamente a garantia de que a população pudesse continuar a intervir e a brigar por melhores condições de saúde. Entretanto, essa tentativa de garantia, tem paradoxalmente, no modo mesmo como se tentou organizar a participação social, favorecido o esvaziamento da participação e a produção de uma economia subjetiva que encontra ressonância numa lógica da saúde como bem de consumo. Configurou-se um modo de participação através do Controle Social, a partir de instâncias representativas dos vários segmentos envolvidos (usuários, trabalhadores, gestores), mas que tem funcionado numa lógica de verificação da correspondência entre o que se consome e o que se oferece.

Esta ótica vigora em muitos dos Conselhos operando um deslocamento e, ao mesmo tempo, uma similitude entre a luta por direitos e a luta por consumo. Nessa direção vemos a produção de um movimento de esvaziamento e despotencialização da

¹² Franco e Merhy (2006), problematizam este ‘discurso mudancista’ e nos alertam sobre os riscos de dicotomizações no PSF entre a saúde coletiva e a saúde dos indivíduos sinalizando a normatividade da proposta do PSF; a mitificação do médico generalista; a falta de garantia na mudança do modelo ‘médicocentrado’; e a lenta resposta das instituições de formação de profissionais com um novo perfil.

participação social no SUS que, restrita a mecanismos representativos instituídos, muitas vezes coloca em vigor práticas privatizantes e individualistas.

Embora a inclusão da sociedade civil organizada na gestão política tenha sido uma conquista plural e participativa, o poder dominante se utiliza dela para reverter à população de forma mecânica em nome de seu caráter mobilizador, as perversas conseqüências de uma política social excludente. A sociedade civil, em nome de um ideal participativo, tem sido um valioso recurso não para mobilização social em favor de uma política mais justa porém para depositar na população a responsabilidade dos estragos dos sucessivos governos, sem que ela tenha manifestado condições concretas para intervir de forma incisiva na cena política.

(NETO, 2003,p.17)

Nesse sentido vem sendo intensificado um discurso hegemônico que coloca a questão da informação como carro-chefe da participação social e a falta de informação como culpada dos problemas de saúde da população. Para além de nos perguntarmos se o caso é a falta ou não de informação interessa-nos, aqui, problematizar as condições em que ela se dá, o que ela realmente informa, e o que essa noção escamoteia e faz avançar de interesses dominantes nos processos de expansão e acumulação do capital.

Sob a prerrogativa da informação uma grande parcela da população usuária do SUS acaba sendo discriminada e despotencializada nos seus saberes e fazeres construídos no cotidiano de sua vida comunitária. Questões tais como o aumento do número de gravidez indesejadas, o abandono de certos tratamentos, como o da tuberculose, o avanço de certas doenças, como a dengue, são produzidas e configuradas como conseqüências exclusivas da falta de informação da população.

Passetti (2003) ao analisar o modo como a sociedade atual opera, afirma que

o investimento não é mais no corpo propriamente dito; interessa agora é extrair o máximo de energias inteligentes, fazer participar, criar condições para cada um se sentir atuando e decidindo no interior das políticas de governos, em organizações não-governamentais e na construção de uma economia eletrônica

(PASSETTI, 2003, p.29-30)

Nesse sentido, não são colocados em análise outros pontos como a ineficácia dos serviços em conhecer a realidade local, a incapacidade de ouvir a população atendida

com seus modos de vida, medos e anseios, utilizando então modelos hegemônicos e descontextualizados que se desdobram em medidas pedagógicas que pouco levam em conta o saber popular, as especificidades dos territórios e as lutas históricas de cada comunidade. Dessa forma as práticas de saúde investem num controle verticalizado da população através de palestras, propagandas do tipo “faça a sua parte”, grupos de mães, de hipertensos, entre outras estratégias, que pouco consideram as necessidades de saúde da população e em nada diminuem o sofrimento das pessoas que procuram atendimento, ao contrário, desresponsabiliza os diversos atores envolvidos para culpabilizar os usuários.

O Estado brasileiro, como regulamentador dos investimentos sociais, tem favorecido interesses hegemônicos que violam mais do que garantido direitos da população. Nesta direção, é necessário que se faça uma reflexão sobre as práticas de poder em exercício: que alianças se produzem na máquina de Estado favorecendo que esta se volte contra uma política pela qual se responsabilizou? Que modulações fazem com que o caráter público do Sistema se articule como uma política compensatória?

Como nos indicam Neves e Massaro (2009) é necessário pensarmos a construção do SUS em sua tensa relação com a máquina de Estado/governo, como também, a consolidação de seus princípios e participação social no campo da saúde em meio a um contexto contemporâneo marcado por uma nova relação entre *poder* e *vida*.

No contexto da formação de uma nova ordem global imperial há uma significativa transformação nas relações de poder que não se polarizam ou se modulam somente segundo o eixo gravitacional do Estado. A política ganha nova conotação e amplia seu foco de atuação para além da Polis, dos Estados-nação e dos territórios.

1.3 O ESTADO MODERNO NA COMPOSIÇÃO DO PLANO DE PODER: AS ARTES DE GOVERNAR

Foucault, na década de 70, apresenta em seus cursos no Collège de France uma subversão do eixo tradicional de análise do poder que coloca o Estado como centro de emanção do poder que vai do centro para a periferia, do alto da concentração do poder para as extremidades a este centro submetidas. Ao propor uma outra analítica do poder, a partir do conceito de governamentalidade, chama atenção para o caráter

multivetorializado do exercício do poder que, mesmo em sua relação com o Estado, não tem mais uma fonte e um objeto único de incidência privilegiados. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

O que Foucault chama de governamentalidade diz respeito a uma arte de governar “coisas”, ou seja, à construção da arte de governar que desenhará e sustentará o Estado moderno entre o século XVI e o início do século XIX. Seus estudos sinalizam para uma nova visibilidade política que, advindo do século XVI, põe em evidência não só o contraste entre duas tecnologias distintas do poder que se rivalizam, mas, sobretudo, uma modulação de uma sociedade tradicional marcada por um modo de governar soberano para uma sociedade moderna dita disciplinar. Para tanto, marca uma diferença entre os modos de existência produzidos nestas sociedades, isto é, entre o governo do soberano e uma ‘arte de governar’ que não se apresenta mais sob um regime do Príncipe¹³, mas se dá, principalmente, sobre *o que se exerce e como se exerce o poder*. Trata-se de avaliar, portanto, qual a mecânica do poder, como ele se exerce e não apenas analisar sua funcionalidade econômica.

A relação do soberano e de seus súditos, como nos ensina Foucault (1979b), era marcada por uma condição de exterioridade, na qual os súditos faziam parte de uma herança do soberano, assim como o território, o que configurava uma relação de posse na qual tudo o que o soberano precisava fazer era manter essa herança. Com as mudanças econômicas e sociais, com o aumento demográfico, surge o tema da população e a preocupação com as artes de governar, ou seja, se coloca a questão da necessidade do Estado em utilizar formas, táticas e estratégias de governo.

Segundo Foucault (1979b), os tratados que tinham como objetivo aconselhar o soberano sempre existiram, entretanto do século XVI até final do século XVIII o que podemos perceber é a extensão destas preocupações a outros domínios. Há o surgimento de preocupações acerca das artes de governar, o que não era restrito ao domínio do Estado, era preciso saber governar as famílias, as crianças. O que faz surgir essa preocupação? De acordo com as pesquisas foucaultianas, esta se dá a partir da

¹³ Para Foucault (1979b) a teoria da soberania está vinculada a uma forma de poder que se exerce muito mais sobre a terra e seus produtos do que sobre os corpos e seus atos, estando sua extração e apropriação ligadas ao poder dos bens e riquezas e não do trabalho. Fato que possibilita fundamentar o poder na existência física do soberano, cuja ação é de exterioridade e descendente; transcendente e descontínua (p.188)

ocorrência de dois processos: a substituição da organização feudal pela instauração dos Estados Territoriais e por outro lado a Reforma e a Contra-reforma que “questiona o modo como se quer ser espiritualmente dirigido para alcançar a salvação. (...) Problemática geral do governo em geral” (ibid, p.278).

O governo do Estado é a forma política da problemática do governo. Se na Soberania tinha-se como princípio a exterioridade entre aquele que governa e os seus súditos, na nova forma de organização econômica, que se configura com a criação dos Estados Territoriais, o que entra em questão é o ‘governo das coisas’. Produz-se uma perspectiva voltada para o controle, e não mais para a manutenção dos súditos como na soberania, que implica em maior abrangência e proximidade do governo.

As artes de governar postulam uma continuidade essencial entre elas. Enquanto a doutrina do príncipe, ou a teoria jurídica do soberano, procura incessantemente marcar uma descontinuidade entre o poder do príncipe e as outras formas de poder, as teorias das artes de governar procuram estabelecer uma continuidade, ascendente e descendente (ibid, p. 281)

Às artes de governar se impõe então o desafio de saber como elevar a economia, ou seja, a questão da gestão dos indivíduos e das riquezas do nível familiar para o cerne da dimensão do governo político do Estado. Foi preciso para esse fim destituir a família como unidade desse governo econômico, pois, a centralização da idéia de economia na estrutura familiar, segundo Foucault, fazia com que as artes de governar não pudessem ganhar terreno.

No entanto, alguns fatores contribuíram para o avanço deste intento, o principal deles foi a expansão demográfica do século XVII, que faz com que surjam problemas relacionados à população:

o problema do desbloqueio da arte de governar está em conexão com a emergência do problema da população; trata-se de um processo sutil que, quando reconstituído no detalhe, mostra que a ciência do governo, a centralização da economia em outra coisa que não a família e o problema da população estão ligados.(ibid, 288).

Um instrumento que irá colaborar com o fim da concentração da economia na estrutura familiar é a estatística. Esta mostrará, através de seus dados, problemas e regularidades que são inerentes à população e que não podem ser restritos à família.

Nesse sentido a estatística corrobora para o entendimento de que existem mecanismos que pertencem à dinâmica da população como um todo e não somente à estrutura de determinadas famílias.

A problemática da população passará a ser objetivo final do governo, já que governar significa dispor a coisas, governar coisas, tal objetivo será alcançado na medida em que se faça a população viver mais, render mais, acumular mais.

A população aparece, portanto, mais como fim e instrumento do governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. O interesse individual - como consciência de cada indivíduo constituinte da população - e o interesse geral - como interesse da população, quaisquer que sejam os interesses e as aspirações individuais daqueles que a compõem-constituem o alvo e o instrumento fundamental do governo da população. Nascimento portanto de uma arte ou, em todo caso, de táticas e técnicas absolutamente novas.

(FOUCAULT, 1979b, p.289)

Quando o problema da população aparece como primordial para as artes de governar começa a constituir-se um saber sobre essa população que é correlato ao desenvolvimento de técnicas e táticas que se preocupam com os sentidos, objetivos e conseqüências do governo das coisas. Nesse sentido, Foucault nos mostra que ao emergir o interesse pela população, ou melhor, quando esta se torna finalidade do governo tendo que ser entendida, medida, avaliada, constitui-se a economia política, ou seja, configura-se “a passagem de uma arte de governo para uma ciência política” (ibid, 290). Contudo, este autor afirma que a soberania e a disciplina não desapareceram de cena, elas continuam em meio ao surgimento da ciência política. Tal passagem tem como o seu correlato na parte prática, no modo de fazer as coisas, a intervenção, na questão de como gerir as coisas o que aparece na prática é a intervenção sobre a população e sobre a economia.

Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A idéia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. (...) Trata-se de um triângulo: soberania-disciplina-gestão governamental, que tem na população seu alvo principal e nos dispositivos de segurança seus mecanismos essenciais. (ibid, 291)

As formas de governo destacadas por Foucault, o governo de si mesmo (que diz respeito à moral); o governo da família (que diz respeito à economia) e a ciência de bem governar o Estado (que diz respeito à política), se cruzam e imbricam-se umas às outras produzindo um plano multifocalizado, complexo e contínuo. Deleuze (1998), a partir de Foucault, aponta que o que ocorreu no Ocidente foi a governamentalização do Estado, ou seja, a captura dentro da máquina do Estado das práticas de governo exteriores a ela.

O que Foucault exprime dizendo que o governo tem primazia em relação ao Estado, se entendermos por “governo” *o poder de afetar sobre todos os aspectos* (governar as crianças, as almas, os doentes, uma família...). Se procurarmos, a partir daí, definir o caráter mais geral da instituição, seja o Estado ou outra, tenderíamos a concluir que ele consiste em organizar as supostas relações poder-governo, que são relações moleculares ou “microfísicas”, em torno de uma instância molar: “o” Soberano, ou “a” Lei, no Estado, o Pai, na família, o Dinheiro, o Ouro ou o Dólar no mercado, Deus na religião, “o” Sexo na instituição sexual. (DELEUZE, 1998, p.84, grifos do autor).

O que queremos sinalizar é que o Estado na modernidade, embora não sendo a fonte de onde emanam as linhas de capilarização do poder, tende a absorvê-las, interiorizando-as e modulando-as. A palavra de ordem que enuncia, e faz enunciar, estas modulações dos execícios de poder se infletem num “governa-se, governe-se”. Como apontam Barros e Passos (2005, p.565) “O poder assujeita na justa medida em que subjetiva. Assujeitar e subjetivar são, portanto, ações inseparáveis no exercício do poder na modernidade”.

Estas “artes de governo” na modernidade produzem uma nova relação entre poder e vida e ganham expressão oficial no campo da saúde através de programas, projetos, burocracias, instâncias e esferas de governo, imersas na complexidade da máquina de Estado e sua relação com a dimensão pública das políticas.

1.3.1. Soberania, nação, povo: a construção da representatividade

Vivemos sob a égide de um Estado Moderno representativo, o que isto significa? O ideal de democracia é baseado no poder do povo em eleger os seus representantes, os quais teriam como prerrogativa serem fiéis aos interesses daqueles que representam. O direito ao voto é colocado como um exercício de cidadania, um instrumento da

população para obter melhores condições de vida, mas o que está no cerne dessa questão da cidadania é um modo de operar que sobrecodifica a potência da multidão em conceitos como o de nação e povo. Segundo Fonseca (1997) o conceito de cidadania irá se afirmar com a mudança do modo de produção, do feudalismo para o capitalismo, e com a afirmação da burguesia como classe dominante, onde entra em cena a seguinte questão: como conciliar a liberdade individual e a propriedade privada com a manutenção da ordem?

Segundo a autora as idéias liberais européias se fundamentaram sob três eixos: 1) renúncia do próprio poder em nome da segurança; 2) consentimento em outorgar esse poder, como garantia da preservação da propriedade; 3) isenção desse poder em prol de uma vontade geral. Nesse sentido o conceito de cidadania asseguraria ao mesmo tempo uma ordenação do espaço público e o direito de propriedade privada.

Seguindo a direção de Foucault, Negri e Hardt (2005, p.113) afirmam que a “ordem feudal do súdito (subjectus) cedeu a vez à ordem disciplinar do cidadão (cives)”. De acordo com esses autores a questão da nação é colocada em cena na medida em que o modo de produção feudal é substituído pela acumulação capitalista. De que modo isto se dá?

No Estado absolutista e monárquico, a “propriedade feudal era parte do corpo do monarca, assim como, se olharmos para o domínio metafísico, o corpo monárquico soberano era parte do corpo de Deus” (Negri; Hardt, 2005, p.112). No século XVI, no bojo das batalhas que as forças da modernidade impunham, a monarquia patrimonial ainda se mantinha como o centro organizador e controlador das relações de produção e conseqüentemente das relações sociais, tudo era submetido ao domínio do soberano. No século XVII devido a iminência do desmoronamento das relações feudais, ao Estado Patrimonialista era necessário a continuação de seus domínios, não tendo então flexibilidade. Com o novo modo de produção substitui-se a transcendência do velho modelo pela transcendência do conceito de nação, no qual a questão da população e do espaço físico tornam-se relevantes. Dizem eles: “A identidade espiritual da nação, mais do que o corpo divino do rei, agora propunha o território e a população como abstração ideal. Ou melhor, o território físico e a população foram concebidos como extensão da essência transcendente da nação” (ibid, p. 112/113).

O que aparece como inovação, ou melhor, como conjugação entre as forças iminentes da modernidade e a herança patrimonialista é o conceito moderno de nação. A identidade nacional surge então como uma espécie de conciliadora entre as velhas formas de administração do Estado patrimonial e as novas forças produtivas do capitalismo. É verdade que sem essa configuração não seria possível nem o capitalismo expandir e nem o feudalismo prosseguir. Neste processo marca-se a passagem com relação à população, da condição de súditos para a de cidadãos, que tem como consequência a mudança do papel passivo para o ativo. “A nação é sempre apresentada como força ativa, como forma geradora de relações sociais e políticas” (ibid, 113).

Sob a identidade nacional, minorias e diferenças foram apagadas, o conceito de nação surge para servir a classe que se encontrava em processo de afirmação: a burguesia. A nação segundo os autores é mais uma forma reacionária de tentar apaziguar a “crise da modernidade, que é a co-presença contraditória da multidão e de um poder que quer reduzi-la a uma autoridade única.” (ibid, p.115). Assim como a soberania tentou fazer, o conceito de nação tenta então servir de mediador para o conflito existente com a chegada da modernidade, no entanto esse intuito fracassa e dá lugar, ou melhor, se alia a outra estratégia: o conceito de povo.

Para Negri e Hardt primeiro a soberania em seu fracasso utiliza da idéia de nação, e esta seria então precedente a quem a criou. Contudo, perante outra tentativa fracassada o conceito de povo tenta resolver o dilema dizendo-se também anterior à nação. O que esses autores nos trazem é a importância de pensarmos tais conceitos não como naturais, mas como produtos de uma conjuntura que envolvia a ascensão e a luta por hegemonia de uma determinada classe, mas que, no entanto não podia mais sustentar o modelo anterior de governo, a soberania.

Nação e povo trazem para o centro da questão a suposta unidade de seus membros, o que ao mesmo tempo torna viável e justifica a legitimidade da representação. Trata-se de uma construção espiritual de identidade dizem os autores. “O grupo representativo é o agente ativo que está por trás da eficácia do conceito de nação” (Negri;Hardt, 2005 p. 121).

Fuganti (s/d) ao discorrer sobre os processos de produção de sujeição e formas de dominação coloca em questão os motivos pelos quais as pessoas submetem-se a

poderes transcendentais de forma tão passiva. Trata-se, segundo este autor, de um mecanismo da sociedade para que seus membros abdicuem de suas vontades pessoais em troca de uma sujeição que é aceita e até recompensada. Nessa ótica o verdadeiro cidadão é aquele que aceita internamente as leis, que são colocadas externamente aos seus desejos. O Estado, diz o autor, é o principal estimulador de tal subserviência em nome de certa ordem que só poderá ocorrer se os membros de tal sociedade abdicar de seus interesses próprios em nome de um ideal maior traduzido e configurado como ‘de todos’. A produção e internalização desta abstração anulam as singularidades e as criações do cotidiano em nome de uma moral transcendente, é deste modo que o Estado se perpetua.

Diferente da visão de muitos sociólogos da corrente gramsciana, na qual o Estado é entendido como o lócus privilegiado da luta de classes, espaço de disputa onde teoricamente se alcançariam conquistas importantes, Fuganti nos traz uma outra compreensão da função do Estado. Para ele a principal função do Estado é anular as inventividades e manter a ordem e a função legisladora apenas nas mãos de quem interessa. Sendo assim todas as especificidades históricas e as mudanças ocorridas através das lutas do cotidiano seriam relegadas a meras subversões de sujeitos que não propalam o Bem e os bons costumes.

A função do Estado é sempre a de, a partir da visão de Hobbes, fazer passar do direito natural do homem que seria o lócus da intriga e da discórdia para um estado de direito civil, que abarca a necessidade de doação dos direitos naturais para uma instância superior que por sua vez garantiria a ordem e a segurança. “Nesse sentido o indivíduo submeter-se-ia a uma rede de direitos e deveres coextensivos a esta instância unificadora da sociedade, antes dividida e agora pacificada, a que se denomina Estado” (Fuganti, s/d, p.03)

A contribuição que Fuganti nos oferece, a partir de Foucault e Deleuze, em seu texto é a da possibilidade de pensarmos criticamente o Estado, e o que ele opera. As contribuições destes autores nos possibilitam a afirmação de modos outros de atuação na vida que não estejam atrelados aos trâmites do Estado, produzindo resistências aos processos que laminam a potência do fazer cotidiano e das invenções em ordens e conjuntos de regras transcendentais e relações verticalizadas. Operar modos de

funcionamento que afirmem tais saberes nômades é o desafio que temos que enfrentar. Os saberes formados no seio do ideal de sociedade unificada desqualificam os “saberes locais e singulares como meras crenças ou opiniões e destituindo-os de suas potências autônomas que criam seus próprios modos de efetuação” (ibid, p.2)

O que queremos com esta discussão é chamar atenção para a possibilidade de produzirmos uma relação atenta e cuidadosa com o Estado, não prescindindo dele para a configuração das políticas sociais, entre as quais as de saúde, mas sem, entretanto, dele e nele atrelarmos a produção e condução das políticas públicas. O que buscamos afirmar nesta problematização é a construção efetiva de intervenções éticas no cotidiano do fazer em saúde, forçando aberturas na máquina estatal aos movimentos sociais. Éticas porque afirmam uma experiência que se dá a partir do confronto que ocorre num determinado momento, num contexto específico, no qual os sujeitos em questão podem utilizar de todos os instrumentos que foram elaborados das suas experiências para fazer frente aos enfrentamentos do cotidiano. Nesta direção é fundamental não tomarmos a participação nos Conselhos de Saúde como única forma possível de intervenção da sociedade nos modos de efetivação do SUS. O desafio no qual estamos envolvidos nos convoca a poder incluir e afirmar modos próprios e próximos à realidade de cada serviço de saúde, de cada comunidade que dele faz parte.

CAPÍTULO 2 -O SUS COMO OBRA EM CONSTRUÇÃO: NO ENTRECRUZAR DE VETORES

Nas diferentes leituras sobre a história do SUS percebemos um predomínio de análises que se voltam para suas configurações molares (formais). Estas se expressam em cenários factuais, sistêmicos, na referência a movimentos sociais tomados como blocos unitários e identitários na descrição das leis e regulamentações, que desembocam em sua institucionalização no texto constitucional, e normas operacionais subsequentes. Pensar o SUS, e sua constituição, desta forma tem enfraquecido sua potência constituinte e plural e favorecido o “esquecimento” e a desqualificação de uma de suas linhas fundamentais que é ação dos movimentos sociais para além dos enquadres representacionais instituídos. A produção destes esquecimentos, seja pelos interesses midiáticos em suas alianças com o capital privado ou mesmo na manutenção dos funcionamentos instituídos no cotidiano dos serviços de saúde, invisibiliza os diferentes movimentos e sentidos que reavivam o SUS como obra aberta. A crença em totalidades fechadas em si mesmas, numa verdade única e numa essência originária como fundamento de todas as coisas impossibilita, a nosso ver, apreender a dispersão (Foucault, 1979c), a multiplicidade de linhas que se atravessam, se cortam e se transformam na composição dos efeitos de um acontecimento no socius. Esta crença produz mundos, modos de subjetivação envoltos em generalizações que unificam a diferença produzindo um baixo grau de abertura para novos olhares e novos escapes.

Com o intuito de forçar este índice de abertura elegemos três vetores-força que em suas múltiplas combinações e ressonâncias tecem o campo problemático de constituição do SUS em suas relações com os movimentos sociais, quais sejam: os movimentos sociais nas décadas de 60,70 e 80, as políticas neoliberais que dominaram a cena mundial na década de 90 e as políticas de saúde no Brasil.

2.1. VETORES-FORÇA 1: movimentos sociais e o SUS

O processo de criação do SUS se deu em meio às movimentações sociais num contexto de democratização do país. Se, por um lado, essas lutas se diferenciavam em relação às suas bandeiras, por outro se aproximavam pela intensa movimentação de diversos setores sociais numa aposta na potência /inventividade do coletivo.

O SUS se constitui em meio a lutas pela democratização do país e a partir de mobilizações advindas da parcela da população que se encontrava excluída dos processos decisórios e do acesso à saúde. Nesta compreensão cabe aqui fazermos uma análise dos movimentos sociais convocando outras linhas de análise.

Como afirma Sader (1988) é preciso pensar essa temática não a partir dos grandes referenciais, como o capitalismo, mas na análise do que se passa ‘entre’ os processos e do que particularmente acomete uma determinada população. Em tal análise é preciso ir além dos grandes contextos históricos e da utilização das condições dadas para explicar os movimentos sociais. Segundo o autor tal prática advém da Sociologia Clássica que utiliza como instrumento de análise grandes conjuntos históricos que portavam em si mesmos os sentidos da mobilização social. Esta perspectiva segundo Sader “reduziu a análise da ação social à pesquisa da posição do ator no sistema” (Sader, 1988, p.38).

Na direção desta crítica à explicação do fenômeno pela macroanálise se direciona Acioli (1994) em sua dissertação de mestrado. Segundo a autora, a partir da análise de outros referenciais teóricos, tal perspectiva analítica dos movimentos sociais “limitou as possibilidades de análise dos movimentos ao privilegiar as explicações de caráter macrosociológico em detrimento de outras dimensões de análise-como, por exemplo, a da cultura política na relação MSUs e Estado” (ACIOLI,1994, p.21)

Acioli ao analisar a produção de Durham (1984) afirma que outra questão a ser problematizada é a explicação dos movimentos sociais pelas condições de miséria que assolam a população. Diz ela:

Não se trata, portanto, de ver a miséria como a mola propulsora dos movimentos sociais, nem que se restrinjam as questões tipicamente populares, mas de percebê-los, também no bojo de uma nova cultura (ex: movimentos ecológicos, feministas etc), num sentido antropológico. (ibid, p.23).

Sader (1988) chama atenção para a importância de fazermos uma análise dos movimentos sociais a partir do plano no qual eles surgem, das suas particularidades. O que impulsionou tais movimentos? Como eles ocorreram? Que caminhos seguiram? A questão é poder ultrapassar as análises que se fixam na explicação dos movimentos sociais como produtos de uma conjuntura sócio-econômica e como pura reação a esta, ato que seria nesse sentido completamente previsível.

Não se trata apenas de considerar como pressuposto que tais movimentos são produtos de uma conjuntura sócio-econômica, contudo, é claro que as formas como a população sofre as mudanças sociais e econômicas também servem de base para as contestações. O fato de estar num período ditatorial, com a perspectiva do crescimento econômico à custa de muito desemprego, relações precárias de trabalho e baixos salários, também conformou o contexto em que tais movimentos sociais se deram.

Mais uma vez, ao fazer as características políticas derivarem diretamente de fatores econômicos, o analista opera uma naturalização destes perdendo a dimensão daquilo que os antropólogos chamaram de 'enorme plasticidade do organismo humano': ou seja, a grande gama de respostas possíveis diante de uma mesma solicitação dada. (...) O fato é que, pretendendo explicar movimentos sociais por determinações estruturais os analistas chegam a impasses insolúveis. (SADER, 1988, p.41)

Nesse sentido Heckert compartilha da mesma análise:

A instauração da ditadura militar, com conseqüente fechamento dos espaços públicos de convivência social e participação política, aliado à deterioração das condições de vida, são processos que participam da irrupção destes movimentos, mas estes não surgem como conseqüência linear ou resposta a essa conjuntura. É no entrecruzamento de uma rede intrincada de questões que sujeitos anônimos constituíram novas modalidades de intervenção e, nessas, a vida cotidiana teve um lugar de destaque. (HECKERT, 2004, p. 97)

O que tais autores trazem de inovação nas suas análises dos movimentos sociais é a proposição de uma mudança de foco na pesquisa. Eles negam as explicações hegemônicas baseadas nas homogeneizações, que procuram fatos que afirmem o caráter natural das movimentações, numa relação de causa e efeito. Na leitura destes autores percebemos que ao retirar os movimentos de certo lugar já pré-estabelecido eles (re)potencializam suas lutas e afirmam o caráter imprevisível dos encontros. Em cada

situação foram produzidos diferentes meios de contestação, diversos modos de resposta e de reivindicações, cada movimento ocorrido nos anos 70 no Brasil emergiu de uma determinada forma.

A partir da perspectiva de desenvolvimento econômico do país, sob o intuito de modernização a qualquer custo, a relação entre Estado e os movimentos sociais se deu no sentido de um pacto populista, ou seja, existiam nos anos 60 alianças entre esses dois atores. O projeto se dava no sentido da participação do país no avanço do capitalismo mundial e no processo de industrialização, mesmo que tardiamente, e ao mesmo tempo incluía nas discussões as Reformas de Base e a participação dos movimentos sociais nas políticas públicas. Nesse sentido algumas reivindicações foram feitas em relação à maior participação nas tomadas de decisões da educação pública. Segundo Coimbra,

O Brasil de 61 e 64 caracteriza-se pelo projeto de reformas de base e de desenvolvimento nacional, frente ao reordenamento monopolista do capitalismo internacional, o que gera uma política populista dos governos desse período. É neste quadro que se desenvolvem movimentos sociais que, com o consentimento e apoio governamentais, voltam-se para a “conscientização popular”. Sem dúvida, esses anos, estão marcados pelos debates em torno do ‘engajamento’ e da ‘eficácia revolucionária’, onde a tônica é a formação de uma ‘vanguarda’ e seu trabalho de ‘conscientizar as massas’, para que possam participar do ‘processo revolucionário’. A efervescência política, o intenso clima de mobilização e os avanços na modernização, industrialização e urbanização que configuram esse período trazem, necessariamente, as preocupações com a participação popular (COIMBRA, 1995, p.3)

No entanto, segundo Heckert (2004) algumas respostas dadas a essas movimentações, ocorridas no período ditatorial, como as reformas do 1º e 2º grau e a reforma Universitária, foram tentativas de desarticulação desses movimentos. Pois, a partir de uma pseudo-solução, “tratava-se de resfriar, neutralizar a potência constituinte que se materializou em diversos movimentos sociais dos anos 60 e que ressoava no movimento estudantil” (HECKERT, 2004, p.129).

As mobilizações ocorridas nessa época, que tinham um viés reivindicativo de maior participação nas decisões das políticas públicas recebiam, até então, o aval do Estado. Este se preocupava em apoiar os movimentos desde que o crescimento econômico se desse, contudo, o tão esperado desenvolvimento não só não contemplou a todos como foi produtor de maiores desigualdades e elevadas taxas de desemprego. As

tão “bem-vindas” mobilizações começaram a pressionar os governantes e, cada vez mais, reivindicar direitos, o que produziu um rompimento.

O pacto populista entre o governo de João Goulart e os setores populares, além de se fragilizar começava a se tornar perigoso para a expansão monopolista do capital estrangeiro. Naquele quadro deu-se o golpe militar de 64, quando as forças armadas ocuparam o Estado para servir a tais interesses (COIMBRA, s/d, p. da web)

Segundo Coimbra (1995) os anos que antecederam o golpe militar de 1964 caracterizaram-se pelo engajamento popular com as questões referentes às reformas de base, reivindicando mudanças e melhores condições na educação, na saúde, no trabalho. Neste período os movimentos sociais conseguem algum apoio do Estado para suas reivindicações e empreendem movimentações comprometidas com a conscientização e a participação popular. No entanto com o regime ditatorial brasileiro instaurado após o Golpe Militar de 1964 tais movimentações foram intensamente reprimidas.

Sader (1988) afirma que a questão central, no que diz respeito aos movimentos sociais dos anos 70, é seu caráter fragmentado e de expressão singular: não havia nenhuma linha mestra que os aglutinasse. Existiam, sim, referenciais teóricos em comum, como o Marxismo e as propostas de educação popular de Paulo Freire. No entanto, eles serviam de instrumento de análise crítica da realidade local, não apenas no sentido físico, mas principalmente no sentido de análise dos impasses vividos no cotidiano e das relações de poder que perpassavam as suas realidades. Ganham visibilidade os movimentos das donas de casa, os clubes de mães, o movimento pela saúde, que traziam a discussão da participação da comunidade no processo de produção de saúde e dos conselhos de saúde, as lutas nas fábricas, entre outros movimentos.

A fragmentação dos movimentos a qual se refere Sader, não diz de uma falta de articulação, mas da diversidade de mobilizações que procuraram lutar e propor mudanças a partir das suas particularidades. Nos anos 70 tais movimentos não ocupavam espaços instituídos de reivindicações, não sendo reconhecidos pelo Estado, sendo assim podemos perceber mudanças em relação aos movimentos ocorridos entre 1945 e 1964, estes comportavam um viés que os unificavam e eram reconhecidos pelo Estado a partir da política populista de Getúlio Vargas. Em relação aos movimentos ocorridos nos anos 70 Sader afirma:

os movimentos sociais tiveram de construir suas identidades enquanto sujeitos políticos precisamente porque elas eram ignoradas nos cenários públicos instituídos. Por isso mesmo o tema da autonomia esteve tão presente em seus discursos. E por isso também a diversidade foi afirmada como manifestação de uma identidade singular e não como sinal de carência (SADER, 1988, p.199)

No final dos anos 70 com o início da democratização e “com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo do país” (Correia, 2005, p. 60/61) os movimentos populares e sindicais ressurgiram e tomaram fôlego, tais como “o movimento das mulheres, o movimento pela anistia e o movimento contra a carestia, além das greves do ABC, o novo sindicalismo e o fim do bipartidarismo”. (ibid)

Para Coimbra *et al* (2006) os movimentos sociais no Brasil pós-ditadura militar constituíram-se em torno de questões surgidas nos enfrentamentos do cotidiano, considerando um plano das microfissuras, o que nos movimentos de resistência anteriores não acontecia. No entanto, segundo esses autores, nas saídas vislumbradas pelos movimentos o que prevalece “é a dimensão macro, com seus lugares de poder estabelecidos pela lógica da representação partidária que vai sendo privilegiada: o da conquista de um lugar de poder que se acreditava estar localizado no Estado”. (ibid, p.10)

A experiência dos Clubes de Mães serve de exemplo para explicarmos as novas configurações dos movimentos sociais a partir da década de 70. Estes já existiam desde mais ou menos os anos 50, no entanto configuravam-se como encontros de mulheres com melhores condições de vida que ensinavam a outras mulheres alguns afazeres domésticos e lhes davam dicas de higiene, saúde, economia, sendo tais práticas marcadas pelo assistencialismo. Segundo Sader (1988) os agentes pastorais tiveram papel importante na mudança de posição do movimento quando passaram a criticar o seu caráter assistencialista. As mulheres começaram a perceber que podiam fazer algo mais naquele lugar. Aqueles pontos de encontro permitiam que elas saíssem da rotina doméstica, mas também poderiam ser foco de discussões e de ações concretas que visassem mudanças nas vidas dessas pessoas.

Nesse contexto foi possível levantar questões referentes aos modos como elas viviam, discutir a situação de inferioridade em que se encontravam e o assistencialismo do qual eram alvo. Perceberam, através de suas reuniões, que tinham que contestar suas condições de vida e, assim, o movimento começou a discutir questões do cotidiano em

suas dimensões coletivas. A nosso ver tal iniciativa colocou em pauta a desindividualização do sofrimento, pois na medida em que essas mulheres se reúnem para falarem da vida percebem que tais situações encontram pontos em comum, e dizem respeito, por exemplo, ao papel historicamente construído das mulheres na sociedade. Assim, as dificuldades que passavam, tais como desemprego dos maridos e o aumento dos preços dos gêneros alimentícios, ganham outros contornos e visibilizam a relação com a política econômica de desenvolvimento adotada pelo país e conseqüente redirecionamento dos investimentos na diminuição dos gastos sociais.

Tais inquietações culminaram no Movimento do Custo de Vida, em que as mulheres organizaram uma pesquisa, visitando domicílios, realizando entrevistas e abaixo-assinados. Sader chama a atenção para o fato de que nesse movimento o cotidiano dessas mulheres se conectou com a política, pois até então havia uma dissociação entre esses “mundos”.

A partir da invocação de valores familiares (são ‘mães em desespero’ preocupadas com suas famílias) e da mobilização dos aderentes através das conversas de casa em casa, o movimento vai tecendo uma ligação entre o **mundo do cotidiano e o da política**.
(SADER, 1988, p.215, grifos nossos).

Os protagonistas destes movimentos eram oriundos das camadas populares e não reivindicavam apenas por serviços, mas por direitos e pela participação na efetivação destes. Eles não lutavam somente por mais serviços de saúde, por exemplo, tratava-se de uma nova posição frente à saúde que ia se configurando num outro contorno, numa outra concepção que não se atrelava exclusivamente a questão da doença. Também reivindicavam a participação na formulação e implementação de estratégias nessa área, bem como a inclusão do saber popular e das questões cotidianas no tratar em saúde.

Esses movimentos populares e sindicais indagaram não apenas o compromisso do Estado com a manutenção dos serviços públicos, seus confrontos incidiram também nos modos de organização e administração desses e no rumo de vários projetos. Assim, a autonomia era o mote no que diz respeito não somente às formas de luta para concretizar direitos sociais, mas também ao controle e interferência no funcionamento destes equipamentos públicos, e na orientação das políticas a isso associadas. Não se tratava apenas de garantir a construção de escolas e postos de saúde, mas também de participar na constituição de políticas de gerenciamento destes equipamentos sociais. (HECKERT, 2004, p.98/99)

Os movimentos sociais das décadas de 70/80 não aconteceram no seio das instituições de luta já conhecidos (sindicatos, partidos de esquerda) eles partiam de uma parcela da população que fazia dos dilemas do cotidiano instrumentos de mobilização. Nesse sentido, percebemos uma ampliação do conceito de política que, nesse momento, não estava restrito aos canais previstos de participação, que dialogavam diretamente com o Estado e que agiam por representação. As mobilizações ocorridas nessa época se davam de formas diversas, o que segundo Heckert (2004) e Sader (1988) não consistia em fragilidade ao contrário foi essa característica, segundo eles, que imprimiu a força destes movimentos.

Entretanto, esses protestos sem programação prévia, eventuais, que não eram formulados nos seios dos partidos e das lideranças de esquerda, expressavam novas formas de luta, que surpreendiam não só intelectuais, mas até mesmo o aparato repressor. Nessas revoltas era difícil, quando não impossível, identificar quem as provocou ou iniciou. Eram revoltas anônimas. (HECKERT, 2004, p.103)

O anonimato desses movimentos constituiu-se na sua potência, pois o fato do regime militar e da burguesia não identificarem tais movimentos como legítimos articuladores de protestos e reivindicações contribuiu para que eles pudessem se desenvolver. Para além e aquém de suas visibilizações pelas forças hegemônicas vigentes, estes movimentos se fizeram como produção impessoal, de modo rizomático, no qual se potencializa a força coletiva destes movimentos rompendo com as lutas tradicionalmente localizadas e emanadas a partir de um elemento centralizador, seja ele o Estado, ou os sindicatos e partidos políticos.

2.1.2. Movimento de saúde na periferia leste de São Paulo: a formação das comissões de saúde

Segundo Sader (1988) três movimentos contribuíram para o movimento pela saúde na periferia de São Paulo. As donas de casa, ao transformarem a necessidade e a carência de recursos em lutas e reivindicações, os agentes pastorais que discutiam a questão dos direitos e um grupo de médicos sanitaristas que instrumentalizavam a

população para que esta pudesse dialogar e soubesse os caminhos importantes a serem seguidos pela luta.

Num primeiro momento o movimento pela saúde iniciado na periferia leste de São Paulo consistiu na busca de informações sobre as necessidades em saúde da população. Para embasar a luta tais donas de casa saíram às ruas para conhecer os problemas da sua comunidade. Segundo Sader “a pesquisa não era apenas um meio de constatar a realidade. Era um modo de, reunindo os depoimentos individualizados de muitas pessoas, torná-los uma demanda coletiva com visibilidade pública” (Sader, 1988, p.263).

Com referência ao papel desempenhado pelos sanitaristas Sader (ibid) chama atenção sobre a importância de suas múltiplas militâncias e inserções mostrando que além de ocuparem o lugar de mediação (convergência) entre a máquina estatal e os movimentos populares, se preocupavam com a saúde da população, orientando e informando sobre os mecanismos das doenças e também enfocando a discussão sobre os direitos daquelas pessoas e a importância da luta e da mobilização para que algumas conquistas se dessem.

Stotz (2005) afirma que no movimento pela saúde da periferia leste de São Paulo existiu entre os moradores e os estudantes que atuavam naquela região um processo co-produtivo e de formação mútua. Para os estudantes foi possível aprender com a comunidade modos outros de se fazer saúde, diferentes do universo distanciado do cotidiano que aprendiam na universidade, assim como puderam perceber e experimentar a relevância do trabalho popular em saúde. Já os moradores puderam ter conhecimento sobre alguns processos de saúde e doença, assim como aprenderam a diagnosticar as necessidades em saúde específicas daquela região. Tal processo foi de extrema relevância já que instrumentalizou e potencializou os conhecimentos adquiridos no e sobre o território.

Do encontro dos médicos sanitaristas e dos estudantes - preocupados não somente em levar a cura, a “salvação” para a comunidade, mas em dividir informações, em compartilhar os conhecimentos- com o grupo de mulheres que resolveu sair às ruas e juntar forças para engrossar as reivindicações formou-se as comissões de saúde. Estas comissões de saúde puderam unir forças para colocar no debate público as reivindicações das comunidades que delas faziam parte.

Sader (1988) associa a mudança de postura de certas movimentações que giravam em torno do assistencialismo ao encontro com esses médicos sanitaristas que disponibilizaram uma gama de informações sobre saúde, sobre os problemas sociais e enfatizaram a questão dos direitos. Nesse sentido, a mudança de posição frente a uma situação de carência ocorreu na medida em que tais carências eram analisadas e criticadas, deixando de ser alvos automáticos de atos beneficentes. “A passagem da fase centrada na caridade cristã para uma outra centrada na reivindicação dos direitos se deu no momento em que puderam se informar sobre os serviços de saúde” (SADER,1988, p.266)

Segundo Stotz (2005) a comissão de saúde do Bairro Jardim Nordeste elaborou a proposta de abertura de um Centro de Saúde na área através de reuniões, abaixo-assinados e de um jornal, em meio a esse movimento “os membros das comissões se educam ao mesmo tempo em que modificam a realidade” (Stotz, 2005, p.21).

A partir destas iniciativas, movimentadas pela aliança de moradores e estudantes, a comunidade conquistou o centro de saúde. Contudo, isso não foi o fim da luta, e sim apenas o início, pois não bastava que o equipamento de saúde estivesse pronto e inaugurado. As pessoas que o utilizavam já sabiam bem disto, o que estava em questão não era apenas o uso do Centro de Saúde, mas o que ele efetivamente contribuiria para a produção de saúde daquelas pessoas.

Ao não funcionar da forma como se esperava, a Comissão de Saúde procurou meios de interferir neste processo e conquistou, então, a partir dessa procura a formação de um Conselho representativo de saúde (Stotz, 2005). Algumas movimentações ocorreram e houve a expansão dos Conselhos de Saúde, entretanto, nos anos 80 tais iniciativas foram perdendo seu vigor inicial. Como afirma Stotz (2005, p. 22) “Os novos conselhos organizados em 1985 já não se dão a partir de um trabalho de base. Por outro lado, o papel dos técnicos na articulação, direção e formação dos conselheiros ganha maior peso”.

Segundo Cohn (2003) as análises feitas sobre os movimentos sociais dos anos 70/80 consistiam em afirmar duas características básicas referentes a esses movimentos: a espontaneidade, a noção de justiça e o rompimento e isolamento em relação às elites dominantes. Para a autora os principais objetivos dessas análises eram discutir a gestão do Estado pelo público e avaliar as mudanças ocorridas nas formas de manifestações.

De acordo com essa reflexão houve uma mudança fundamental nos modos de expressão dos conflitos sociais, qual seja:

esses novos fenômenos sociais tendem a não ser mais interpretados como forças de oposição na construção de um novo poder, mas como forças de oposição que se definem como tal sem trazer em si mesmas um novo modelo de sociedade e o germe de um novo Estado. (COHN, 2003, p.12).

2.2. VETOR-FORÇA 2: Alçando novas velas por entre ventanias das políticas neoliberais

O neoliberalismo potencializa-se como nova proposta política e econômica a partir da crise do capitalismo mundial, oriunda do colapso do regime de acumulação fordista no pós-guerra. Período marcado pelo baixo crescimento econômico e pelas altas inflacionárias. O Estado, em seu padrão intervencionista, é responsabilizado, segundo a lógica neoliberal, como o causador da crise de acumulação e expansão do capitalismo. O caráter burocratizante do qual é acusado, aliado aos gastos com o bem estar social e a crescente sindicalização dos trabalhadores são indicados como processos inibidores e constrangedores do livre mercado.

Segundo Anderson (1995) o neoliberalismo se propôs a ser o principal opositor ao Estado intervencionista e às premissas do bem-estar social. Sua emergência data do final da segunda Guerra Mundial, com as contribuições de Hayek, no texto *O Caminho da Servidão* (1944), que criticava veementemente a intervenção do Estado na economia e não se limitava a fazer análises nesse campo, pois suas críticas se davam também ao processo político ideológico referido já no título do texto. A servidão não só econômica, mas também política se dava na medida em que o Estado passava a tomar conta dos mecanismos da economia e da sociedade. Na época de surgimento do texto Hayek consegue alguns aliados, entretanto tais preceitos não eram alvo de atenção já que neste momento o capitalismo estava no auge (década de 50 e 60) e o Estado de Bem-Estar vigorava nos países europeus. Foi a partir da crise do capitalismo que os ideais neoliberais começam a formar aliados fazendo sentido para estes.

A fórmula era simples, culpabilização dos investimentos nas áreas sociais e afirmação da importância do aumento das desigualdades como mola propulsora de desenvolvimento e aumento dos lucros a partir da competitividade. A crise havia se

dado, segundo esses ideais, pela liberdade do movimento operário e pelo poder dos sindicatos que pleiteavam aumento dos salários e maiores investimentos sociais. A proposta então se dava a partir de uma dupla face do Estado: este deveria ser forte e fraco ao mesmo tempo, o que os autores da área afirmam como Estado Mini-Máx. Segundo Anderson tratava-se de “manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas” (Anderson, 1995, p.11).

Uma das soluções para a “crise” do capitalismo no pós-guerra seria, na ótica neoliberal, a diminuição dos gastos públicos com políticas sociais, nas áreas de educação e saúde por exemplo. Os gastos só seriam permitidos nos casos dos indigentes e parcelas muito pobres da população.

Desses preceitos nasce uma das bases dessa proposta político-ideológica: o aumento do desemprego como subsídio para o crescimento econômico, criando um exército de reserva que desestabilizaria as movimentações operárias e os sindicatos. A precarização dos vínculos empregatícios também seria uma ‘carta na manga’ do neoliberalismo. Com o desemprego como fantasma e a incerteza no trabalho, pressupunha-se que o trabalhador se dedicasse mais, aumentando e utilizando seus conhecimentos sempre em favor das empresas. A convivência com a competição como meta funcionaria como um incentivo a valorização do emprego e, ao mesmo tempo, como um alerta frente a grande oferta de trabalhadores em busca de emprego.

A privatização seria outra meta para a reestruturação econômica prevista no neoliberalismo. Segundo Mancebo:

As privatizações são apregoadas, em nome dos benefícios advindos do livre mercado, no qual a eficiência da competição gera uma maior rapidez e presteza, por sua natureza menos burocrática. Em contraposição, as atividades do setor público ou estatal são apontadas como improdutivas, antieconômicas e como fonte de desperdício estatal.

(MANCEBO, 1996, p.12)

O neoliberalismo tem como pressuposto fundamental o livre mercado assim como no liberalismo clássico, no entanto o primeiro diferencia-se do segundo por este

não acreditar totalmente na naturalidade das relações econômicas, entendendo como necessário todo um aparato jurídico, político e institucional para que o mercado neoliberal possa fluir. Sendo assim o novo projeto não se contenta somente em afirmar e promover a liberdade das relações mercadológicas, ele atua em todos os campos de ação da vida humana, primordialmente na produção da cultura subjetiva. Um novo modo de ver e estar no mundo começa a se configurar com o fortalecimento do neoliberalismo.

A cultura neoliberal tem-se disposto a conformar um *ethos* sem raízes tradicionais precisas: o mito da mobilidade pelo esforço pessoal; as generosidades da livre empresa (“somos todos empresários”); o direito à diferenciação; a liberdade como valor máximo, embora com autodisciplina; e uma solidariedade não problemática para aqueles que não são beneficiados pelo mercado (são um custo necessário dos ajustes não causam dor, são uma percentagem que é preciso diminuir)
(TOLEDO, 1997, p. 81).

Outra diferença entre o liberalismo clássico e o neoliberalismo está no modo de intervenção do Estado. No primeiro esta se daria da menor forma possível, deixando fluir o mercado sobre sua forma natural, já no segundo esse Estado mínimo seria, no entanto, politicamente forte para colaborar com a política neoliberal, reprimindo as organizações dos trabalhadores e culpabilizando os gastos sociais pela diminuição dos salários e por todos os descontentamentos pelos quais passa a sociedade.

Podemos perceber, a partir destas análises, que a proposta neoliberal ultrapassou o plano econômico e se disseminou por todo o tecido social, produzindo novas subjetividades, a lei do livre comércio, a privatização, a competição se dará, não só nas relações econômicas como também em cada indivíduo. Essa estratégia teve maior alcance justamente por se constituir também como uma política da subjetividade.

No entanto as metas econômicas prometidas pelo neoliberalismo, tais como alta taxa de crescimento econômico, não puderam ser alcançadas, os avanços ocorreram, na verdade, em cima dos meios que o neoliberalismo propunha pra atingir tal objetivo final. Ou seja, houve aumento no desemprego e no nível de desigualdades sociais e econômicas, estimulou-se a privatização e até o controle da inflação nos anos 70, mas o crescimento econômico em si não ocorreu. Segundo Anderson (1995) o desmantelamento do Estado de bem-estar, nos países que isso se deu, também não ocorreu da forma como os defensores neoliberais propuseram, na verdade houve “um

aumento dos gastos sociais com o desemprego, que custaram bilhões ao Estado, e o aumento demográfico dos aposentados na população, que levou ao Estado a gastar outros bilhões em pensões” (ANDERSON, 1995, p.16) Entretanto esse projeto político obteve sucesso no que diz respeito à sua penetração nos modos de viver, nas maneiras de agir e sentir.

A aplicação dos pressupostos neoliberais prometia a reanimação do capitalismo avançado mundial através da restauração das taxas de crescimento estáveis e reinvestimento na produção. Mas, após 10 anos, o balanço que se faz de seus efeitos nos países que o abraçaram vem demonstrando que o neoliberalismo propiciou condições mais favoráveis para a especulação do que para a produção. No entanto, seu “fracasso” econômico não decretou seu fim, mas teve impulso no plano político/ideológico. (NEVES, 1997, pág. 88/89).

O sucesso no plano político-subjetivo não ocorreu sem conseqüências desastrosas para os países que adotaram o neoliberalismo. Um de seus maiores efeitos sociais foi a crescente polarização entre ricos e pobres e o aumento do fosso que separa estas duas classes. Acresce-se a isto a crescente disseminação da culpabilização individual, na qual os problemas de cada um só dizem respeito a sua derrota ou sua vitória individual, desresponsabilizando as práticas de governo regulamentadas no aparato Estatal. Segundo Mancebo:

A lógica do mercado apresenta-se, como a função estruturadora das relações sociais e políticas, comportando um viés de interpretação dos homens marcadamente utilitarista; segundo a qual a motivação dos comportamentos humanos pauta-se por um utilitarismo individual. (MANCEBO, 2002,p.107).

Nessa perspectiva estimula-se a competição entre os indivíduos, dando prioridade a conquistas individuais que negligenciam uma perspectiva coletiva, e produz como um dos seus efeitos um “modo-homem” que toma para si os valores e preceitos neoliberais afirmadores de subjetividades intimistas e competitivas.

Política e ideologicamente, todavia, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples idéia que não há alternativas para os seus princípios, que todos, seja confessando ou negando, tem de se adaptar a suas normas

(ANDERSON,1995,p.23)

No Brasil, segundo Francisco de Oliveira (1995), a inserção do país no processo de ajuste à lógica do capitalismo contemporâneo (neoliberalismo) se dá numa conjuntura de “dilapidação do Estado Brasileiro” (OLIVEIRA, 2005, p.25), herança da ditadura militar. O processo de dilapidação do Estado Brasileiro que se inicia na ditadura militar, e tem continuidade no governo Collor e de seus sucessores, por meio da transferência da dívida do setor privado para o setor público, favoreceu a campanha antiestatal que se assiste no início dos anos 90. Tal campanha apontava para um processo que, de fato, transformara a dívida pública em dívida das empresas estatais. Para este autor o neoliberalismo à brasileira se deu sob esta herança e a pedidos não só da burguesia, mas também da população em geral que só viu os respingos dos ideais do Estado de bem-estar, e mesmo assim estes fracassaram.

Nesta conjuntura, o neoliberalismo se torna política oficial com o governo Collor que via no Estado o principal protagonista do desperdício do dinheiro público, devendo este, então, ser administrado segundo os ideais e modelos empresariais privativistas.

No entanto:

O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a adotar o receituário neoliberal ditado pelos países desenvolvidos e agências internacionais de financiamento e fomento do desenvolvimento. Esse atraso pode ser considerado pela efervescência política da década de 80, onde as forças democráticas e populares disputavam projetos próprios para os rumos do país, com razoável inserção social. Na década de 90, as propostas de desregulamentação econômica e redução do estado se viabilizam, por fatores que vão desde as pressões geradas a partir da globalização da economia até uma dada conjuntura política interna que altera a correlação de forças e coloca no centro do poder, grupos favoráveis e até mesmo subservientes ao capital internacional.

(FRANCO, 1998, página da web).

Os governos subseqüentes dão continuidade às reformas institucionais e a programas do governo anterior. Desta forma, o programa de privatizações, a liberalização financeira, o corte nos gastos públicos, o plano de estabilização monetária continuaram pautando a agenda governamental. A reforma tributária emergencial, a ampliação do controle do governo central sobre as novas dívidas dos estados, a desregulamentação das atividades dos portos, a reorganização do setor elétrico e de

telefonia e o plano de estabilização monetária compõem o arcabouço do ajuste que se estende por toda a década. (FIORI, 1993)

Concordamos com Francisco de Oliveira quando ele afirma que

(...) houve setores e houve lugares onde a organização da sociedade estava dando respostas à desorganização e à dilapidação do Estado. Sem que com isto possamos afirmar, num assomo de ingenuidade, que as condições de vida estavam igualmente melhorando.
(OLIVEIRA, 1995 p.26)

Em meio a este jogo de forças, paradoxalmente, se dá a emergência do SUS reconfigurando o padrão de intervenção estatal na saúde expresso na proposição de saúde para todos e participação da comunidade. Contudo, sua oficialização como política de Estado na década de 90, tem sua proveniência em meio as lutas do movimento sanitário não apenas com os saberes-poderes instituídos e suas alianças com as forças políticas neoliberais emergentes, mas, também, em meio aos dissensos e tensos consensos possíveis entre as diferentes vertentes internas ao movimento sanitário brasileiro. Neste jogo de forças muitos dos seus princípios e conquistas de luta foram “modulados”, destacamos aqui a convivência inicialmente “forçada” (MATOS,2009), e diríamos hoje promíscua, com um sistema suplementar privado e o afastamento e/ou reconfiguração instituída das alianças com os movimentos sociais em suas reivindicações de questões para além da saúde.

É nesta direção que afirmamos que o SUS como efetiva política pública de saúde para todos e qualquer é, ainda hoje, um processo em disputa e alvo constante de retaliações e modulações em prol da acumulação do capital. Assim, não se trata de aderirmos a um ‘susismo religioso’ e cego às dificuldades de garantir o acesso equânime e de qualidade aos cuidados em saúde, à precarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde, aos efeitos deletérios dos modos de organização da participação social etc. Entretanto, é também fundamental perceber os avanços do SUS no que se refere à democratização do acesso aos cuidados em saúde, na construção de políticas competentes em relação a Aids, na saúde da Mulher, no tratamento da hanseníase, nas experiências heterogêneas e inovadoras no SUS que ficam invisibilizadas e nos tensionamentos e questões que pode colocar em cena nas práticas instituídas das políticas de saúde.

É fundamental, também, que problematizemos nossa cegueira na adesão a um criticismo simplista e interessado que “joga fora o bebê com a água do banho”, reforçado pelas críticas ditas “neutras” da mídia em suas vinculações orgânicas com o

avanço do setor privado e sob a pressão da indústria farmacêutica.

Uma das expressões deste funcionamento no campo da saúde é a produção de um novo nicho de mercado pelos convênios privados de saúde, voltado às populações de baixa renda, ofertando a compra de serviços de saúde através de planos com “baixas” mensalidades. Esta oferta se inscreve como forma ‘alternativa’ às longas esperas por consultas e exames na rede SUS e são vendidas como garantia de melhor acesso e rapidez às necessidades de saúde. Na realidade se trata da venda de sub-assistência de saúde, precarizada e com pouquíssima cobertura e acesso, voltada para os “sub-consumidores”, e, portanto, nesta lógica mercadológica, “sub-cidadãos”.

Francisco de Oliveira(1995) chama atenção para uma importante estratégia das forças do neoliberalismo no Brasil: o ataque à esperança e o medo de mudança. Poder retomar esses pontos como desafio trata-se de uma tarefa primordial e árdua para a potencialização e avanço do SUS.

Portanto essa tarefa cabe a todos nós que apostamos na sua efetivação e a todos que já estão inseridos como trabalhadores e usuários deste sistema. “A tarefa dos opositores do neoliberalismo não consiste em apenas criticá-lo, mas, sobretudo, em oferecer alternativas a ele” (Netto,1995,p.29)

2.3. VETOR – FORÇA 3: Políticas Públicas de saúde no Brasil

Por que pensamos no SUS como um processo revolucionário? Com o que ele rompeu? Que linhas na história da saúde pública no Brasil foram traçadas e possibilitaram que o SUS rompesse, ao menos estruturalmente, com o modelo de saúde que historicamente vinha se conformando? Tais perguntas são cruciais quando se pretende analisar a inovação dessa proposta bem como as forças que se confrontaram, seus tipos de funcionamento, seus entrecruzamentos e as inflexões que produziram no desenho das políticas públicas de saúde no Brasil.

A questão do acesso universal e indiscriminado aos serviços públicos de saúde esteve ausente, no cerne das discussões dessa problemática, durante muito tempo na história do Brasil. As práticas de assistência e de cuidado e o próprio conceito de saúde tiveram várias conformações ao longo da história da saúde pública brasileira. De acordo

com as conformações sociais, políticas e econômicas do país essa questão tomou diferentes rumos. Propomos nesse item perpassar a história da saúde pública no Brasil sob um olhar genealógico, atentos aos embates, aos caminhos percorridos que, em sua heterogeneidade de movimentos, produziram momentos de claras rupturas, de engessamentos e de diferentes alianças.

Segundo Lima *et al* (2005) nas discussões sobre a história do país, tanto em relação à saúde quanto em outros temas, predominam duas convicções: a primeira que diz respeito à visão dos protagonistas das mudanças se refere a tomada do presente como algo totalmente inovador em que o passado se anularia, onde não há um elo histórico entre os acontecimentos passados, sendo estes tomados como tradição com o que os novos movimentos devem romper, e partir do zero, de acordo com esses autores “a eclosão de vigoroso movimento sanitaria na Segunda metade da década de 1970, em pleno contexto autoritário, e posterior institucionalização de muitas de suas teses na Constituição de 1988, tendem a ofuscar movimentos e propostas ocorridos em períodos anteriores” (ibid, p.28).

Na segunda perspectiva estaria a tese de que existe uma continuidade do negativo, afirmando que com uma história de saúde pública marcada por desigualdades de acesso, por centralizações e palco de disputas político-partidárias, a trajetória da saúde pública no Brasil estaria fadada ao fracasso. Diante dessas duas concepções da história da saúde no nosso país os autores propõem uma postura ética no desenvolvimento do tema afirmando que

em ambas as vertentes assinaladas, são criadas dificuldades para a compreensão do presente pelo recurso à perspectiva histórica e, ao mesmo tempo, para se identificar os futuros possíveis, com base em visão não-linear dos processos de mudança e no reconhecimento da complexa dialética entre constrangimentos e ação humana. Analisar por novos ângulos a história social, econômica e política consiste em condição indispensável para que se avalie alternativas possíveis em direção a uma sociedade mais justa, democrática e em que efetivamente se promova maior equidade. (ibid, p.29)

Tais autores também enfatizam a idéia de que a história das políticas de saúde no Brasil comporta uma estreita relação com o processo de construção de uma nação brasileira, bem como com a afirmação da autoridade nacional perante o território e com a própria formação do Estado Nacional.

Que o país não constituía uma nação era voz corrente: nenhum sentimento de nacionalidade era percebido no povo. Era freqüente a reprodução de frases como a do naturalista Saint-Hilaire em um dos relatos de suas viagens científicas: havia um país chamado Brasil, mas não havia brasileiros. Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela natureza tropical eram insuperáveis. Para outros, os mais graves problemas para o esforço civilizatório e de construção nacional radicavam-se na diversidade racial e, sobretudo, na inferioridade atribuída a negros, indígenas e mestiços. (ibid, p. 30)

Segundo Baptista (2007) a preocupação com a saúde da população no Brasil aparece quando da chegada da família real portuguesa (1808), era necessário investir nesse campo para que se mantivesse os portos utilizáveis, garantindo a entrada e saída de produtos, e para que se evitasse a disseminação de doenças para não paralisar a movimentação dos portos, segundo a autora a preocupação era com a saúde dos produtos sendo a população e as cidades portuárias objetos de controle e investigação, sendo utilizados como meios para atingir um objetivo fim que era a garantia da circulação dos produtos. Não estava em questão a produção de uma nação saudável e a preocupação não incidia sobre a população. A partir da análise dessa história percebemos que grande parte desta refere-se aos investimentos na saúde pública brasileira com fins da produção, para garantir o seu desenvolvimento. Segundo Baptista (2007, p.30)

As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil (1808) e o interesse da manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza.

Já a primeira república (1889) foi marcada pela expansão e consolidação da burguesia cafeeira, nesse contexto o investimento na saúde pública se intensifica já que, ao contrário do Brasil Colônia, a mão de obra era assalariada. A preocupação ainda era o da produção e da manutenção de corpos saudáveis e produtivos como também na configuração da dominação do Estado sobre o território. Eram comuns nessa época as grandes epidemias que se alastravam fortemente e avassaladoramente pelo tecido social. Surge então uma maior preocupação e rigor científicos acerca do tema. Esse período é marcado pela grande relevância do tema da saúde, num regime oligárquico onde começa a se construir uma ideologia de nacionalidade e de formação de um Estado Nacional com autoridade sobre o território.

Neste período o Brasil era um país com prevalência demográfica rural onde ao mesmo tempo começam a surgir manifestações urbanas lideradas por operários, sendo assim por um lado a questão rural, do homem do sertão, do analfabetismo eram alvos de preocupação e também ao mesmo tempo começavam a surgir conflitos urbanos a partir da mudança nos modos -de -produção, portanto da relação advinda do conflito entre capitalismo e trabalho.

Nesse cenário constitui-se o Movimento Sanitarista da 1ª República, constituindo-se dele médicos higienistas que se baseavam nas recentes descobertas da bacteriologia. (Lima et al, 2005). Sendo assim “o grande tema dos movimentos intelectuais do período consistia na construção da nacionalidade brasileira e de como se esboçar projetos de organização nacional que fortalecessem a presença do Estado em todo território nacional” (ibid, p.31). Ainda segundo esses autores predominou nessa época o “projeto civilizatório”, que trazia o tema da saúde como um bem coletivo acoplado com a expansão da atuação do governo federal, visando uma maior autoridade do Estado brasileiro.

Essas preocupações com a saúde se efetivavam a partir do combate às epidemias , bem como a partir da percepção do péssimo estado sanitário do país. Nesse sentido, sob a influência de intelectuais e médicos, a questão da formação do Estado Nacional era atrelada ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Para Costa (1986) o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil ocorre de acordo com os interesses de manutenção da força de trabalho, tal desenvolvimento não ocupa uma posição de neutralidade perante o contexto econômico-político da época, na verdade os rumos da saúde pública no Brasil se dão em consonância com as aspirações da classe hegemônica. “As práticas sanitárias visaram, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção de força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade e outras áreas do campo.” (COSTA, 1986, p.12).

É necessário considerar, então, que a instauração das políticas sanitárias compreendeu a definição de formas, funções e tipos de aparelho que constituiriam o Estado capitalista brasileiro. E que as políticas de saúde pública, como o conjunto das instituições de saúde, devem ser reconhecidas também como parte da estratégia de poder das classes dominantes na Primeira República. (COSTA, 1986, p. 13)

Percebemos através das análises de Nilson Costa (1986) que as atuações do Estado Brasileiro nas questões de saúde pública estavam estreitamente relacionadas com a expansão financeira e a capacidade produtiva do país, sendo a população apenas alvo de determinadas ações, tal modo de operar as ações de saúde reverberam ainda hoje, quando pensamos a participação dos usuários do SUS na formulação de determinadas políticas de saúde, que muitas vezes são elaboradas verticalmente e sob a perspectiva do controle, como é o caso das ações relacionadas à tuberculose. Muitas práticas atuais trazem as linhas históricas construídas no período onde as preocupações se davam em torno do avanço industrial e econômico do país a qualquer custo. Tais reflexões são importantes para analisarmos as forças históricas que perpassam a questões atuais, a isso nos serve a genealogia nas palavras de Foucault: “acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais” (Foucault, 1979c, 171).

Segundo Costa (1986) as mudanças ocorridas no final do século XIX e início do século XX em relação ao trato com as doenças e com as condições sanitárias do país estão intimamente relacionadas com a mudança da forma de mão de obra utilizada e com as mudanças no modo de produção. No período escravista reinava uma visão miasmática dos problemas de saúde, existindo intensa preocupação com o ambiente, o lixo, os odores. A responsabilidade por essas questões era dos poderes locais, não existia ainda uma tentativa de centralização das ações.

Até meados do século XIX, os problemas de higiene ficavam sob responsabilidade das autoridades locais que tomavam medidas contra a imundície das ruas e quintais. A assistência médica à população pobre e indigente ficava sob a responsabilidade da iniciativa filantrópica de figuras de importância econômica e social, e de instituições beneficentes, ligadas à Igreja Católica, como a Santa Casa de Misericórdia. A parcela restante da população se socorria dos médicos existentes, ou então, de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosas. (COSTA, 1986, p.34)

No início do século XX é que começou a se conformar ações em saúde pública de forma mais unificada, houve também mudanças no modo de ver a doença, com a descoberta da bacteriologia, e alteração do tipo de mão de obra utilizada. Nesse sentido coloca-se em pauta o desenvolvimento do país em termos de produção e também nos

termos da produção de conhecimento científico, onde começam a surgir Institutos de Pesquisa e Departamentos de Estudo de questões sanitárias. De acordo com as contribuições de Costa: “o objetivo de controle sanitário articulou-se diretamente com as necessidades econômicas das classes dirigentes nacionais e o desenvolvimento do capitalismo internacional” (ibid, p.36)

A saúde pública até então era um segmento separado da medicina liberal e da assistência médica filantrópica, ainda não estava em pauta a assistência à saúde relacionada aos órgãos públicos.

Resultado dos conflitos e pressões dos trabalhadores a questão da assistência à saúde tomou relevância, e em 1923 aprovou-se a Lei Eloi Chaves que culminou no reconhecimento legal da assistência médica como política pública, sendo resultado da priorização da saúde como questão social do país, no entanto sob esse aspecto ainda reinava a idéia da produção. Tal lei regulamentou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, tais caixas eram privilégios de uma parcela de trabalhadores inseridos em ofícios de maior prestígio na época, como os ferroviários e marítimos e ofereciam aposentadorias, pensões e assistência médica aos segurados e seus familiares. As Caps eram administradas e financiadas pelas empresas e por seus empregados. O Estado entrava somente com a função de legitimação de tais práticas e por seu controle. Nesse contexto apenas alguns trabalhadores tinham acesso a assistência à saúde.

A partir dessas mudanças na economia entraram em cena novos interesses, com a Revolução de 30 que desestabilizou a burguesia cafeeira e também a partir do crescimento industrial, novos atores sociais reivindicam lugar na política nacional. “Criticava-se o papel tradicional das oligarquias brasileiras e o obstáculo que representavam ao desenvolvimento econômico, político e social, o que teria sido acentuado pelo excesso de federalismo durante a Primeira República” (ibid, p.40).

Destaca-se nesse período a conquista de importantes direitos sociais para os trabalhadores como o salário-mínimo, a jornada de trabalho de oito horas diárias, direito a férias etc. A partir de uma política populista¹⁴ Getúlio Vargas conquista o apoio dos

¹⁴ O populismo compreende o momento de crise das oligarquias rurais e de afirmação política de grupos dominantes urbanos. Nesse contexto ocorre uma estratégia política de manipulação das classes populares, no entanto tal período é marcado também pela participação popular no processo de desenvolvimento urbano e industrial, bem como a demonstração de insatisfação das camadas inferiores da sociedade. A esse respeito ver WEFFORT, F.C. (1980) *O Populismo na política brasileira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

trabalhadores ao seu governo, na verdade a afirmação de uma política de proteção aos trabalhadores vem acoplada ao interesse de se manter “uma mão-de-obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos” (Baptista, 2007, p.37).

Uma característica importante desse período era a divisão entre Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ao primeiro eram articuladas ações médicas individuais a partir da assistência previdenciária de acordo com a contribuição dos trabalhadores às suas respectivas Caixas, sob responsabilidade do Mesp ficavam as ações de saúde pública, ligadas principalmente ao controle das epidemias, tendo caráter preventivista. Assumia-se com as funções distintas desses dois Ministérios a dicotomia entre assistência médica individual e as ações direcionadas à população visando a diminuição das doenças que atrapalhavam o bom andamento da economia, como os boicotes aos portos brasileiros por medo de contaminações. De acordo com Lima; et al; essa separação afirmou a diferença “no reconhecimento dos direitos sociais”. (ibid, p.41). Sendo assim a assistência médica-previdenciária era restrita aos trabalhadores urbanos e a atuação da saúde pública focava principalmente a população rural, em forma de políticas e modelos de assistência voltados a programas específicos como tuberculose, hanseníase, saúde mental.

Em relação à assistência médica previdenciária houve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (Iaps) que modificaram e ampliaram as funções das Caps, o funcionamento passou a ser de Institutos das categorias e não apenas de algumas empresas, então tínhamos os Institutos dos comerciários, industriais, entre outros. E entre os Institutos também tínhamos distinções: aqueles dotados de maiores contribuições ofereciam uma série de benefícios que outros Iaps com menos contribuintes e menor organização não podiam oferecer. Instituí-se então no meio dos próprios trabalhadores segurados uma diferença no acesso a determinados serviços.

Para ter “direito” ao sistema de proteção (assistência médica, pensão, aposentadoria etc) era necessário que o trabalhador possuísse um vínculo formal e que contribuísse para o seu Iap. Portanto alguns autores, Baptista (2007); Santos (1998), atentam para o fato de que se inicia neste período um sistema de proteção social que era restrito, ou seja, afirma-se uma cidadania que é regulada e excludente pois somente

garante direitos a uma pequena parcela da população. Aos pobres, desempregados, trabalhadores rurais e informais restavam a assistência de entidades filantrópicas e a atuação, muitas vezes invasiva, do MESP. Segundo Lima et al (2005 p.42)

tal dualidade tornou-se uma das marcas do sistema de proteção social de saúde no Brasil, que intensifica sua institucionalização exatamente nesse contexto, formalizando no campo da saúde uma separação que até então vinha sendo apenas esboçada. Iniciou-se, portanto, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, a distinção institucional entre duas áreas de gestão em políticas públicas de saúde, que marcaria definitivamente as ações de saúde no Brasil.

Madel Luz resume este período da história da saúde no Brasil da seguinte maneira:

Dessa forma na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública: clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica (LUZ, 1991, p.80).

Portanto podemos perceber entre 1889 e 1950 a dicotomização entre saúde pública e atendimento médico-individual, esta diferença será mais acentuada com o desenvolvimentismo, projeto econômico adotado nos anos 50 e 60. Neste as políticas de saúde se baseavam em dois modelos: **campanhista** que vigorava nos órgãos da saúde pública, e o modelo **curativista** que reinava na atenção médica previdenciária. Diante dessa situação começaram a se formar movimentos que reivindicavam Reformas de Base inclusive Reforma Sanitária, no entanto estes foram inviabilizados pelo Golpe de 1964 e a instauração da ditadura militar. A partir de então ocorreu uma síntese dos modelos curativistas e campanhistas reinantes nos períodos anteriores, “a centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes” (ibid, p.81).

Este momento é caracterizado também pelo Milagre Brasileiro onde a alta produtividade é estimulada e as desigualdades sociais aumentam, produzindo uma parcela de consumidores (os profissionais especializados com maior grau de instrução)

inclusive de atenção médica, e deixando uma grande parte da população recebendo salários irrisórios e dependentes do “parco” sistema público de saúde. Esta ocasião é marcada pela “difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente um bem de consumo *médico*.” (ibid, p.82).

Houve mudanças no rumo da economia do país, onde efetivamente se substituiu a produção agrícola pela industrial, com isso aumenta-se a população operária e bem como demandas por serviço médico já que o país, com intuits desenvolvimentistas, precisava de uma população saudável e economicamente ativa. Segundo Baptista (2007) tal fato levou a uma expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes. Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca do atendimento em saúde.

Nesse período reinou uma prática de saúde pública que se baseava na medicina como solução para todos os problemas de saúde da população, aumentando a demanda por consultas médicas e promovendo uma massificação destas, sem existir a preocupação com prevenção e o controle das doenças e nem com a construção de programas que levassem informações sobre saúde para a população. Na verdade a idéia de saúde estava vinculada nessa época somente à ausência de doença e a atenção médica se dava no intuito da remissão de sintomas. Os sujeitos eram vistos apenas como corpos biológicos que “quebravam” ou adoeciam e que precisavam de cuidados daqueles que entendiam dessas “máquinas”, numa perspectiva tecnicista.

No mundo, principalmente nos países desenvolvidos, estavam se configurando os Estados de Bem -Estar Social, os Welfare State¹⁵, no Brasil essa política nunca se configurou, tendo apenas como enfoque um projeto desenvolvimentista, com idéias de crescimento econômico do país. No entanto, não havia priorização dos problemas sociais, e nem investimentos públicos nessa área. Apesar disso o movimento do

2 No período pós-guerra essa política foi implementadas por países que pretendiam se reerguer de suas conseqüências tentando configurar-se como “Estados Fortes e compromissados com a democracia e a justiça social- uma forma de combater o comunismo , e manter as economias européias no padrão competitivo mundial” (Esping-Andersen , 1995, apud Baptista ,2007)

sanitarismo campanhista alertava para a necessidade de melhoria das condições de vida da população, principalmente no que se refere à saúde, tal movimento segundo Baptista (2007) “reagia ao campanhismo da saúde pública, à centralização decisória, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país e propunha a compreensão das relações entre saúde e doença e sua importância para a transformação social e política do país” (p.39/40). Como marcos importantes desse período temos: a criação em 1953 do Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956.

Com a instauração do Golpe Militar de 1964 paralisam-se os movimentos pioneiros que lutavam pelas reformas de base, devido a grande insatisfação da população perante a política desenvolvimentista. Tal golpe militar alegou uma conspiração comunista que envolvia diversos atores que contestariam e atrasariam o desenvolvimento social e político do país e também tinha como álibi a proposta de restauração da economia.

A instauração da ditadura implicou em mudanças para a organização do sistema sanitário brasileiro, ocorrendo a hegemonia da assistência médica e o crescimento do complexo médico-industrial. Em 1966 os Iaps se unificaram para formar o INPS - Instituto Nacional da Previdência Social- com isto todos os segurados tinham acesso a qualquer Iap, o que causou indignação por parte dos segurados que tinham acesso aos Iaps que ofereciam mais e melhores serviços já que com o acesso a outros trabalhadores as unidades começaram a ficar mais cheias e as filas passaram a ser enormes. Vemos nesse momento a discrepância entre os próprios profissionais, onde aqueles com padrões de vida mais elevados migram para a assistência médica privada.

Podemos perceber então ao longo da trajetória das políticas de saúde no Brasil que a população sempre se encontrou a margem dos processos decisórios e do controle dos serviços prestados, este sendo vistos sempre como uma concessão ou das entidades filantrópicas ou do próprio Estado. A idéia de direito não era tomada como privilegiada, mas o que movia as ações hegemônicas tanto da saúde pública quanto da assistência previdenciária era o da manutenção da força de trabalho sob o lema do desenvolvimento econômico do país.

No entanto a população não aceitou tal situação de forma passiva, conforme o lema desenvolvimentista progredia e com ele aumentavam-se as desigualdades, produzia-se também revolta e indignação por parte da população brasileira aliada com

os estudiosos e as instituições de pesquisa em saúde que endossavam os movimentos que lutavam por melhores condições de vida.

Nos final dos anos 70 com o início da democratização e “com o fim do milagre econômico e o agravamento das crises cíclicas do capitalismo do país” (Correia,2005,p. 60/61) os movimentos populares e sindicais ressurgiram e tomaram fôlego, tais como “o movimento das mulheres, o movimento pela anistia e o movimento contra a carestia, além das greves do ABC, o novo sindicalismo e o fim do bipartidarismo”. (ibid)

Para Coimbra *et al* (2006) os movimentos sociais no Brasil pós-ditadura militar constituíram-se em torno de questões surgidas nos enfrentamentos do cotidiano, considerando um plano das microfissuras o que nos movimentos de resistência anteriores não acontecia, no entanto segundo esses autores nas saídas vislumbradas pelos movimentos o que prevalece “é a dimensão macro, com seus lugares de poder estabelecidos pela lógica da representação partidária que vai sendo privilegiada: o da conquista de um lugar de poder que se acreditava estar localizado no Estado”. (ibid, p.??)

Entre tais movimentos que lutavam por reformas sociais encontra-se o da Reforma Sanitária que segundo Vasconcelos (2005, p.3):

Objetivava democratizar o acesso aos serviços de saúde, transformar as práticas assistenciais e alterar o padrão de intervenção do Estado no setor saúde. Foi gestada nas lutas pela democratização da sociedade na conjuntura de fim do regime militar e de transição para a democracia, e se inseriu no processo de redefinição da atuação do Estado, após o fim do regime autoritário, que apontava para a construção tardia de um estado de bem estar no Brasil. Visava superar o padrão tradicional de segmentação das políticas sociais do Estado brasileiro. Porém o contexto em que foi implementada, marcado pelo domínio das idéias neoliberais, trouxe constrangimentos à sua efetivação.

As pretensões do movimento pela Reforma Sanitária eram de mudanças não só estruturais, mas da concepção de saúde vigente na época. Nelas estavam incluídas discussões sobre cidadania e reivindicações de desatrelamento da contribuição previdenciária do acesso a atendimento nos serviços de saúde. Tais discussões afirmavam a luta em prol da universalização do direito à saúde. Segundo Costa (1994,

p.346) “a proposição da Reforma Sanitária sugeria assim uma ruptura, que alguns definem como ‘pioneira’ no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então mantido intacto em seus traços essenciais”.

O movimento da Reforma Sanitária reuniu estudantes, médicos, residentes, associações de moradores, colocando em pauta o direito à saúde, sendo este conceito tomado de forma ampliada. Sendo assim não se tratava somente de obter cura nos processos de doença, mas também entender saúde como lazer, trabalho acesso à educação entre outras coisas. Entrava em pauta a questão da cidadania.

Outros temas que compunham a Reforma Sanitária eram o da descentralização e da participação popular. A descentralização dos serviços de saúde distribuía o poder e a responsabilização entre municípios, estados e União, ambos com autonomia para decidir sobre as políticas públicas e os investimentos no setor da saúde. A participação da população implicava uma maior participação popular na gerência dos Serviços e a valorização do exercício do controle social, tomando a sociedade civil não apenas como receptora de cuidados, mas como protagonista no fazer em saúde. Tais proposições afirmavam a construção de sujeitos críticos de sua realidade, e com uma postura ativa e participante nos processos de formulação de políticas públicas de saúde.

CAPÍTULO 3- SUS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: QUAIS QUESTÕES?

Como vimos anteriormente, as lutas pela democratização do Brasil e pela Reforma de Base, fizeram resistência ao modelo econômico, político e social imposto pela ditadura militar e retardaram, ao menos inicialmente, o novo modo de acumulação e expansão capitalista que por aqui buscava se configurar: o neoliberalismo. É nesta conjuntura de retração dos investimentos sociais do Estado que entra em cena uma conquista que convoca o Estado a estar junto com a sociedade com o dever de garantir direitos básicos como a saúde.

A partir das movimentações ocorridas nos anos 80 pôde-se tencionar o quadro das práticas de saúde no Brasil hegemonicamente marcadas por um perfil autoritário, centralizador e corporativista, no qual a população encontrava-se excluída da participação e nem sequer era considerada nas tomadas de decisão das políticas públicas de saúde. O Conselho Nacional de Saúde existente desde 1937 não contemplava a participação da sociedade, esta era restrita aos especialistas em Saúde Pública. Somente na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em março de 1986 é que a população pôde participar reunindo 5 mil pessoas.

A partir daí a questão estava posta e fez pressão culminando na garantia de participação popular nas políticas públicas de saúde, através da Constituição de 1988. Segundo Correia (2005) na VIII CNS é que ocorre a legitimação do movimento sanitário, esta se configurou como marco importante nas lutas já que alcançou uma inédita participação da sociedade organizada. Tal característica culminou numa relevância do tema da participação popular na discussão de um novo sistema público de saúde. Sendo assim,

em seu relatório, a participação em saúde é definida como o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor Saúde. O controle social do sistema é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via imprescindível para a sua democratização (CORREIA, 2005, p.62).

Tal conquista não se deu, e não se dá ainda hoje, sem impasses, já que sobre a lógica do neoliberalismo o SUS e todo o seu aparato democrático são alvos de retaliações e sucateamentos cotidianos. Prova disso diz respeito a demora na efetivação dos pressupostos conseguidos pelo movimento da reforma sanitária na constituição de 1988, ou seja, a regulamentação de um sistema público de saúde, que contemplasse o direito constitucional de acesso universal aos serviços de saúde somente ocorreu em 1990, mesmo assim segundo Correia (2005) tal lei sofreu 25 vetos do presidente da república (na época Fernando Collor de Mello) “exatamente as questões relacionadas à participação e ao financiamento” (ibid,p.63). Observa-se que desde sua regulamentação o SUS vem sofrendo retaliações por parte do Estado e da política ao qual ele se submeteu: o neoliberalismo.

Ao mesmo tempo em que se conquistaram direitos sociais importantes (saúde, educação, trabalho) a submissão dos países da América Latina, e aqui mais especificamente o Brasil, ao “voto de mercado” acarretaram em retrocesso das conquistas democráticas. A aceitação incondicional das premissas das agências financiadoras internacionais por parte do Estado brasileiro, intensificada no governo de Fernando Henrique Cardoso, provocou diminuição dos gastos sociais e precarização dos investimentos públicos. Tal aceitação se deve ao fato “da opção de desregular o Estado provocada pela escolha, por parte da classe dominante, pela inserção subalterna nos processos de globalização”. (CORREIA, 2005, p.27).

Alguns autores afirmam que, apesar do SUS ser um sistema único em todo o país e com direção única em todas as instâncias dos entes federados, existe no Brasil dois modelos de saúde que estão em disputa, quais sejam: o projeto do acesso universal e público proposto pela Reforma Sanitária e o projeto mercadológico privatista sob os preceitos da política neoliberal (BRAVO, 2001). Tal disputa não se apresenta igualmente perante os dois projetos em questão: a maioria da população acessa o sistema público de saúde diretamente ou indiretamente, no entanto este é o que mais sofre com restrições financeiras (subfinanciamento) e retalhamento por parte das políticas de governo. Diferente disto o sistema privado, em consonância com a expansão do capitalismo, vem cada vez mais conquistando novos adeptos, inclusive funcionários públicos, e têm apresentando regalias cedidas pelo próprio Estado. Tal como afirma Santos (2008) há uma expansão dos serviços privados de saúde não só numérica

(quantidade de afiliados), mas, também ideológica (com o abandono do SUS), com características como:

Reconhecida proatividade das empresas privadas de planos e seguros de saúde de captação de clientela nas camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, cujo desapego ao SUS, e o conseqüente apego aos planos privados de saúde acabam por retirar do SUS, e da maioria da população, decisiva base de solidariedade, apoio social e fortalecimento político. (SANTOS,2008,p. 233)

Santos (2008) ao discutir a intensa atuação do modelo privado de saúde afirma que tal questão é conseqüência de uma herança histórica do modo de funcionamento do extinto INAMPS,

calcado na compra de serviços médico-assistenciais de prestadores públicos e privados (por produção), ao qual foi acrescentado, a partir de 1990, o crescimento desmedido das empresas privadas de planos e seguros de saúde que cobrem hoje entre 20% e 25% da população. (SANTOS, 2008, p 229)

A partir dessas questões cabe-nos a tarefa de indagar e construir novos modos do fazer em saúde para que possamos dar novas movimentações ao processo de implementação do SUS. Processo, este, que paradoxalmente tem como caráter constitutivo seu inacabamento. Ao mesmo tempo em que este caráter lhe traz limitações, é dele que advém seu “oxigênio”, sua abertura para a lida com as interpelações do cotidiano no qual a vida afirma sua variabilidade intempestiva. Não seria esta compreensão, e sua lida, um de nossos grandes desafios?

Com a conquista em lei de um Sistema Único de Saúde a população que antes havia tido um papel importante começa a ficar mais à parte das decisões e do acompanhamento dos contornos que tal política vai tomando. A partir do momento que se institucionaliza o SUS, com a responsabilização do Estado por sua deliberação, bem como com a participação popular regida em lei através da representatividade em Conselhos, a população usuária e os trabalhadores ficam excluídos das decisões. O que vemos então se imprimindo é a marca da alienação da população em relação às políticas públicas, cunhada na própria história brasileira. Com relação à participação social Vasconcelos (2005) afirma que esta é

uma outra questão com forte incidência no debate e diz respeito aos limites da participação social e do potencial dos conselhos de saúde em exercer o controle social numa sociedade com baixa institucionalização das práticas democráticas. (...) a mera reiteração dos princípios e a repetição da cobrança para que os governos assegurem as condições para o fortalecimento dessa

participação não parece ser o caminho mais pertinente. Sem questionar a sociedade e as formas de representação dos interesses e por em causa a dinâmica institucional de funcionamento dos conselhos talvez não tenhamos alteração na acomodação que se consolidou nesses arranjos e nas relações entre os atores sociais e os governos. (VASCONCELOS,2005,p.32)

É preciso então retomar o caráter instituinte do SUS, é preciso tomá-lo em sua história não como um momento em que se quer retornar, mas como potência para ativação de novos agenciamentos. É nesse sentido que apostamos na participação social no SUS como importante ferramenta na constituição de espaços democráticos de tomada de decisões e na construção de uma maior co-reponsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde. Para isso faz-se necessária a problematização dos modos como vêm se efetivando esta participação sob a forma do Controle Social, já que percebemos que estes espaços são muitas vezes cooptados em prol de disputas partidárias corporativistas e interesses individuais.

3.1. CONTROLE E/OU PARTICIPAÇÃO SOCIAL?

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (...) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais seguimentos. (Lei 8142/90, Art.1º,§2º,§4º)

A lei 8.142/90 refere-se à regulamentação da participação da comunidade no sistema de saúde brasileiro elegendo dois instrumentos que têm como objetivo viabilizar tal diretriz: os Conselhos e as Conferências de Saúde. Os primeiros são organizados em nível municipal, estadual e nacional existindo também aqueles que se referem a níveis mais locais, os conselhos dizem respeito ao controle por parte de toda a população envolvida da aplicação dos recursos da saúde pública, tendo também como dever avaliar e fiscalizar o cumprimento do acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde, entre outras atribuições. A Conferência Nacional deve reunir-se a cada quatro anos, nesse espaço devem ser realizadas conferências em cada nível do governo com o intuito de planejar políticas públicas de saúde, assim como avaliar o que se configurou como

avanço ou retrocessos. Sendo assim foi construído um aparato jurídico-institucional para que fosse garantida a democratização da gestão pública da saúde.

Segundo Correia (2005) o controle social surge na área da saúde na década de 70 com o processo de democratização, já que na ditadura militar o controle social assumiu o papel inverso ao que se propõe atualmente, ou seja, era exercido pelo Estado sobre a sociedade civil. Ainda segundo essa autora a partir da década de 70 com várias crises perpassando, como o insucesso do milagre econômico, começam a tomar forças os movimentos populares que “tinham uma característica anti-estatal, ou seja, diante da ausência de canais de participação nos governos ditatoriais- que tratavam as pressões populares com repressão- optavam por não se relacionar com o Estado.” (Correia,2005,p.61). Os movimentos sociais, que tinham o Estado como “braço direito” das classes dominantes, estando este a serviço dos propósitos da mesma, assumiam então uma posição de combate à esse Estado.

Na década de 80 com o fervor das lutas políticas, tal relação começa a modificar-se. “O Estado passa a reconhecer os movimentos como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas; de outro lado, os movimentos sociais admitem negociar com o Estado por meio da política pública rompendo a posição ‘de costas para o Estado’” (ibid,p.61). O Estado passa a ser considerado espaço contraditório onde (co) habitam diferentes classes sociais cada uma lutando por hegemonia, aqui a máquina estatal não é considerada um braço da classe dominante, mas como aquele que por vezes também atende às demandas populares.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco importante na trajetória das lutas pelo acesso universal à saúde, momento em que ocorre a elaboração de um projeto de Sistema Único de Saúde. O debate sobre o acesso à saúde, de acordo com Guizard et al (2004), girou em torno da questão da participação popular. Era imprescindível, para que se assegurassem direitos sociais, a participação ativa da população, não só no controle e na fiscalização, mas também na formulação e implementação das políticas públicas. Nesse sentido o controle social era considerado uma parte contida no conjunto total da participação popular.

Guizard et al (2004) atentam para o fato de que nessa Conferência a questão do controle não se restringe ao setor da saúde mas abarca o campo das “políticas sociais e econômicas” (Brasil,1986 apud Guizard et al,2004,p.19). Numa época em que a

garantia dos direitos à saúde estava em pauta, segundo o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a mobilização e organização popular seriam importantes instrumentos que fariam pressão para obter prioridade na Constituição nas questões relacionadas à saúde. Nesse contexto podemos perceber que a questão da participação popular tem lugar de destaque e que “a participação direta sobressai às formas representativas de intervenção”. (Guizard, op.cit., p.20).

Sendo assim segundo Tatagiba (2002) “esperava-se que, por meio da participação cidadã nos espaços institucionais, seria possível reverter o padrão de planejamento e execução das políticas públicas no Brasil” (p.47). A pergunta que esta autora faz em seu trabalho é de extrema relevância: “Até onde a formalização dessas instâncias de participação democratizou a gestão pública e o acesso aos bens públicos?” (ibid,p.48). Para Carvalho (1996) os conselhos sofrem com problemas técnicos e administrativos, porém estes enfrentam também um grandioso desafio rumo à descentralização das decisões sobre as políticas públicas de saúde pois este processo “tem se caracterizado pela impermeabilidade das estruturas de poder à implementação de instâncias coletivas locais, com efetivo poder de controle, fiscalização e elaboração de políticas públicas no setor” (Carvalho,1996,p.8). Tal afirmação implica em ressaltar o fato que para além das conquistas legais existem obstáculos para que se efetive a gestão compartilhada do SUS.

Existe assim o que Tatagiba (2002) denominou de “recusa do Estado em partilhar o poder de decisão” (ibid,p.79), ou seja, o Estado forja estratégias para que as decisões ainda possam ser tomadas a partir de seus preceitos e para que se enfraqueçam as tímidas formas de organização popular.

Os encontros entre Estado/sociedade nos conselhos têm sido afetados negativamente por uma grande recusa do Estado em partilhar o poder de decisão. Os governos têm resistido (...) às novas formas de fiscalização, controle e participação da sociedade civil no processo de produção das políticas públicas. Podemos ter como um pequeno exemplo disso o fato de que a maioria dos conselhos não tem estruturas mínimas de comunicação e de instalação, não havendo nenhum investimento por parte do Estado para potencializar tais espaços, ficando estes destinados a uma crescente precarização. (TATAGIBA,2002,p.79)

Outra questão que se refere a esse tema é a relação entre os Conselhos Gestores de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite. Estas últimas não estariam respeitando o poder deliberativo dos Conselhos passando por cima destes, na verdade

ambos deveriam ser complementares já que as comissões teriam como função servir de espaço para “negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores” (RADIS, 2007, 16)

A garantia em lei da participação popular no SUS com a criação dos Conselhos de Saúde com representatividade paritária entre gestores, trabalhadores e usuários foi de extrema importância, no entanto, traz a cena questões relacionadas à representação. O que aconteceu foi que aos poucos a população foi se distanciando do debate em torno da saúde e esses espaços que têm poder deliberativo tornaram-se palco de lutas entre partidos políticos, entre lideranças das associações de moradores ‘esquecendo-se’ do interesse dos usuários e dos trabalhadores do SUS.

Compartilhamos com Stotz (2005) sobre o distanciamento do movimento popular frente à institucionalização dos canais de participação da sociedade no SUS, apostou-se na representatividade nos Conselhos e na formulação das Conferências de Saúde, para tanto se vinculou a transferência de recursos do orçamento federal para os municípios à existência dos Conselhos de saúde. Nesse sentido houve uma ampliação desses espaços sem, no entanto, haver a preocupação de promover debates públicos e de tentar garantir a participação efetiva dos usuários.

Segundo reportagem da Revista Radis (2007) para o médico-sanitarista Antonio Ivo de Carvalho houve um problema na constituição da diretriz da participação popular no controle das políticas públicas de saúde: “a absorção da participação acabou sugando para dentro da máquina do Estado segmentos da população insuficientemente organizados” (Radis, 2007, p.16). O que retrata a realidade de muitos dos conselhos de saúde que existem no Brasil. Estes são ocupados, acontecem, mas os participantes, principalmente os representantes dos usuários, não têm podido se apropriar efetivamente da proposta democrática que em tese envolveria o trabalho dos Conselhos sendo assim muitas vezes ocorre participação e não mobilização.

Percebemos através da revisão bibliográfica efetuada que a questão do controle social é abordada na maioria dos textos que se propõem discutir o SUS e seus desafios. Entretanto, tal abordagem se dá muitas vezes de forma naturalizada, como se a configuração da participação social somente fosse legítima e possível através da lógica da representatividade nos Conselhos e Conferências de Saúde. Nesse sentido, poderíamos dizer que a questão da participação social no SUS vem sendo trabalhada,

grande parte das vezes, a partir do que já está instituído, do que consta e está na lei 8.142. Entendemos a importância da reafirmação desta pactuação, porém quando esta é pensada em diversos âmbitos (acadêmico, nos espaços de discussão, congressos e pactos de saúde) como já dada, de forma naturalizada, ela perde sua potência de problematização e reinvenção. Não basta reafirmar a importância da Lei para se efetivar o controle social, outrossim é preciso ampliá-lo e trazer a cena: a configuração atual dos Conselhos de Saúde, o desmonte dos movimentos sociais, o abandono da luta por acesso universal e por qualidade do serviço público de saúde por parte de certas parcelas da população brasileira. Nesse sentido afirma Sheinvar(2004):

A naturalização ou individualizações dos processos acontecem quando esta produção de subjetividades é abstraída do contexto em que está sendo forjada e lhe é atribuído um dom natural, uma essência, uma característica particular, negando-a enquanto percurso datado, ou seja, constituído ao longo da história. (SHEINVAR, 2004, p.22)

Outro desafio a ser enfrentado e discutido com a população é a crescente segmentação do SUS: um para parcelas mais empobrecidas da comunidade onde existem maiores investimentos da Atenção primária, com expansão da Estratégia de Saúde da Família, e um outro para população da classe média e média alta que abrange os serviços mais especializados, assistência farmacêutica na parte de medicamentos mais caros e a assistência terciária de alta tecnologia.

Ou seja, queremos afirmar com tal discussão que não basta constar nos documentos, nas produções acadêmicas, no planejamento e nos pactos de saúde a questão da importância do controle social sem avançarmos em temas fundamentais e sem problematizarmos a forma como a população usuária é alijada dos processos decisórios. É preciso indagar sobre os motivos desse afastamento. Como também não podemos deixar de discutir formas de incentivo à participação popular em saúde e de promover debates junto a população sobre as questões fundamentais elencadas acima e sobre os diferentes e contraditórios projetos de saúde em curso no SUS.

Outra questão importante refere-se à representação paritária nos Conselhos e sua força de legitimidade decisória frente às dissimetrias de poder/saber dos discursos técnicos. A garantia de ocupação das reuniões com 50% de representação dos usuários, partindo da premissa de igualdade numérica entre governo e sociedade civil, não é garantia de igualdade de participação. Pois, o poder de decisão muitas vezes encontra-se

com os representantes do governo ou dos trabalhadores que afirmam o saber técnico, excludente de outros saberes e legitimado socialmente, detendo informações que não são socializadas/construídas com os conselheiros usuários. Estes, muitas das vezes não possuem nem subsídios técnicos como formação¹⁶, nem financeiros por parte do Estado para participarem de reuniões, para se organizarem e instituírem fóruns de discussão. Queremos ressaltar aqui a dificuldade em se manter os espaços conquistados como efetivamente democráticos e deliberativos quando centramos nossas apostas na crença transcendente da representatividade, da homogeneidade, como força ativa dos processos emancipatórios. É preciso pensar o Controle Social para além da representatividade nos conselhos possibilitando uma maior participação direta dos usuários e trabalhadores na participação pública das políticas e serviços de saúde.

3.2 AS ARTES DE GOVERNAR EM FUNCIONAMENTO

O primeiro ponto importante a ser discutido se dá a partir da problematização do próprio termo “controle”: será que o papel da população é somente o de verificar se os Serviços estão cumprindo com suas tarefas? Deste ponto de vista a comunidade assistida é colocada no lugar de consumidores de saúde, posição tal que não abrange um dos princípios do SUS que é o da participação da sociedade em seu processo de implementação. Segundo Spozati & Lobo (1992) “O começo da discussão sobre saúde e controle social necessita tomar distância da armadilha ‘saúde-consumo’, onde o controle é verificar se a mercadoria está adequada conforme o rótulo” (p.367).

Saúde deve ser tomada não só como um produto que se quer consumir quando ficamos doentes, a assistência àqueles que adoecem é somente uma parte do direito a se

¹⁶ Em 2006 foi aprovada a *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS*. Tal política tem como objetivo fomentar o apoio e a formação de sujeitos multiplicadores para o Controle Social e preconiza as seguintes ações: a) “Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente seus papéis; b) Apoiar o processo de formação de conselheiros; c) Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; d) Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no Sistema Único de Saúde-SUS; e) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do Sistema Único de Saúde-SUS; f) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do Sistema Único de Saúde-SUS na discussão do pacto.” (Brasil, 2006)

ter saúde, portanto o controle social não deve se restringir à vigilância por parte da população dos Serviços prestados pelo SUS. “Serviço de saúde é um direito do cidadão, embora saúde, como direito, seja mais do que o serviço de saúde” (ibid, 368).

Assim, o exercício do controle social é direito e dever da população cabendo a essa “participar das decisões, propor as linhas de ação e os programas que considera mais importantes, controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos” (Barros,1998, p.33). Nesse sentido é que preferimos a expressão participação social já que esta se refere não somente a fiscalização dos serviços, mas também ao compromisso com a produção de sujeitos que possam compartilhar das questões referentes à implementação de um SUS de qualidade e efetivamente para todos.

Várias questões giram em torno da problemática da forma como a participação da comunidade foi operacionalizada no SUS, ou seja, questões que se referem ao funcionamento dos Conselhos como também sua articulação com as Conferências. Um primeiro ponto que podemos ressaltar diz respeito a participação efetiva na implementação de políticas públicas de saúde dos usuários do sistema, já que os conselhos são ocupados por representantes destes, na verdade representantes escolhidos perante um rol de entidades que possuem legitimidade para representarem os usuários. O que isto implica? Podemos pensar com as contribuições de Coelho (2004 apud Van Stralen 2006) numa certa exclusão de movimentos que não possuem articulação direta com a máquina estatal, ou seja, “os conselhos contemplam um grupo de *novos incluídos, os incluídos organizados*, que possuem vínculos com atores estatais, enquanto grupos não organizados ou sem vínculos com o Poder Executivo ficam sem acesso”(Stralen *et al*,2006,p.626).

Segundo Heckert (2004) a gestão não se restringe aos canais instituídos de participação, o fazer humano está sempre dando conta de instaurar novos modos de gestão de um processo, ou seja, de gestão das políticas públicas de saúde. Para além das instâncias representativas, asseguradas juridicamente, impõe-se a prática cotidiana de seus enfrentamentos e suas atribuições. “Mais do que um projeto de gestão democrática a ser alcançado num momento posterior lidamos com processos de gestão exercidos cotidianamente” (ibid,p.155). Segundo a autora o que entra em questão são os

exercícios de autonomia, já que esta não pode ser vislumbrada a priori e externa às práticas que se tecem nos enfrentamentos do cotidiano.

O modo como se organizaram as instâncias que “garantiriam” uma forma autônoma de gestão descentralizada e democrática dos Serviços Públicos de Saúde, muitas vezes, ditam previamente o que será e como será efetuado o processo de participação. “Esses modos descentralizados, hoje usados como ‘marcas’ de autonomia, esboçam previamente o lugar, o tempo e o conteúdo do que deverá ser regido autonomamente” (ibid).

Tal questão é abordada por diversos autores que debatem a questão da participação social: Guizardi & Pinheiro atentam para o fato dos conselhos de constituírem como espaços em que a forma como se pactuam e se relacionam os diferentes representantes acabam diminuindo o potencial de participação dos usuários.

A presença nesse espaço [conselho municipal de saúde] é construída como uma rede em que os nós que lhe dão forma articulam diferentes saberes e inserções, desigualdades, relações de poder, experiências pessoais, diversos objetivos etc. Composição de forças que torna o conselho uma arena política extremamente inibidora aos usuários. (Guizardi & Pinheiro, 2006, p.802).

Também Van Stralen et al (op.cit.) atentam para o fato dos representantes dos gestores nos conselhos, muitas vezes, pré determinarem as pautas, o que deverá ser aprovado etc. Em suas pesquisas com nove municípios, sete no estado de Goiás e dois do Mato Grosso do Sul constataram que em três municípios a presidência dos Conselhos era ocupada permanentemente pela figura do secretário de Saúde, e que em cinco eram os presidentes quem definiam a pauta das reuniões.

O papel dos trabalhadores de saúde é de extrema importância nesse sentido: apoiar os usuários, realizar Rodas para a discussão e avaliação dos serviços prestados, das necessidades e interesses de cada um, viabilizar Assembléias, informar aos usuários os seus direitos, as instâncias e organizações nas quais podem estar participando para melhorar a qualidade da assistência como também propor novas formas de intervenção do Serviço na comunidade. Essa iniciativa desloca o usuário do lugar de objeto de intervenção e daquele que só sabe reclamar, para um lugar de participação, de estar junto na tarefa de promover saúde. “É interessante envolver a sociedade desde o

momento de elaboração dessas normas e regras, e não somente quando de sua aplicação” (Campos,2003,p. 25).

3.3 PERSPECTIVAS EM ANÁLISE: USUÁRIO-CONSUMIDOR

Para Valla, Carvalho & Assis (1993) a participação da comunidade na saúde tem sido preconizada como o devido engajamento da população em programas previamente organizados pelos serviços, principalmente em situações emergenciais como nas campanhas. Implícito nessa situação está o conceito de usuário/ consumidor de medidas curativas/preventivas. Assim a maior ou menor adesão aos projetos do serviço indicaria o grau de participação da comunidade, nessa perspectiva os usuários são tomados como àqueles que fazem melhor ou pior “uso” do serviço público de saúde e não como (co) construtor de políticas públicas de saúde. Segundo esses autores existe nesse sentido uma desvinculação da questão da saúde com sua construção histórico-cultural, provocando assim a sua individualização. A participação popular é, para os autores citados, enfocada como “um instrumento potencial de reorientação dos serviços e das práticas educativas aí existentes, no sentido de um maior compromisso com a melhoria das condições de saúde e de assistência” (ibid, p5).

Stotz (1994) afirma que em meio à conjuntura política/econômica e social do neoliberalismo a população usuária dos serviços públicos de saúde é colocada à parte do controle do seu próprio destino, fazendo uso dos programas previamente elaborados, ou seja nessa perspectiva a oferta está determinando a demanda. Por controle do destino o autor entende: “poder das pessoas para lidar com as múltiplas pressões suscitadas pela sociedade capitalista em nossa época” (ibid,136). Ou seja, a população é quem mais sofre os efeitos das metamorfoses do capitalismo no contemporâneo e ao mesmo tempo é a que menos tem instrumentos para “dialogar” com ele. Muitas vezes os direitos conquistados com muita luta da sociedade civil organizada são vistos como concessões de um Estado Patrimonialista.

Os profissionais de saúde segundo Stotz (ibid) têm papel fundamental na mobilização da população em relação às questões da saúde pública. Estes precisam perceber-se como educadores que, ao prestar assistência às pessoas que procuram por algum serviço, podem estar potencializando e instrumentalizando a movimentação por

melhores condições de saúde e pelo exercício dos direitos já garantidos. No entanto a forma de organização do trabalho no capitalismo dificulta os profissionais perceberem-se como educadores e não só como prestadores de assistência. Os salários irrisórios fazem com que muitas vezes os trabalhadores da saúde tenham vários vínculos empregatícios, o que dificultaria a sua inserção nos problemas de saúde pública específicos de cada região.

A separação entre gestão e atenção também dificultaria a movimentação do trabalhador da saúde, uma vez que acaba, devido a características da organização do serviço, restringindo suas tarefas à prestação da assistência, dissociando o seu fazer de outras questões mais abrangentes que assolam a população com a qual trabalha. O trabalho fragmentado contribui para o distanciamento dos trabalhadores de questões sociais mais amplas, o trabalho previamente determinado por cotas de produtividade e por programas pré-estabelecidos verticalmente não só reduzem a possibilidade de autonomia do profissional em avançar em certas questões e em se apropriar integralmente do processo de trabalho como também cria um certo distanciamento com a população usuária, muitas vezes ela é vista como uma inimiga do andar da Unidade de Saúde. aqueles que mais participam, que reclamam por seus direitos e por condições mais dignas de acesso são vistos como aqueles que querem “atrapalhar” o trabalho.

A maneira como o trabalho em saúde é organizado, verticalmente, burocraticamente e baseado na produtividade, repercute diretamente na relação trabalhadores-usuários, criando polarizações entre eles, existe uma dificuldade dos trabalhadores em se perceberem como atores sociais e protagonistas no processo de produção de vidas mais dignas. O que ocorre muitas vezes é o repasse das situações verticais e burocráticas, que os trabalhadores lidam no cotidiano dos serviços, para os usuários, repetindo situações de desrespeito e infundadas, como a cultura da espera, da fila, do não atender em determinados horários, do atendimento por ordem de chegada, rápido e focado na doença, no sintoma. Ora se o trabalhador é cobrado por número de atendimentos, por resposta a determinadas queixas em privilégio de outras (como controle do câncer do colo do útero, controle dos hipertensos, diabéticos, número de preventivos realizados) como podemos esperar uma outra postura ética perante o seu fazer na saúde?

Stotz (1994) alerta para o fato de que a discussão sobre os movimentos sociais na área da saúde não tem sido prioridade e nem mesmo assunto de relevância no âmbito da luta pelo acesso universal e de qualidade aos serviços públicos de saúde. Isso constitui -se do que o autor denominou de “atraso teórico” (ibid, p.264), o que contribuiu para tal foi o modo como a reforma sanitária apostou, como estratégia para a constituição e garantia de direitos, na ênfase da conformação de um aparato jurídico, ou seja, ênfase na “definição do arcabouço jurídico-legal e ao trabalho de engenharia institucional capazes de conformar um novo padrão de proteção social na saúde” (ibid). Não há dúvida da extrema importância da conquista de um aparato legislativo que garanta o acesso universal à saúde e coloca como responsável por isto o Estado, no entanto é necessário também que esse movimento não termine com essa garantia. Na verdade a criação do SUS é apenas parte de um longo caminho. Talvez, um dos maiores desafios seja o de nos descolarmos de um “ufanismo susista” que nos impede de problematizar seus funcionamentos no real sob pena de sermos categorizados como ‘anti-sus’. Fechamos os olhos para o que tem se configurado como política de saúde nas diferentes realidades do país só contribui para reforçar as inúmeras retaliações de que tem sido alvo, fazendo crescer de uma maneira quase imperceptível a produção de um SUS como política compensatória destinado a população brasileira mais pobre. Potencializar seu caráter de movimento constituinte implica estar atento e poroso para os efeitos de sua institucionalização, e para o enfrentamento cotidiano dos novos desafios daí advindos.

O sucateamento e a redução do impacto, e da força, que um sistema de saúde como o SUS tem em meio à política neoliberal ocorrem através das próprias campanhas ‘educativas’ realizadas pelo Ministério da Saúde. A veiculação de idéias que configuram o SUS como uma concessão do Estado são expostas abertamente através da mídia oficial, por exemplo na campanha de 2007 sobre a vacinação de idosos contra o vírus influenza. Ao final da chamada o locutor dizia: Aproveite é de graça! É bem sutil esse tipo de esvaziamento político da discussão sobre políticas públicas perante a população, mas sabemos a diferença que provocaria caso fosse: “Aproveite é um direito conquistado em meio a muitas lutas e importante que seja exercido”.

Outra campanha ‘educativa’ do governo do Estado do Rio de Janeiro contribuiu, a meu ver, para a difusão de uma subjetividade centrada cada vez mais no

individualismo e na culpabilização, tratava-se do tema “Gravidez tem hora”, cujo “slogan” era “a gente se cuida”. Ao dirigir-se as meninas enunciava que estas tinham que se cuidar sob pena de, caso engravidassem, não realizar o que quisessem para suas vidas. É importante ressaltar que, embora seja importante atentar para o alto índice de mães adolescentes e suas conseqüências, a propaganda não informava a existência e o funcionamento dos programas de planejamento familiar nos postos de saúde, dando a referência apenas de uma página na internet. O imperativo é, como vimos anteriormente com Foucault, o “governe-se”.

Ora sabemos que acesso à informatização não é uma realidade para a maioria da população brasileira, sem contar a constante falta de anticoncepcionais nos postos de saúde. Na mesma direção desses questionamentos está Vasconcelos ao afirmar: “É preciso superar tal situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população. (VASCONCELOS, 2004,p.70).

Podemos perceber também a idéia de que o Estado não se compromete com as mulheres que já têm filhos, assegurando minimamente creches para que elas possam trabalhar. O que vigora é a lógica do “cada um por si”, como afirma Santos (1993): “existe no Brasil um estado de natureza em sentido hobbesiano, ou seja, aquele no qual o conflito é generalizado e a regra constitucional vigente é cada qual administrar seus próprios problemas, sem apelo as instâncias superiores” (SANTOS,1993, apud STOTZ,1994,p.266).

De acordo com Stotz (1994) ocorre no Brasil uma discussão importada de modelos de proteção social que não foram viabilizados no país. A instalação do Welfare State, não se deu de forma plena no Brasil, para o autor isso se configuraria como “idéias fora do lugar” é necessário então perceber como se deu a constituição de políticas sociais na realidade brasileira, o que a princípio faz necessário entender como se deu a entrada do país na economia capitalista mundial e a que custos isso ocorreu.

A onda neoliberal que tomou conta do governo Collor afetou profundamente a capacidade do Estado de regular os conflitos sociais na perspectiva da cidadania; tornou a vigência ilimitada das leis do mercado o traço marcante do ingresso do país na “modernidade”; e configurou para a política pública na área social um papel compensatório e de intervenção focalizada. (STOTZ,1994,p.266)

Segundo autores como Stotz e Correia o princípio fundamental do SUS, o da universalização, ou seja, o acesso a todos os serviços e programas públicos de saúde, sem distinção de classe social, vem sendo modificado a partir dos aspectos que os serviços oferecidos vêm tomando, filas, falta de medicação, déficit no quadro médico etc, isso tem servido para o aumento da iniciativa privada no setor saúde, as classes mais bem remuneradas estão sendo “expulsas” do SUS, este ficando a cargo somente da população com menor renda, fenômeno este que os autores denominam de “universalização excludente”. Segundo Stotz (ibid,p.267)

sabe-se que a implantação de um sistema público de saúde no Brasil,(...), acarretou, devido a crise fiscal do Estado e à deterioração da qualidade do atendimento, o fortalecimento do setor privado autônomo . Diferenciou-se, em consequência, a demanda social por saúde, excluindo-se da atenção do sistema público as camadas mais bem pagas o proletariado urbano.

De acordo com Correia (2005) o sistema de seguridade “universal” implementado no Brasil, com um considerável atraso em relação aos países europeus, acabou se conformando como um “sistema seletivo”, com forte caráter assistencialista, e ênfase na oferta de programas focalizados na população de baixa renda, permitindo assim o avanço de propostas do setor privado perante a população com melhor poder aquisitivo, que,devido à precarização do atendimento no serviço público, está sendo expulsa deste. Righi (2002) em sua tese de doutorado também compartilha a opinião sobre o caráter excludente que vem se configurando no SUS: “ A Universalização excludente levou a expulsão de usuários dos serviços públicos e possibilitou a sua absorção no subsistema privado. Trata-se, portanto, de um efeito da forma de organização da atenção constituída em permanente tensão entre o projeto do Sistema Único de Saúde e a hegemonia do modelo proposto pelo projeto neoliberal.” (Righi,2002, p26)

A ampla concorrência do setor privado paralela ao SUS, resguardada na Constituição, é um fator de peso quando pensamos o descontentamento com o sistema público de saúde, o investimento apelativo do setor suplementar em conforto excessivo, facilidade em utilizar apoios diagnósticos e ênfase nos especialismos tem como consequência uma concorrência desigual, o que acarreta num descontentamento com o SUS que é até mesmo alvo de preconceitos. Mesmo pessoas com poder aquisitivo menor têm procurado pagar planos de saúde, com pacotes básicos e com preço acessível

tendo a falsa impressão de que seria melhor do que o atendimento público. Tais planos são cobertos de restrições, muitas vezes são ambulatoriais, também tem sofrido com a falta de médicos e não tem responsabilidade pela população que utiliza seus serviços, tais seguros só vem se expandido mediante as denúncias cotidianas dos problemas enfrentados pelo SUS.

Vale ressaltar quais implicações políticas tal conformação acarreta: com a adesão aos serviços privados de saúde pela população com melhores perspectivas, com maior nível de escolaridade, a discussão e a luta pela efetivação do SUS são esvaziadas e carentes dessa parte da sociedade. Ficando tal discussão a mercê das classes mais empobrecidas que, reféns do sistema capitalista, tentam minimamente sobreviver em meio a ameaça de desemprego constante, ao subemprego, e que acabam vendo o SUS como concessão governamental e naturalizam a falta de medicamentos, a necessidade de adormecer nas filas para conseguir atendimento e a defasagem dos serviços prestados.

Nesse sentido a ocupação dos conselhos de saúde, principalmente nos níveis locais, se dá, muitas vezes, de forma que estes pareçam ser espaços privilegiados de reivindicação, onde a população usuária pode barganhar com o Estado algumas migalhas de melhorias da assistência, não tendo oportunidade de pensar tal mecanismo como instrumento de luta e de participação do processo de elaboração e implementação de políticas públicas. Sendo assim “ao adquirir a configuração de espaço público ‘de excluídos’, os conselhos de saúde, sua atuação e os problemas com que lidam, não ultrapassam os limites das relações dos próprios conselheiros com as entidades que representam” (Carvalho, 1996, p.09).

Segundo Stotz (2006) os Conselhos de Saúde não tem conseguido realizar suas funções previstas na lei 8.142/90 devido aos conflitos de interesses onde na maioria das vezes os representantes de usuários não conseguem intervir e ficam somente de espectadores dos jogos de interesses presentes nas reuniões, assim os Conselhos tomam como objetivo principal a resolução de questões relacionadas ao acesso, aos atendimentos, exercendo pouco sua função de propositos e operador de mudanças no modo de funcionamento dos serviços de saúde.

Apesar da preocupação com a mudança do modelo assistencial, a fiscalização enquanto instrumento de controle da execução da política de saúde priorizou

o funcionamento dos serviços face às demandas por atendimento. Diante da pressão gerada pelas necessidades de atendimento às doenças e incapacidades, de fato não tem 'espaço' na agenda dos conselheiros para tentar modificar o modelo predominantemente voltado para o indivíduo, com ótica curativo-assistencial (STOTZ, 2006, p.153).

Stotz (2006) atenta também para a questão do desmonte dos movimentos sociais que ocorre principalmente na década de 90, período este no qual acontece o surgimento de um grande número de Conselhos Municipais de Saúde em todo o Brasil. Há uma gradativa dissociação entre movimentos sociais e a construção dos conselhos, o que antes estava intimamente associado passa a ser alvo de estratégias de desagregação, progressivamente tais atores sociais foram sendo excluídos do pouco espaço de participação conquistado, quer seja por tentativas de cooptação pela histórica atuação da máquina do Estado como negociador de troca de favores, quer seja pelas pequenas ações de submissão e exclusão dos Movimentos Sociais pelo manejo das relações de saber-poder que se instaura em muitos Conselhos.

Guizardi & Pinheiro (2006) analisando a experiência de participação em Conselhos de Saúde de um movimento popular em Vitória/ES constataram importantes questões principalmente a cerca da representatividade dos usuários. A primeira diz respeito ao fato de haver dissociação entre o fazer cotidiano do movimento e as implicações políticas/institucionais deste, não sendo utilizados os conselhos como espaços de luta e reivindicação por democratização das políticas públicas de saúde.

Um segundo ponto refere-se à fragilidade da autonomia do movimento em relação às suas posições e a reivindicações perante o poder executivo, segundo as autoras o que se pôde observar nas entrevistas realizadas é que o movimento em questão não tinha autonomia de participação devido à dependências de favores "concedidos" pelo Estado. O que demonstra nossa herança histórica e social marcadas pela troca de favores entre a sociedade civil e o Estado, sejam trocas entre este e a parcela mais abastada da população ou mesmo sobre a forma de concessão, entre governo e a população de baixa renda. Sendo assim as relações sociais brasileiras são marcadas pela submissão, autoritarismo, patrimonialismo e coronelismo. O que em muito reflete atualmente nas discussões sobre participação social no processo de democratização das políticas públicas.

As autoras puderam constatar também um ponto de extrema importância nessa discussão: os conselheiros percebiam suas inserções nas reuniões dos conselhos como individuais e não como fazendo parte de uma discussão coletiva do movimento, este não se organizava em relação às temáticas, as reivindicações e aos posicionamentos que seriam discutidos nos Conselhos.

Podemos pensar tal questão como certa fragilidade da participação social visualizando a separação entre prática cotidiana e uma outra prática dita política, como também a desarticulação dos representantes com a base. No entanto, é importante levantar uma discussão: tal esvaziamento sinalizaria que o espaço do Conselho de Saúde esgotou como via privilegiada de participação da população na discussão e implementação de políticas públicas de saúde? Podemos dizer que se trata de um hiato entre a diretriz de participação da comunidade no SUS exposto na Constituição de 1988 e a operacionalização desta na lei 8.142 de 1990? O que a participação restrita aos espaços deliberativos e à representatividade tem a nos dizer sobre as formas de governo do Estado Moderno?

Sabemos que “a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto de práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde” (ibid, p799). Contudo, como ‘habitar’ o paradoxal processo de construção de um SUS como política de Estado ativando seu caráter constituinte de movimento e política do público?

O SUS em seu processo de construção e nos desafios daí decorrentes se fez e se faz por entre visibilidades e dizibilidades expressas em leis, princípios e diretrizes, por práticas de cuidado e gestão dos serviços que operam a partir de racionalidades centrípetas (medicocêntricas, hospitalocêntricas e verticalizadas) em disputa com outras práticas de gestão e cuidados em saúde que se afirmam e apreendem as necessidades de saúde da população na aliança com as experiências comunitárias, suas histórias de lutas e seu *modus vivendi*, nas políticas oficiais e seus programas mais ou menos afinados nas diferentes conjunturas com a efetiva implementação de um sistema universal, equânime e eficiente de saúde, com representações instituídas em várias entidades e conselhos, numa convivência inicialmente “forçada” (MATTOS, 2009). Poderíamos dizer que hoje essa convivência é “promíscua”, com um sistema suplementar privado e seus aparatos de reforço em exercício nos processos midiáticos e nas políticas de

governo afinadas com as reformas administrativas do Estado que tangenciam o SUS e seus profissionais via Organizações Sociais e Fundações Estatais. Ao mesmo tempo, o SUS também se fez e se faz por lutas moleculares dispersas, por movimentos anônimos que perturbam o instituído e que insistem, e persistem, no presente como virtualidades acionadoras da “memória intensiva de suas batalhas” (HECKERT,2004).

CAPÍTULO 4 - Experiência da Cidade de Deus: protagonismo na Participação no SUS

*Cidade de Deus é o maior barato e te pergunta
Brigar pra que (pra que)
Se você for lá uma vezinha só, (é) você nunca mais vai esquecer!*

Rap da Cidade de Deus- Mc Cidinho e Doca

Pensar os processos de participação social no sistema de saúde brasileiro implica considerar a organização do processo do trabalho em saúde, a educação popular, a formação dos trabalhadores, bem como os projetos de gestão/atenção que embasam a operacionalização das políticas de saúde no sistema público de saúde.

Afirmamos nesse sentido que os processos de formação são inseparáveis dos modos de gestão e de atenção, ou seja, a maneira como entendemos e efetivamos processos de formação informam com quais desenhos de produção de saúde fazemos nossas alianças ético-político-metodológicas. Os modos como determinados processos de formação se dão, muitas vezes, produzem modos de pensar o conhecimento que se configuram como solitários, centralizadores e descompromissados em fazer avançar o SUS. Pois, conforme nos sinaliza Valla (1999, p.3) é fundamental.

superar a mera defesa do papel do Estado em prover diretamente ou em regular a oferta privada (contratada ou autônoma) de serviços. Para que tais serviços contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam. A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com as suas clientelas. A história é anterior: há um passado que ainda vive, em sua virtualidade, no presente e está referido às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificada de alternativas, bem como às lutas moleculares ou coletivas que enraízam formas de pensar e agir. É esta experiência que precisa ser resgatada pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores.

Neste capítulo iremos analisar a experiência do curso *Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território* realizado na Cidade de Deus, Rio de Janeiro, no

período de outubro de 2007 a janeiro de 2008, cujo objetivo era formar agentes sociais capazes de intervir na produção de saúde do seu território. O intuito desta análise é trazer a experimentação em ato de alguns dos desafios apontados nas discussões realizadas nos capítulos anteriores. Para tal, fazemos uso do método cartográfico e de alguns aportes da pesquisa intervenção no qual a relação entre sujeito-objeto se constrói e se conforma em meio ao processo, e não dada a priori.

Nesta direção, alguns acontecimentos no curso nos servirão como movimentos disparadores da reflexão sobre a questão da produção da demanda, da educação popular e os processos de formação em saúde, do apoio social e da paradoxal relação movimento social, universidade e políticas de governo/Estado. Para tanto, realizamos uma análise multifacetada da temática, entendendo que as questões trabalhadas neste capítulo, na verdade, não existem em separado do seu plano de produção na intervenção. Apenas para fins didáticos apresentaremos as análises a partir de alguns eixos de discussão.

O que, aqui, apresentamos e analisamos se alia com as perspectivas do trabalho cartográfico, no que ele afirma de acompanhamento dos movimentos efetuados em suas produções micropolíticas a partir do contexto sócio-histórico em que ele se produz e é produzido. Deste modo, não se trata de extrair dessa experiência verdades absolutas e modelos intocáveis, mas fazer emergir outros discursos/práticas que não ganham visibilidade perante as práticas hegemônicas. Trata-se de construir uma “escuta do outro, das vozes e dos silêncios do mundo” (Machado; Lavrador, 2007, p. 9) atentando para os processos de produção de subjetividade.

Como apontam Neves e Massaro (2009, p.09):

A cartografia é um método de estudo-intervenção do socius, proposto por G. Deleuze e F. Guattari, que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação. Neste sentido, implica menos a apreensão da realidade como matéria de desvelamento ou cognição, e mais a afirmação da realidade em sua potência de abertura de sentidos e invenção. [...] Um fazer cartográfico requer um aprendizado da escuta e da atenção às forças do presente que trazem o novo em seu caráter disruptivo e nos possibilitam indagar: que espécie de vida este e/ou aquele agenciamento do desejo promove?

Nesta perspectiva cabe-nos a pergunta: o que tal experiência nos traz como ferramenta analisadora e problematizadora dos modos como a participação social no SUS vem se efetivando? Que outras redes e modos de participação se produzem nos territórios? Que modos ditos alternativos se inventam na efetivação dos princípios do SUS em ato, em meio ao seu processo de construção?

4.1 “Cidade de Deus é o maior barato...”.

Cidade de Deus é um bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro, formado, no final dos anos 60, como parte da política urbana de remoção das favelas, empreendida pelo governo do então Estado da Guanabara, para a zona oeste do Rio de Janeiro. A partir de sua conformação original, como conjunto habitacional, Cidade de Deus foi construído e entregue aos seus primeiros moradores em 1966, como produto de um projeto iniciado no governo Carlos Lacerda, que visava a transferência de moradores de mais de 10 (dez) favelas, prioritariamente da zona sul da cidade, para alguns conjuntos habitacionais construídos na zona oeste, como Vila Aliança (Bangu), Vila Kennedy (Senador Camará) e Vila Esperança (Vigário Geral). Projetado para oferecer 6.500 (seis mil e quinhentas) unidades habitacionais aos moradores das favelas situadas nas proximidades da Lagoa Rodrigo de Freitas, como Praia do Pinto, Ilha das Dragas, Parque Proletário da Gávea, Macedo Sobrinho, entre outras. O conjunto habitacional foi gradativamente sendo ocupado por habitantes de diversas áreas da cidade do Rio de Janeiro, destacando-se famílias vítimas das enchentes que assolaram a cidade no ano de 1966, famílias vítimas do incêndio que destruiu o que restava da Favela do Pinto e famílias sem outra opção de moradia se instalaram na proximidade a rios assoreados e poluídos ou mesmo em áreas de grande concentração de lixo. (CCCD, 2004).

A comunidade foi crescendo desordenadamente, transformando-se em várias subáreas que comportam dentro de uma mesma comunidade padrões de vida diferenciados. Existem áreas extremamente precárias, sem saneamento básico, sem água, com casas de papelão e áreas com padrões de classe média. Com uma população em torno de 38 mil habitantes (dados do senso de 2000), que hoje esta próxima de 65.000 habitantes, apresenta indicadores sociais entre os mais críticos do Rio de Janeiro. Este crescimento não foi acompanhado dos investimentos em equipamentos e serviços

de infra-estrutura urbana necessários para que as condições de moradia iniciais não fossem degradadas. A ausência de investimentos por parte do poder público possibilitou que os espaços de lazer fossem transformados em lotes para a construção de casas; os rios assoreados e suas margens ocupadas; a rede de esgotamento sanitário foi ficando inadequada às necessidades locais; etc.

Um dado importante é que a comunidade, embora situada na vizinhança de bairros nobres da cidade, como Barra da Tijuca e Freguesia, se insere numa região que se configura num verdadeiro deserto sanitário. Não existe nenhuma equipe de saúde da família no local e o posto de saúde atende a várias outras comunidades, o que gera filas madrugadoras, dificuldades de acesso e desassistência. Sofre com sérios problemas de desnutrição infantil, gerando mortes e problemas no desenvolvimento infantil. Com isso a população recorre muitas vezes aos atendimentos hospitalares, que cuidam de situações de urgência, sem haver, no entanto o acompanhamento dos casos pela rede básica.

Contudo, como fruto das várias lutas e conquistas de seus moradores, há em Cidade de Deus a presença atuante de várias associações de moradores, agremiações de samba, agremiações esportivas, movimentos sociais e Ongs (a partir da década de 90). Estes, em suas diferentes trajetórias desde a década de 80, atuam na perspectiva do desenvolvimento local, entre eles o grupo Alfazendo e a Comissão de Saúde do Comitê Comunitário de Cidade de Deus¹⁷ com os quais trabalhamos em parceria.

Segundo documento do Centro Comunitário (abril/2004) as lutas que compõem a história da comunidade emergem nas décadas de 70/80 com o surgimento de várias Associações de Moradores, agremiações, Revistas, Cine-Clubes, Movimento Negro, Igrejas Atuantes, Grupos de Dança, cuja efervescência possibilitou a formação de várias lideranças históricas. Relatam que no final dos anos 70 e início dos anos 80, Cidade de Deus é manchete em todos os meios de comunicação por conta da guerra do tráfico, ao mesmo tempo em que sofre intensa pressão em função da especulação imobiliária e tentativas de remover a população de Cidade de Deus. Em meio a todos esses

¹⁷ A partir de janeiro de 2003, representantes de instituições da comunidade começam a se reunir com representantes do Poder Público, Organismos Internacionais. Em um processo de longas discussões e intensos debates surge o Comitê Comunitário de Cidade de Deus, cuja missão é articular essas várias instituições, objetivando um trabalho integrado e sustentável, através de atuação em rede via Comissões Temáticas.

problemas, em setembro de 1980, acontece em Cidade de Deus o I Encontro Popular pela Saúde que provocou o surgimento dos diversos Fóruns de Discussão de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Também eram intensas as lutas contra o monopólio no transporte, pela melhoria da qualidade do ensino público e por melhores condições de moradia.

Na década de 90, houve uma proliferação do trabalho voluntário e de Organizações Não Governamentais. Por parte dos governos, grandes lideranças foram cooptadas, ao mesmo tempo em que houve a partidarização dos movimentos comunitários intensificando ainda mais as disputas internas. Em 96, quarenta e duas mortes, foi o saldo das trágicas enchentes quando os rios Grande, Estiva e Banca da Velha transbordaram. Neste mesmo ano surgem as rádios comunitárias, o Funk e o Hip Hop projetam nomes de artistas de Cidade de Deus. Em 98, Cidade de Deus é elevada a bairro, mas cresce o número de barracos e favelas no seu entorno: tornando-se na verdade “refavela”. (PDCCD, 2004, p.4)

A comunidade, em geral muito conhecida pela violência e pela presença do tráfico, fica em evidência na mídia em 2002 com o sucesso do filme Cidade de Deus, de Fernando Meirelles. Segundo algumas lideranças o filme “só reforçou o estigma de comunidade violenta e perigosa, atingindo negativamente a comunidade”. O incômodo frente a esta visão, que qualificam como restrita, produz indignação por invisibilizar e desqualificar suas lutas e modos de organização que, ao longo de todos os anos de sua existência e face ao descuido do Poder Público, a população local vem construindo para enfrentar os seus problemas.

Alguns integrantes do curso ao fazerem a pesquisa de dados oficiais sobre Cidade de Deus diziam indignados: “Você entra na internet e é só notícia ruim sobre a Cidade de Deus, e as outras coisas que acontecem aqui? Ninguém fala, eles só falam do filme e da violência”. Percebemos nessa fala o incômodo dos moradores em associarem a comunidade a coisas ‘ruins’ não dando visibilidade a suas lutas e conquistas locais, às linhas de resistência e de tentativa conjunta de amenizar e problematizar os sofrimentos cotidianos. Há em Cidade de Deus uma multiplicidade de instituições e movimentos locais que desenvolvem trabalhos comunitários, ainda que muitas vezes de forma isolada, com interesses políticos conflitantes e baixo grau de articulação entre si.

4.2 DA EMERGÊNCIA E DA PRODUÇÃO DA DEMANDA DE FORMAÇÃO

O curso *Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território* foi resultado da parceria entre movimentos sociais locais, Grupo Alfazendo e Comitê Comunitário da Cidade de Deus, uma pesquisadora da Universidade Federal Fluminense e a equipe da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde¹⁸. Esta parceria teve como proposta a construção de um processo de formação ancorado nos aportes da educação popular e na política de formação construída na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH).

A realização do curso em questão surgiu de um reencontro, num colóquio¹⁹ sobre movimentos sociais realizado na Universidade Federal Fluminense, entre a professora do Departamento de Psicologia Claudia Abbês Baêta Neves, a época também consultora e coordenadora do Humanizaus/Rio, e uma líder comunitária da Cidade de Deus²⁰. Elas já se conheciam em função de uma pesquisa realizada pela professora em 2005, junto a movimentos sociais no Rio de Janeiro.

Neste colóquio discutia-se, entre outras coisas, a relação academia-movimentos sociais e a relação de uso e objetivação com que muitas vezes o saber acadêmico, em suas ações de pesquisa universitária, estabelecia com as comunidades: extraindo dados sem, muitas vezes, discutir as questões levantadas, o que configurava um baixo grau de cooperação mútua e um utilitarismo no estabelecimento de parcerias.

O acaso, e a ocasião, deste encontro levaram o rumo da conversa para as questões da vida e para as ações que cada uma estava desenvolvendo naquele momento, produzindo a reativação do desejo de nova parceria nas diferentes ações em saúde que ambas estavam realizando. Deste encontro nasceu a possibilidade de um trabalho com estudantes e trabalhadores da saúde que moravam na Cidade de Deus.

Interessante pensar esse encontro: movimento social, universidade e política pública. Pois, a Universidade Pública em suas ações de formação, extensão e pesquisa não pode estar distanciada da vida cotidiana e das questões do presente. Suas produções

¹⁸ Esta equipe era constituída pela professora da UFF e coordenadora do curso e do Humanizaus/Rio Claudia Abbês Baêta Neves, do consultor da PNH Serafim Santos Filho (co-coordenador do curso), e das consultoras da PNH Monica Roza e Laura Gonçalves.

¹⁹ Colóquio: Universidade e Movimentos Sociais: intervenções no contemporâneo. Promovido pelo Departamento de Psicologia da UFF e coordenado pelo professor Celso Vergne, em abril de 2007.

²⁰ Da parte da Cidade de Deus a co-coordenação do curso foi realizada por Iara Regina da Silva Oliveira (Alfazendo) e Lizete Martins da Silva (comitê comunitário)

só ganham força de invenção e transformação quando se aliam aos movimentos instituintes, quando se conectam as práticas políticas propositoras de mudanças nos modos instituídos de fazer andar a vida. Para tanto, é fundamental que seus trabalhadores não percam a capacidade de ser “mestre-aprendiz”.

Foi na afirmação da indissociabilidade entre teoria e prática, e na recusa dos modos assépticos, utilitários, desencarnados e prescritivo-informativos com os quais tradicionalmente se agenciam o saber acadêmico e a formação em saúde que o desafio proposto tomou intensidade e se materializou em uma proposta à PNH/Ministério da Saúde.

4.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS (PNH) E OS PRINCÍPIOS DE SUA POLÍTICA DE FORMAÇÃO: DO QUE SE TRATA?

A Política Nacional de Humanização(PNH) da gestão e da atenção à saúde é construída em 2003 e parte do reconhecimento de um “Sus que dá certo”, que avançou na construção de políticas públicas de saúde. Ou seja, ela se faz em relação direta com a verificação, escuta e análise de experiências desenvolvidas no próprio SUS, em diferentes lugares e por diferentes sujeitos, que apontam para uma inovação nos modos de cuidar e gerir em saúde. É da análise destas diferentes experimentações que ela extrai seus princípios, diretrizes, método e dispositivos de intervenção. Seu princípio norteador é a indissociabilidade dos modelos de atenção e gestão, compreendendo que os modos de produzir saúde se fazem em conexão aos modos de gerir o sistema de saúde, com as práticas de gestão cotidianas dos serviços e do processo de trabalho.

Nesta direção a construção desta política nas instâncias de governo e dos serviços só se efetiva numa perspectiva transversal à outras políticas de saúde, o que tem produzido deslocamentos de lugares e de modos de ação na própria máquina estatal e de governo. Seus processos de construção e efetivação são permeados por enormes desafios e não têm se realizado sem disputas de sentidos e de modo ‘pacífico’ na relação com outras políticas oficiais. Seu caráter de provisoriedade na máquina de Estado é sua força constitutiva e, a nosso ver, um dos principais desafios a enfrentar frente às seduções de sua institucionalização na máquina de Estado e governos. Sua experimentação se dá quando os modelos de atenção e gestão instituídos são

problematizados e abrem-se caminhos para formular coletivamente um SUS que afirma o direito à universalidade, integralidade e equidade da saúde. O princípio que norteia a humanização da saúde pública refere-se ao protagonismo e autonomia dos sujeitos e, desse modo, a participação coletiva no processo de gestão e formulação das políticas públicas assume um lugar fundamental. Pautar como princípio o protagonismo de usuários, profissionais e gestores, significa ir além da participação nos canais instituídos e já formalizados.

A noção de participação que a PNH se apóia não se traduz como integração, como cumprimento de rituais administrativos e burocráticos. Os princípios dessa política pretendem ressaltar que participar implica intervir, bifurcar, interferir na produção cotidiana das políticas de saúde. Quando se entende que a política é constituída de procedimentos ativos de invenção a recriação permanente das normas, falamos de um modo de operar as políticas públicas que se quer aberto às múltiplas interferências.

Falamos também de processos de participação que nos convocam a assumirmos o lugar de sujeitos que instituem normas, e não apenas controlam a execução e fiscalização das normas existentes. Assim, importa discutir não somente o que é feito, mas *como* é feito. Ou seja, a PNH pretende-se situar num marco em que o controle social e a participação não se reduzem à gestão administrativa do SUS. Falamos, portanto, de práticas de participação que fabricam modos de agir afirmadores da saúde como potência de criação. Nesta direção, a PNH é uma política pública que se quer coletiva e, como tal, se constitui como ‘obra aberta’ em permanente construção. Em seu fazer-se coletiva potencializa a ampliação de redes, a criação de intercessões, e esta aposta nos convoca a um modo de fazer com o outro, e não pelo outro, ou mesmo para o outro. Nesta compreensão deve ser criada e recriada permanentemente por todos e nos/pelos desafios e interpelações cotidianas do presente nos quais está imersa a construção do SUS.

Portanto trata-se de (re)afirmar os princípios do SUS no que eles convocam de forças disruptivas aos modelos de atenção baseados somente no saber técnico e que se encontram verticalmente organizados, com pouca ou nenhuma autonomia dos diferentes sujeitos envolvidos. Pois, afirmar o caráter instituinte do SUS, implica trazer para o momento atual os sentidos das movimentações ocorridas quando da sua conquista e suas

necessárias atualizações já que existem ainda problemas graves nos serviços públicos de saúde tais como: precarização e desvalorização do trabalho em saúde, desrespeito aos direitos dos usuários, rede fragmentada sem a garantia da continuidade dos cuidados e pouco inclusiva das necessidades de saúde nos diferentes territórios.

A política de formação da PNH, proposta no “Documento orientador das ações do Núcleo de Formação & Pesquisa” (2007), para a qual as experiências no curso de apoiadores em Cidade de Deus muito contribuiu, assumiu como princípio o “aprender fazendo”, buscando construir conhecimentos a partir da compreensão da “inseparabilidade entre formação e intervenção”. Isto significa partir da experiência e acúmulos concretos dos sujeitos (saberes, história, estratégias). São princípios da política de F&P da PNH (2007):

1) Inseparabilidade entre formar e intervir

Partindo-se da máxima “transformar para conhecer a realidade”, as ações de formação da PNH são entendidas como dispositivos de problematização da experiência de trabalho em saúde e devem, por isso, visar sempre à ampliação do grau de transversalidade dos coletivos, de seus modos de comunicação e de compartilhamento de experiências, de modo que contribuam com a produção e fomento das redes.

2) Foco no “Aprender-fazendo”

A produção de conhecimento e formação deve partir da experiência concreta dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma outra relação com o conhecimento, não mais da ordem apenas do “fazer conhecer” a Política, mas, antes, da ordem do “fazer participar” da Política, com tudo que isso envolve em termos de apropriação, mobilização e construção de conhecimentos.

3) Descentralização e co-responsabilização locorregionais

Projetos propostos a partir de avaliação/indicação das coordenações regionais e pactuados nos coletivos regionais. As propostas de formação deverão estar alinhavadas com os planos de ação regionais. É muito importante o trabalho de construção do papel das coordenações regionais e dos consultores regionais que devem poder assumir co-responsabilidade nos processos de formação no que se refere: a) coordenação dos cursos; b) apoio pedagógico aos formadores. Daí a relevância do desenho do curso partir de uma fina análise do cenário em que se inscreve.

4) “Multi-input” da PNH:

É fundamental que novos projetos de F&P incluam e procurem sempre ampliar o grupo de novos parceiros que passaram por cursos de formação da PNH. O público-alvo neste momento da PNH não é mais universal, mas determinados atores estratégicos (tanto aqueles envolvidos com atividades-fim, como os diferentes “produtores de saúde”, quanto aqueles envolvidos com atividades-meio, como facilitadores, apoiadores e outros multiplicadores da Política).

5) Perspectiva da Avaliação Participativa, Formativa:

Seguindo a perspectiva de se imprimir nas ações da PNH uma visão de planejamento, articulado ao acompanhamento avaliativo, propõe-se que as atividades de formação sejam planejadas integrando eixos de monitoramento e avaliação. A articulação desse processo deve-se dar em duas direções específicas: (i) na demarcação de dimensões/variáveis para acompanhamento avaliativo dos cursos e demais atividades de formação e; (ii) no desenho de projetos de pesquisas avaliativas, tendo como objeto/alvo alguns dos cursos disparados, buscando analisar em profundidade as repercussões efetivas dessas experiências. Enfatiza-se o caráter efetivamente participativo e emancipatório da avaliação e que suas metodologias incluam como “analísadores” não somente os processos de formação, mas os próprios modos de se construir e implementar as investigações/avaliações.

O curso de apoiadores sociais se inseriu no rol de esforços dos trabalhadores e pesquisadores da PNH para a afirmação da formação como ferramenta primordial na efetivação do SUS e na formação de cidadãos co-participes e protagonistas na luta por modos dignos e coletivos de produção de ‘si’ e saúde. Sua iniciativa faz eco aos debates e proposições atuais para o desenvolvimento da participação social no SUS. Pois, visa fazer avançar tal princípio naquilo que potencializa a produção de sujeitos e de um plano de lutas e disputas por políticas de saúde afins à produção de um Sistema de saúde público, efetivo e de qualidade para todos e qualquer um.

4.4 DA CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS E DA GESTÃO DO CURSO

A “encomenda oficial”²¹ do curso de formação é posta em discussão com a equipe do HumanizaSus-Rio após novo contato da liderança com a pesquisadora. Foram marcadas reuniões com as lideranças no sentido de analisar a demanda e discutirmos os princípios e método de trabalho da PNH. Destas reuniões foi combinado que os consultores da PNH esboçariam um projeto e enviariam para as lideranças, que por sua vez se reuniriam com os possíveis alunos para esboçar suas proposições. O objetivo era que destas rodas de conversa emergisse um projeto comum aos grupos que seria discutido e pactuado numa roda de conversa posterior com todos os envolvidos. A demanda inicial foi expressa do seguinte modo (NEVES; SANTOS-FILHO, 2007):

- Entendimento da importância da Humanização na Saúde e necessidade de ampliar a formação dos alunos oriundos de um curso de auxiliares de enfermagem, oferecido pelo Comitê de Saúde da Cidade de Deus em parceria com SENASEG (empresa de segurança que financia o comitê) e a Escola de Enfermagem do Estado.
- Importância de uma parceria com o Ministério da Saúde para conhecimento da Política de Humanização, discussão de propostas e de estratégias para se ampliar os debates com a comunidade, inclusive para que seus moradores “saibam a que têm direito”.
- Baixa oferta de assistência na rede local de saúde, principalmente PSF.
- Baixa articulação e participação da comunidade na rede local de saúde do território (Caps/Posto de saúde/rede Hospitalar)
- Dados de alto índice de desnutrição de crianças na Cidade de Deus, obtidos através de um estudo realizado pelo Centro de Estudos e Ações Culturais e de Cidadania (CEACC), em parceria com a Ong internacional Action Aid (dados publicados no Jornal O Globo sob o título “A caatinga é aqui: Cidade de Deus tem mais crianças desnutridas do que municípios castigados pela seca”, em 30 de julho de 2007).
- Entendimento de que as pessoas/alunos/moradores têm participado de cursos de educação e saúde onde “aprendem a diagnosticar”, mas têm pouco subsídios para a construção de instrumentos de intervenção.
- Perspectiva de que, com um maior grau de informação e aprofundamento sobre o tema da Humanização em Saúde, a população possa não somente buscar uma melhor inserção nos movimentos locais de saúde, mas também tornar-se “mais aliada”, co-responsabilizando-se com os movimentos e serviços locais.

²¹ Para a análise Institucional Socioanalítica na análise da demanda é importante diferenciar encomenda e demanda. Encomenda diz respeito ao que o staff-cliente (responsáveis da organização) oficialmente explicita aos interventores, a análise da encomenda faz aparecer as demandas não ditas dos demandantes. A demanda só surge a partir da intervenção, no caso se produz no encontro do grupo (membros e usuários da organização). Em geral é sempre contraditória em relação à encomenda.

Neste processo de análise e produção da demanda a formação-intervenção já se fazia presente tanto para os consultores da PNH, quanto para o movimento social. Da parte dos consultores da política foi necessária muita discussão com as coordenações regionais e coordenação nacional, que compunham o colegiado gestor da política no Ministério da Saúde, para a viabilização do projeto, pois este produzia uma inflexão importante nos modos de fazer das políticas de formação vigentes e experimentadas. A política de humanização vinha construindo os processos de formação de seus multiplicadores voltados para profissionais e gestores atuantes nos serviços. E apesar da articulação com as redes sociais ser uma linha de atuação da PNH, a ser priorizada naquele ano, esta seria uma primeira experiência. O analisador “D”(dinheiro)²² entra em cena nas avaliações sobre a importância, o impacto social e seus efeitos para os usuários dos serviços, a viabilidade do uso da verba da política, cada vez mais reduzida, para a formação de 35 pessoas que não eram, em sua maioria, trabalhadores da saúde. O que caberia a cada um nesta parceria? Como bancar esta experimentação na máquina de Estado e de governo sem que esta se aliasse à usos políticos partidários e eleitoreiros? Estas discussões foram intensas e fundamentais na construção do curso e afirmaram um processo de formação que partia de alguns princípios esboçados e pactuados localmente, mas que tinha sua força de afirmação numa experimentação sem garantias prévias.

Do mesmo modo, para os movimentos sociais envolvidos produziu inflexões importantes nas lógicas vigentes de pactuação e gestão de formação comumente realizada na parceria com a máquina estatal. Estas, em sua maioria, se fazem a partir de capacitações temáticas nas quais os conhecimentos são repassados, mesmo que de modo participativo, e se fazem a partir de modos de gestão nos quais os envolvidos participam (opinam/reivindicam), mas não elaboram, e não decidem coletivamente os rumos.

Uma das inflexões produzidas discutidas foi exatamente a pactuação da construção do projeto de formação e sua abrangência e objetivos. Pois a pressão por um

²² Analisador D (dinheiro) é um conceito da Análise institucional Socioanalítica pensado como um importante dispositivo, na medida em que põe em análise os compromissos dos que estão no processo de intervenção. Toda uma situação aparentemente clara e objetivada, de contratação e realização de um serviço, envolve uma multiplicidade de aspectos que devem ser elucidados. Cabe ao analista, ou à equipe de analistas, a análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal, que tem ali o agente externo. “A questão dinheiro está diretamente implicada com a questão da autonomia, pois define as relações de contrato, podendo estabelecer comprometimentos entre a equipe interventora e aqueles que encaminham o pedido-demanda e que, na maior parte das vezes, são os que pagam.” (AGUIAR, 2003, p. 148).

grande quantitativo de alunos inviabilizava o propósito de acompanhamento avaliativo da formação em seu viés de intervenção no território. Além da produção dos objetivos do curso, discutimos os critérios de seleção dos alunos, a metodologia e a perspectiva avaliativa a ser trabalhada.

Nas duas conversas posteriores, antes do início do curso, foram definidas as contrapartidas da PNH e das lideranças locais - o que caberia a cada um. Ficou acordado que cabia a PNH (MS) viabilizar a participação dos consultores e demais responsáveis pelas oficinas temáticas e para acompanhamento de todo o curso (passagens/diárias para os que vinham de fora do Estado). Além da elaboração e distribuição de materiais didáticos. Ao núcleo estadual do MS (NERJ) cabia a responsabilidade pelo deslocamento dos profissionais até a Cidade de Deus e, inicialmente, a alimentação (almoço, café e água). Aos movimentos sociais envolvidos coube viabilizar espaço físico (salas), datashow, vídeo e infra-estrutura local. Os sucessos e dificuldades na viabilização destas contrapartidas foram se construindo de modo bastante interessante ao longo do curso, pois, excetuando as questões que envolviam gastos mais significativos como, por exemplo, a reprodução dos materiais e a alimentação - que acabou sendo financiada pela PNH, algumas das ações anteriormente bem definidas acabaram sendo assumidas, nos momentos de dificuldades, por todos os grupos envolvidos. Isto se deu desde a arrumação e limpeza do local até a preparação do café e do material utilizado.

O desafio posto então era o de poder aliar essas duas iniciativas sem formar uma relação hierarquizada entre estas, nem unicamente o saber dito técnico/científico, nem exclusivamente o saber dito do cotidiano das experiências²³. Era preciso formar uma rede de conversações, fazê-los se atravessar, se interrogar mutuamente, explodir suas limitações, para darem lugar aos processos coletivos de construção de conhecimentos e táticas de enfrentamento de questões relacionadas às práticas em saúde, às dificuldades do acesso, entre tantas outras questões que nos permeavam.

O tom queixoso e reivindicatório que predominava no início do processo fazia coro com uma postura, ao mesmo tempo, passiva, de objeto-receptor frente ao poder

²³ Na verdade não temos o intuito de separar esses dois saberes, mas afirmar que existem neles relações de poder diferenciados, o saber produzido na Academia também advém de uma determinada prática, mas afirmamos que na sociedade em que vivemos o saber apropriado pelos técnicos, pela Academia adquire valor de verdade única e irrevogável, que muitas vezes refuta as outras produções de conhecimento.

público e a Universidade, e centrada em pontos de vista desde o lugar de usuárias-demandantes da rede de saúde. Ao longo do processo vamos percebendo um deslocamento importante destes lugares, primordialmente, na experimentação dos efeitos dos dispositivos da pesquisa de estimativa rápida sobre a realidade local e da construção do dispositivo avaliativo da memória coletiva dos encontros. Dispositivos, estes, que abordaremos de modo mais detalhado posteriormente.

O intuito desta parceria era fortalecer os saberes locais e o maior protagonismo dos atores envolvidos no processo de produção de saúde, intensificando o grau de participação neste processo. O que seria então esse trabalho de formação de agentes sociais?

Ao analisarmos o processo histórico da Educação em Saúde percebemos que sua proveniência tinha como sentido hegemônico a tentativa de adequação das classes populares aos preceitos da classe dominante a qual tentava lhe impor hábitos, verdades e modos de viver. Dessa forma a educação em saúde tinha, em seu sentido tradicional, o único objetivo de moldar os comportamentos daqueles que participavam da sociedade de forma marginalizada.

Tradicionalmente a educação e saúde é entendida como um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis. Pode-se dizer que a educação e saúde é a atividade mais antiga desenvolvida no campo da saúde, e que foi uma espécie de 'invenção' dos grupos hegemônicos a ser implementada como forma de controlar 'os pobres', ou subalternos.
(VALLA, 2007,p.58)

Tal modo de encarar a educação em saúde foi sendo modificado a partir das experiências junto às comunidades, ocorridas durante a ditadura militar até a conquista do SUS, que envolveram ações da Igreja Católica, de profissionais de saúde e diferentes movimentos sociais e as contribuições da Educação Popular, através das práticas pedagógicas libertárias que tem como principal representante Paulo Freire.

A concepção de educação em saúde como instrumento privilegiado de contestação, crítica e ação em relação aos problemas enfrentados no cotidiano das comunidades foi configurando-se em todo o país e agregando atores e experiências, formando assim um movimento de educação popular e saúde. Um dos ensinamentos de Paulo Freire tem lugar de destaque nas experiências de educação popular e saúde,

aquele em que ele afirma: “Ninguém sabe tudo, nem ninguém ignora tudo, o que equivale a dizer que não há, em termos humanos, sabedoria absoluta, nem ignorância absoluta”. (apud Ceccim,2007,p.39)

Entende-se que nos processos de organização dos serviços, os modos de gestão e de atenção se encontram indissociados dos saberes produzidos localmente e do modo como os trabalhadores se relacionam com a comunidade na qual trabalham. Portanto o compromisso que se assume com a formação é o de uma postura ética que se compromete com os diferentes modos do viver e com suas diversas interfaces no intuito de dignificá-los.

4.4.1 Forma de inserção dos alunos e objetivos

Os participantes do curso eram moradores da Cidade de Deus que estavam em formação de auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem ou técnico em enfermagem, além de dois conselheiros de saúde representantes dos usuários. Tais cursos técnicos eram realizados através de um convênio entre o Comitê Comunitário da Cidade de Deus e a Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS). O processo de seleção/indicação dos participantes do curso ficou a cargo do Comitê Comunitário Cidade de Deus e o Grupo Alfazendo. Os critérios iniciais para seleção dos apoiadores foram(Brasil,2008):

- Pessoas da comunidade que estejam ligadas a serviços de saúde ou envolvidas com trabalho comunitário.
- Pessoas que assumam/responsabilizem-se por disparar e acompanhar os processos no território.
- Pessoas com potencial de multiplicadores.

Antes de começar o curso houve mais uma reunião da coordenação do Humanizario com a representante do Grupo na Cidade de Deus, na qual foi combinado que haveria um encontro antes do início do curso para pactuar com os 35 apoiadores selecionados os princípios e objetivos (aí incluído um plano de intervenção a ser construído por eles de ação no território). Essa reunião foi realizada pelo Grupo Alfazendo e consideramos que este pode ter sido um fator que influenciou nas poucas desistências e abandonos do curso. A primeira roda de conversa feita com o grupo de apoiadores no primeiro encontro auxiliou na consolidação do processo seletivo, uma vez que foram pactuados a

metodologia e os objetivos do curso. Logo nesse primeiro encontro algumas pessoas desistiram de participar da formação²⁴, o que possibilitou que outras pessoas que não haviam sido inicialmente incluídas, mas que tinham interesse em participar do curso, pudessem ser inseridas.

Neste primeiro encontro com os apoiadores sociais (alunos) a metodologia proposta para o curso foi pactuada e experimentada, no sentido da efetivação de uma condução participativa do mesmo. Houve de fato uma co-responsabilização pela construção e condução do curso, o que muito contribuiu para potencializar os graus de autonomia e protagonismo na sua realização. A construção desta parceria foi se consolidando ao longo do processo na afirmação de uma construção mútua do conhecimento, forjado numa determinada época, em lugar e contextos específicos, pois entendemos que as verdades que produzimos são sempre transitórias e mutantes.

Foi na afirmação da indissociabilidade entre formação e intervenção que se deu a construção do curso. Nossa aposta objetivou a formação de agentes sociais no âmbito da Política Nacional de Humanização, capazes de articular/fomentar redes locais de participação e intervenção no desenvolvimento das ações de saúde no território.

A aposta se fez na instrumentalização para a construção de um plano de ações de saúde no território a partir dos dispositivos da PNH, bem como de outros dispositivos da saúde coletiva. Ao partirmos dos arranjos locais, dos saberes já construídos, das redes locais em ação, pudemos experimentar e produzir desestabilizações, neles e em nós.

4.4.2 Carga horária, Metodologia e Grade Temática

O curso aconteceu aos sábados, na sede do Alfazendo e teve uma carga horária total foi de 100 horas, sendo 52 horas presenciais e 48 horas de atividades de dispersão (estudo e intervenção). Foram programados 06 encontros temáticos presenciais aos sábados, de 8 horas cada, nos meses de outubro, novembro, dezembro de 2007 e janeiro e fevereiro de 2008. Em janeiro, ocorreu um encontro a mais com o grupo para o acompanhamento da pesquisa, a partir do dispositivo de estimativa rápida, realizada

²⁴ Os motivos das desistências foram variados. Pudemos identificar, a partir das falas dos próprios apoiadores, alguns deles: dificuldade em permanecer o dia todo de sábado no curso em função de outros trabalhos ou atividades domésticas; dificuldade com o método participativo, identificada por alguns apoiadores logo no primeiro dia quando foram convidados a se apresentar e a dizer de suas expectativas com o curso. (Relatório, 2008)

pelos apoiadores sociais. Houve também uma roda de conversa de 4 horas com o grupo antes do início do curso, para análise da demanda e pactuação do funcionamento.

A metodologia do curso englobou:

- Rodas de conversa para análise da demanda junto ao grupo selecionado e pactuação do funcionamento do curso com o grupo.
- Oficinas temáticas quinzenais (organizadas a partir de exposição dialogada, rodas de conversas, filmes e oficinas seguidas de discussão e/ou construção de propostas de ação permeadas por um olhar e instrumental avaliativo).
- Encontros dos apoiadores com os “formadores” para construção do plano de estudos e ação/intervenção no território.

Em cada encontro foi apresentado e discutido um tema que pautava a saúde - cuidado-organização política do sistema como objetos de análise, cruzando reflexões sobre as situações dos serviços e a inserção dos próprios apoiadores, como trabalhadores, usuários, sujeitos. Partindo-se da máxima da análise institucional socialanalítica “transformar para conhecer a realidade”, as atividades do curso foram entendidas como dispositivos de problematização das experiências em saúde, visando à ampliação do compartilhamento de experiências, no sentido da produção e fomento das redes.

Aos módulos temáticos quinzenais, organizados com momentos de exposições dialogadas, articulava-se às problematizações da realidade local e dos temas abordados. Na construção coletiva de propostas de ação agregamos referenciais e instrumentos avaliativos. Os planos de estudos e de intervenções foram desenvolvidos contando com encontros complementares e de dispersão, a partir de atividades de campo. Para tal foi utilizado o dispositivo de metodologia de estimativa rápida, na qual os alunos fizeram exploração do território e visitas às unidades de saúde para análise da realidade e conhecimento das demandas locais.

Os conteúdos trabalhados ao longo do curso foram: i) SUS como política pública de saúde e Política de Humanização; ii) PNH: diretrizes e dispositivos; iii) Formação e Educação em Saúde; iv) Direito do Usuário e Visita Aberta; v) Humanização da Assistência Materno-infantil; vi) Noções de Informação e Diagnósticos Coletivos de Saúde. Para o trabalho dos conteúdos previstos no curso

foram chamados consultores da própria PNH, bem como parceiros do campo da saúde sugeridos, inicialmente, pela equipe HumanizaRio.

No decorrer do curso alguns participantes apresentaram a proposta de convidar pessoas com trabalho na comunidade e seus parceiros, como foi o caso de Vitor²⁵ e de Lúcia Souto²⁶, visando coletivizar suas experiências e valorizar os trabalhos realizados por moradores ou pessoas próximas à realidade da Cidade de Deus. Entendemos que essa proposição feita pelos “alunos” foi uma intervenção importante na direção da co-gestão do processo do curso, pois afirmou em ato uma não limitação ao saber dos “acadêmicos” e o acolhimento dos movimentos instituintes que se produziam no percurso. A alteração nos calendários e temas anteriormente organizados implicou mudança de agendas dos coordenadores, cancelamento de alguns convidados, alterações nas escolhas e sequência dos temas, e produziu inflexões e tensionamentos importantes que foram discutidos, e coletivamente assumidos e geridos no processo.

Embora a abordagem utilizada em cada encontro tenha variado, de modo geral, a estratégia metodológica utilizada nos encontros do curso foi participativa, com apresentação de conceitos e rodas de conversas para discussão a partir das experiências e conhecimentos dos apoiadores (da realidade e de sua história). A metodologia no curso apostou na transversalização²⁷ da comunicação, de forma a garantir que as diferenças e divergências pudessem produzir tensões e problematizações necessárias à diferenciação/transformação no processo de formação.

²⁵ Jovem da comunidade que participou como pesquisador do Projeto de Pesquisa de Avaliação Nutricional (PANUT) em Cidade de Deus, com parceria da Ong Action Aid.

²⁶ Médica sanitária, parceira da comunidade, que foi convidada para falar dos Projetos de Programa de Saúde da Família na Cidade de Deus. Atuando como consultora da SAS/MS, no NERJ, informou ao grupo que os projetos estão aprovados para a Cidade de Deus, mas não está claramente configurada a posse dos terrenos disponíveis. Lúcia falou também do Pacto pela vida e de responsabilidade sanitária do sistema, enfatizando que compartilhar a responsabilidade é diferente de encaminhar e enfatizando o cuidado em saúde como uma cadeia de co-responsabilidades.

²⁷ O conceito de transversalidade foi proposto por Guattari em 1964 como um coeficiente que diz respeito a graus de abertura e de composição de diferentes vetores. Tal conceito implica uma quebra das dimensões horizontais e verticais, possibilitando a inclusão, no campo de análise, da própria instituição da análise e de seus dispositivos. Há, então, uma ampliação do campo de análise através de práticas de atravessamento, conexões e desmanchamento incessante de territórios cristalizados. É nesse sentido que a transversalidade opera uma desestabilização dos binarismos e dos limites identitários possibilitando emergir uma região híbrida, o espaço do “entre”, e com isso subvertendo a oposição entre os que pensam e os que fazem. Sobre esse assunto ver: GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade*. In: *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981; PASSOS, E. & BENEVIDES, R.D.B. *A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade*. In: *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília: v.16, n.1, p. 71-80, 2000.

A aposta na complexidade da constituição de redes de conversações não tinha como objetivo a homogeneização de sentidos e o desaparecimento das divergências, mas sim significar a convergência das diversidades. Nesta compreensão, nossa aposta ético-política nos processos de formação implicou a inclusão desta complexidade e a potencialização das interferências e participação efetiva desses sujeitos. Uma opção que não cuide dessa inclusão (ou que promova exclusão) não sustenta a efetiva alteração dos modelos de atenção e de gestão no âmbito do SUS. A construção de processos de formação em saúde, considerando esse referencial da “inclusão”, implica estarmos atentos a essa complexidade e fazermos escolhas teórico-metodológicas que expressem um campo de interlocução por entre os saberes, indissociado de um método, de um modo de fazer a formação. Essas escolhas são sempre escolhas ético-políticas (HECKERT, 2007).

Portanto, a formação aqui entendida não é a da aquisição de conteúdos previamente elaborados que ficam a espera de uma aplicabilidade, mas sim a que se utiliza de impasses, pensamentos e vivências para construir uma reflexão crítica e produtora de mudanças.

Cabe ressaltar que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir implica a construção de redes que potencializem movimentos de mudança, por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos. Contudo, se apostamos em movimentos de mudança nas práticas vigentes no SUS, tal processo somente terá efetividade se esses movimentos estiverem conectados com os processos de trabalho nos serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários. É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção, de intervir entre ações, experimentando os desafios cotidianos de materialização dos princípios do SUS e da invenção de novos territórios existenciais. (HECKERT; NEVES, 2007, p.144).

Segundo Santos-Filho (2007) a metodologia da estimativa rápida permite a análise e o reconhecimento das questões de saúde de determinado território de maneira simples, sem muitos custos e de modo eficaz. Configura-se como um importante instrumento para que os próprios moradores tenham conhecimento sobre as necessidades de saúde de sua comunidade, sobre a disposição e organização dos serviços na área, bem como para que elaborem planos de ação que irão intervir nas situações apresentadas. Nesse sentido a estimativa rápida também envolve o fortalecimento do protagonismo dos usuários e trabalhadores.

Essas técnicas possibilitam o levantamento de dados que levam ao perfil de grupos populacionais e uso de serviços (dados epidemiológicos, sócio-sanitários, ambientais, oferta e produção de serviços) e apontando para o levantamento de percepções da população sobre problemas prioritários, necessidades, demandas e sugestões acerca da organização de ações de saúde. Por outro lado, queremos enfatizar a abordagem da estimativa rápida na perspectiva de formação/capacitação de agentes sociais das comunidades para elaborar diagnósticos e planos de ação, com estratégias de ampliação de discussões comunitárias sobre as desigualdades em saúde e a organização dos serviços. (SANTOS-FILHO, 2007)

A estimativa rápida além de oferecer subsídios para que se conheçam as necessidades da população também tem como função visibilizar as potencialidades do território, seja fortalecendo iniciativas que já acontecem seja inaugurando novas formas de intervir e modificar determinadas situações. Nesta direção, ela funciona como um dispositivo de apreensão dos processos formalizados, mas não se limita a eles. A junção deste dispositivo com os aportes da pesquisa intervenção, em seu caráter problematizador do instituído, possibilitou a atenção aos movimentos em seu fazer-se na própria intervenção. Ao se implicar com o (re)conhecimento da realidade, implica-se também com uma “outra atitude”, modificando a forma de participação da rede social nas unidades e buscando a construção de rede com, e nos, nos serviços.

4.4.3 Dos processos avaliativos do Curso

No decorrer do curso foi experimentada uma sistemática de planejamento e acompanhamento avaliativo no processo em seu fazer-se, visto suas especificidades e o caráter inovador da proposta de formação para agentes sociais. O acompanhamento avaliativo do/no curso seguiu os referenciais da “avaliação formativa”, procedendo-se a um acompanhamento seqüencial dos encontros e dos planos de ação. Os focos centrais da avaliação foram, portanto, os conteúdos e as estratégias metodológicas dos encontros e os planos de ação, esses observados em duas vertentes: (i) em sua adequação e consistência quanto à capacidade de se colocarem como propostas de encaminhamento de situações-problema (da realidade local) e; (ii) em sua articulação concreta com os dispositivos da PNH, observando-se com isso a apropriação dos apoiadores dos princípios e diretrizes da Humanização em Saúde.

Nesse sentido, desde o início do curso foram construídas memórias de cada encontro e no encontro seguinte era feita a validação coletiva da mesma, com acréscimos, correções e/ou inclusões de temas, falas e discussões realizadas. As memórias eram organizadas inicialmente como uma espécie de relato com os principais temas trabalhados em cada encontro e as reflexões deles decorrentes. Posteriormente, foram se configurando como importante dispositivo de intervenção–formação. Também foi elaborada, ao longo do curso, uma matriz contendo os conteúdos, as estratégias de condução do/no curso, os produtos e resultados esperados em cada encontro e as formas de verificação desses resultados esperados. Queremos mostrar que essa forma de metodologia participativa de acompanhamento já é, em seu fazer-se, uma estratégia de fortalecimento das redes locorregionais de saúde. Na tessitura da memória fabricada coletivamente, um processo coletivo de produção de subjetividade também é fabricado.

A experiência possibilitou a construção de metodologias participativas e avaliações emancipatórias que fortaleceram o protagonismo dos trabalhadores/usuários. Teve como propósitos principais: fomentar no processo de formação a leitura e apreensão da realidade de saúde local, compreender a dinâmica de funcionamento das práticas de saúde nas unidades do entorno e analisar os processos instituídos de gestão e atenção nas unidades locais visando potencializar a construção de redes e movimentos de mudança nas práticas de cuidado e de gestão. Uma das principais finalidades desse processo de formação-intervenção foi a construção de ações de fomento ao protagonismo dos sujeitos-trabalhadores-moradores da região, participando ativamente do mapeamento coletivo das situações-problema e da elaboração de “planos de intervenção” de desenvolvimento local.

4.5 O DISPOSITIVO DE ESTIMATIVA RÁPIDA: TECENDO AS REDES DE APOIO SOCIAL NA INTERFACE DA EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

No primeiro encontro temático foram explicitadas as expectativas dos participantes em relação ao curso. (Memória do 1º encontro, 2007)

- *Melhorar o lugar que a gente vive,*
- *Trabalhar com a comunidade,*
- *Ajudar-se e ajudar a comunidade*

- *Ajudar a elevar a auto-estima da comunidade*
- *Conhecer para ajudar a melhorar*
- *Ajudar a desenvolver um pensamento de ajuda*
- *Aprender a lidar com as questões de saúde e da comunidade*
- *Apropriar de conhecimento para imprimir melhoria na própria prática com o outro*
- *Ajudar na reflexão sobre o compromisso de agir para mudar o lugar e o espaço onde vive (de se reconhecer como sujeito do espaço que habita) – Humanização como possibilidade de trocas: de conhecimento, de experiências que podem servir como exemplos*
- *Levar discussões para parceiros dos conselhos de saúde.*

A partir dessas falas podemos perceber que uma idéia comum entre os participantes era que o conhecimento produzido nos encontros estaria a “serviço” da comunidade e de seus problemas. Em relação aos problemas da Cidade de Deus, os participantes falavam com propriedade, conheciam bem e, segundo eles, “sentiam na própria pele” os problemas que queriam enfrentar. Ao mesmo tempo que podíamos perceber a existência de um sentimento generalizado de ajuda, de apoio mútuo e de busca de instrumentos para a operacionalização das mudanças, também se fazia presente diferentes sentidos de saúde que afirmavam o cuidado em saúde como boa vontade, esforço individual, maior acesso a estabelecimentos hospitalares, numa lógica de consumo de serviços e num viés da participação social restrita à fiscalização dos mesmos. As falas dos apoiadores apresentavam um tom “queixoso” recorrente. Queixas essas, aliás, bastante condizentes com a realidade vivida pelos apoiadores/moradores da Cidade de Deus. Para uma população²⁸ estimada em torno de 60 mil habitantes, há apenas uma unidade básica de saúde e nenhuma equipe da Estratégia de Saúde da Família, com todas as conseqüências sanitárias que isso implica para essa comunidade. Em que pesem todas as dificuldades reais vividas pelos apoiadores, integrantes da comunidade, fazia-se necessária a produção de uma reflexão que permitisse ir além da situação de saúde instituída para que novas possibilidades pudessem ser vislumbradas.

²⁸ Segundo o último censo do IBGE (2000) há uma população de 38.016 habitantes na Cidade de Deus.

A possibilidade dos apoiadores poderem conhecer e reconhecer espaços, territórios, realidades, problemas em torno das questões de saúde na comunidade foi entendida como ponto de partida fundamental para posterior construção de um plano de ação pelos apoiadores. Nesse sentido, uma das primeiras questões trabalhadas no curso foi uma discussão sobre a organização do SUS aliada a um diagnóstico da realidade de saúde local. Muitos apoiadores tinham experiências difíceis na relação com os serviços de saúde para compartilhar com os demais e foi a partir dos relatos trazidos pelo grupo que propusemos que fizessem uma pesquisa inicial na Cidade de Deus. Essa pesquisa incluía reconhecer a região administrativa e a área programática da qual fazem parte; a população; os centros de saúde; as equipes de saúde da família e hospitais da região; a relação de centros de saúde e de equipe de saúde da família por população, bem como a existência ou não de conselhos ou comissões de saúde.

Além disso, propusemos que se dividissem em quatro grupos e se dispusessem a conhecer a unidade de saúde que é referência para o atendimento dos moradores da Cidade de Deus com um “olhar de pesquisadores”. A partir de visitas à unidade e de conversas com trabalhadores da mesma, obtiveram informações a respeito das especialidades médicas e não-médicas oferecidas pela unidade, bem como das funções da unidade e dos principais problemas encontrados. Também obtiveram informações a respeito do Conselho Distrital de Saúde, identificando local e datas das reuniões. Ficaram surpresos com os poucos dados oficiais encontrados sobre a saúde em Cidade de Deus e indignados com as barreiras encontradas nos órgãos públicos para o acesso as informações.

EXERCÍCIO 1

Exemplo de estruturação de serviços no SUS

- Território/cidade:
- População:
- Divisão da cidade em regiões/distritos sanitários:
- Rede de atenção básica (número de Centros de Saúde, Equipes de Saúde da Família/ESF):
- Distribuição dos serviços (número por regiões/áreas):
- Relação de Centros de Saúde por população:
- Relação de ESF por população:
- Conselhos e Comissões de Saúde (quais existem, onde existem):

- Problemas atuais: cobertura? Manter equipes? Qualidade? Respostas? Retaguarda?
- O que interfere na organização? Quais interesses? (atores, esforços, implicações, pressões)

Grupo 1: Divisão da cidade em Regiões/Distritos sanitários. Distribuição dos serviços.

Grupo 2: Relação ESF por população/Conselhos e Comissões de Saúde

Grupo 3: População/Rede de Atenção Básica

Grupo 4: Território/ cidade. Relação de Centros de Saúde por população.

Após essa primeira investigação, fizemos uma discussão a respeito da experiência de pesquisa, problematizando o conceito “informação”. Com base no exercício feito pelos grupos e nas informações obtidas, refletimos sobre quais os sentidos da informação, sua relevância e sua capacidade de gerar conhecimento real na/da realidade pesquisada, bem como o melhor método para produzi-las.

Em um dos encontros foi trazido por uma das alunas o número de atendimentos realizados no posto. O número bruto girava em torno de 1300 atendimentos, ao indagarmos se era dia, mensal, ou mesmo que tipos de atendimentos foram mais realizados ela ficou sem saber. Fizemos uso desta experiência para problematizarmos com o grupo a validade das informações que colhemos, os indicadores que realmente informam. Demos como exemplo os dados de aumento de hemodiálise no Estado do RJ serem tomados como um sucesso no acesso ao atendimento quando não se problematiza o aumento da necessidade de hemodiálise por aumento de pessoas com hipertensão. Numa das oficinas, propostas pelas coordenadoras de Cidade de Deus, foi chamada a Dra Lúcia Souto que ao participar da validação da memória do encontro anterior ressaltou a importância da discussão que havíamos feito sobre os indicadores em saúde e sinalizou: “É preciso ter informação para deixarmos de ser consumidores de tralhas”. (2007, anotações). Problematizou com o grupo alguns indicadores, entre eles os dados de aumento das amputações no atendimento ao “pé diabético” no Estado do Rio de Janeiro como efeito de um “desastre sanitário” que é tomado, muitas vezes, como sucesso em termos de produtividade: “É preciso ter informação para deixarmos de ser consumidores de tralhas”.

Dessa forma quando traziam as informações que tinham obtido nos momentos de dispersão, elas eram questionadas pelos consultores: o que tais informações nos diziam? O número de atendimentos que o posto de saúde local realizava, era uma informação suficiente para nossas análises ou precisávamos saber melhor quais eram os tipos de atendimentos? E a qualidade prestada a esses e a relação oferta-demanda? Nesse sentido o curso teve o intuito de formar agentes sociais que se animassem com o ato de pesquisar, e que também tivessem uma postura crítica em relação aos produtos das suas pesquisas.

Numa das oficinas coordenada por Helena David (UERJ) e Ana Heckert (UFES), o grupo fez um exercício de reflexão identificando problemas de saúde na Cidade de Deus. (Memória do Curso, 17 de novembro de 2007) Os problemas identificados foram:

- Gravidez na adolescência
- Péssimo atendimento no SUS (maus tratos)
- Falta de integração da comunidade com o SUS ► Dificuldade de acesso ► Dificuldade de falar com o serviço
- Demora em conseguir os resultados de exames (poucos laboratórios)
- Falta de medicamentos
- Marcação de exame é demorada (para uma data longe)
- Abandono de tratamento (tuberculose, hanseníase, diabetes)
- Falta de visita domiciliar para abandono
- Atendimento precário (interesse, demanda, pressão)
- Desnutrição Infantil/idosos
- Uso de drogas (diferença entre uso e abuso ou dependência de drogas)
- Violência Urbana e Doméstica
- Falta/ tem poucos serviços Saúde da Mulher (dificuldade para fazer exames)
- Falta/ tem poucos serviços para Saúde Bucal ► Falta prevenção (“arrancando” dente permanente)
- Não há resposta para solicitação do PSF
- Falta educação política nas escolas
- Saúde dos Homens é inexistente
- DST/AIDS
- Falta/tem poucos serviços de saúde
- Diminuição nos atendimentos de Puericultura (só até 1 ano e inicialmente era até 5 anos, depois 3).
- Analfabetismo
- Falta de informação/comunicação sobre a comunidade

O grupo foi convocado a pensar em soluções para esse exemplo:

- Trabalho e Renda
- Religião (no sentido de ser mais uma rede de apoio)
- Aumento da auto-estima
- Apoio social

Neste mesmo encontro realizamos discussões acerca da educação popular; diferenças entre trabalho e emprego; redes; o entendimento de que a educação se dá nas relações (não há um que sabe e um que não sabe); a saúde como um bem público; a importância do diálogo; o processo de formação, de trabalho, de gestão e de participação.

Além disso, foram possíveis algumas reflexões, como a problematização quanto à ESF, enfatizando-se que a implementação de uma Unidade de Saúde da Família na Cidade de Deus não significa o fim da luta por melhores condições de saúde, mas um passo que leva a novos desafios. Também foi possível uma reflexão acerca do argumento apresentado pelos “alunos” de que a ESF é importante por conta das Visitas Domiciliares. Com a discussão foi possível avançar na construção da idéia do PSF como uma estratégia para algumas necessidades em saúde que comumente não se tornam demanda, e podem passar a se tornar já que os agentes comunitários são da comunidade e conhecem a realidade do território. Nesse sentido foi possível a compreensão da importância de articulação entre movimento social, lideranças e gestores para a realização de um planejamento para a saúde dos moradores da Cidade de Deus que não seja baseado em *suposições*, mas numa realidade concreta.

Consoante as diretrizes do processo de formação da PNH este processo se pautou na problematização da experiência dos coletivos. É da experiência concreta, das ações já efetuadas que se parte para a elaboração das proposições de formação. Na discussão sobre as Equipes de Saúde da Família os apoiadores realizaram entrevistas com trabalhadores de saúde e pessoas que estavam à frente da SMS/Rio com a questão da implementação de tais equipes, a fim de indagar a ausência deste serviço na comunidade, bem como efetivaram pesquisas sobre perfil, ações e quantidade de famílias que cada Equipe de SF tinha como responsabilidade. Assim puderam constatar

que na Cidade de Deus deveriam alocar 16 equipes e até então não havia respostas sobre a implementação da estratégia na área.

Nessa perspectiva os apoiadores enfatizavam a importância da presença de Equipes de Saúde da Família no local, não só devido à precariedade da rede de assistência, mas também pelos problemas enfrentados pela comunidade, que segundo eles poderiam ser minimizados com a presença da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como por exemplo, o alto índice de desnutrição e a violência doméstica, bem como a questão do envolvimento de jovens com as drogas.

Num dos encontros do curso tivemos como convidado um jovem que participava de um projeto de combate à desnutrição infantil na Cidade de Deus, problema considerado de extrema relevância segundo os moradores que estavam no curso. Estes apontavam também como agravamento a inexistência de equipes de saúde da família no local. A luta por um posto de ESF já estava sendo travada, mas era necessária também a mobilização imediata perante esse sério problema. Em parceria movimentos sociais da CD e a Ong Actionaid realizaram um Projeto de pesquisa de avaliação nutricional (PANUT) no qual o jovem citado fez parte, este levantamento demonstrou que 10 % das crianças de 0 a 5 anos da comunidade estavam desnutridas.

Os jovens que participaram do projeto tinham entre 15 e 20 anos e se apresentaram voluntariamente ao trabalho. Fizeram capacitações e aprenderam a pesar e medir e orientar quando necessário. A presença de um jovem no curso foi extremamente importante, conjugou os sentimentos de apoio à comunidade e ao mesmo tempo discutimos a função que uma equipe de saúde da família da área teria nessa temática. Discutimos também a gritante desigualdade social: Cidade de Deus é bairro próximo a Barra da Tijuca bairro que comporta a camada emergente da sociedade, que ostenta grandes shopping centers, prédios luxuosos e um circuito cultural e de lazer do qual os moradores da Cidade de Deus não compartilham. Como em meio a um lugar tão exposto e tão freqüentado ainda se pode admitir que crianças morram desnutridas?

Segundo Stotz (2004) o que acontece no sistema capitalista é a individualização de problemas de saúde gerados em contextos sociais específicos, relacionados ao modo como vem se organizando a sociedade, e a extrema desigualdade na distribuição de renda.

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. (STOTZ, 2004, p.290)

A relação entre necessidades de saúde, produção de demanda e a oferta dos serviços, ou seja, as respostas dadas pelos profissionais, pelos gestores a determinados problemas, depende do modo como se dá essa relação conhecimento técnico e conhecimento produzido pela experiência. Na verdade a elaboração, a nomeação de um determinado problema já depende dessa relação. Explico: existe muita discrepância entre os objetivos/metapas dos serviços, as manifestações do processo saúde- doença e o que os sujeitos que procuram por atendimento e elegem como necessidades e prioridades.

O que percebemos são muitos esforços desencontrados, numa situação que leva trabalhadores de saúde e comunidade a ocuparem posições de “adversários no ringue”. Stotz (2004) atenta para o fato de que as prioridades e necessidades de um determinado grupo social frequentemente são ignoradas pela classe dominante ou mesmo distorcidas. Nesse ponto podemos apontar para um embate: a saúde é direito de todos e dever do Estado, “mas é possível também questionar se a maneira como o Estado oferece todos os seus serviços ao público é sempre benéfico para o mesmo” (Valla,1999,p.9), ou seja, como conciliar dever do Estado com as iniciativas locais de solução de problemas? Uma ação anula a outra?

No encontro com este jovem no curso, percebemos a importância que era dada ao “ajudar-se mutuamente”, ao “estar fazendo algo pela comunidade”, estas frases eram repetidas com frequência e percebemos a importância também da valorização desses movimentos cotidianos de apoio.

Valla (1999) tem se reportado ao termo apoio social para solucionar este suposto impasse. Ele indica que é preciso trilhar um “duplo caminho”, por um lado reivindicações ao Estado, cobrando para que exerça seu dever, e por outro agindo, intervindo diretamente nas dificuldades da comunidade ao qual pertencem. É preciso

então aliar movimento de reivindicação e de ação, na verdade este duplo movimento é um só, o de constituição de melhores condições de vida, melhor acesso à saúde e à educação.

De acordo com Valla (1999) alguns estudiosos criticam a mobilização da população alegando que esta possibilita que o Estado “economize” nos gastos sociais e invista no setor privado, entretanto ele afirma que:

O que está em discussão é a possibilidade de um caminho complementar ao das reivindicações e demandas para uma melhor distribuição do dinheiro público, não porque tal política não seja justa e legítima, mas porque pode não ser viável politicamente. O ‘duplo caminho’ não abre mão da reivindicação como política, mas questiona a ‘via única’ nessa conjuntura de globalização. (VALLA, 1999, p.9)

A experimentação deste dispositivo- metodologia possibilitou os moradores da Cidade de Deus e participantes do curso realizarem entrevistas e pesquisas sobre a rede de assistência do território, identificando situações-problemas e elaborando propostas de soluções viáveis.

A partir disso puderam perceber a baixa cobertura de serviços na área, tanto da rede básica quanto da hospitalar. Constataram que os moradores da Cidade de Deus “disputam” com moradores de outras comunidades o atendimento precário que um posto de saúde realiza na área. Tal fato produzia a freqüente procura pela rede hospitalar, para resolução de problemas crônicos que deveriam ser acompanhados na rede básica.

Na análise da metodologia da estimativa rápida cabem as contribuições de Valla & Marteleto (2003) ao discorrer sobre a importância da sistematização dos saberes locais entendendo o processo de aprendizagem não como mera produção de informações, mas como instrumento de análise crítica e de mudanças. Segundo esses autores, utilizando-se das contribuições de Jara (1998):

sistematizar significa, portanto um esforço que é, ao mesmo tempo, de interpretação e de transformação da realidade; um processo que se por um lado, orienta e ordena o pensamento de especialistas e cientistas sociais, por outro, constrói identidade e produz unidade nas organizações e movimentos sociais, abrindo espaço para renovação da teoria e da prática. Nessa nova proposta está contida muito mais a idéia de interpretação crítica da realidade vivida – objetivando a experiência -, do que a pura recuperação histórica e a organização das informações. O desafio está em ir além dos aspectos

narrativos e descritivos dessas experiências. (VALLA; MARTELETO, 2003, p. 10)

Nesse sentido a metodologia da estimativa rápida contribuiu para que os moradores/integrantes do curso pudessem não só buscar informações, mas *sistematizar* as experiências e saberes constituídos sobre/no território. Nesse exercício de análise crítica da realidade percebemos que os apoiadores tinham conhecimento muito afinado sobre a história da comunidade e de suas diferentes ocupações. Na medida em que eles apontam esses saberes para a discussão do diagnóstico da realidade agregam análises outras: condições de vida diferenciadas dentro da Cidade de Deus o que acarreta em diferentes processos de saúde-doença, portanto de perfis de necessidades, bem como diferentes formas de acesso aos equipamentos sociais.

4.6 O DISPOSITIVO MEMÓRIA: DE QUANDO A CONSTRUÇÃO DA MEMÓRIA AFIRMA OS PROCESSOS COLETIVOS

O processo de construção conjunta do planejamento do curso foi uma aposta no protagonismo dos sujeitos e ao mesmo tempo parte do processo crítico-avaliativo proposto pela escolha de certo modo de formar que não se dissocia dos modos de lidar com a vida. No intuito de aumentar o grau de autonomia e de protagonismo entre os apoiadores como também a partir da tarefa de construção de uma postura avaliativa, utilizamos o dispositivo da *memória*.

A validação da memória serviu de instrumento de acompanhamento do curso ao mesmo tempo em que serviu de validação para o próprio curso, ocorrendo a cada encontro, no início do dia de trabalho. Funcionou “como um dispositivo, pois promoveu intervenções no grupo, além de configurar-se como um momento onde o próprio curso era criado coletivamente”. (Roza, 2008, p.01) Foi utilizada como instrumento de apreensão do processo do curso, pois refletia os entendimentos, impasses, queixas, decisões, mudanças no grupo, bem como os caminhos traçados e ajustados pelo próprio (per)curso. Pelo fato de ser uma memória e inicialmente um registro do ocorrido no último encontro, esse instrumento fez operar uma experiência de estranhamento no grupo a partir da repetição dos sentidos dos enunciados anteriormente expressos.

Estranhamento este entre o sentido que foi dado a um tema no último encontro e o novo sentido que no dia da validação apresentava-se para cada um. (NEVES; ROZA; SANTOS-FILHO; GONÇALVES, 2009, - prelo)

Durante a validação, a memória era (re)construída coletivamente e nela eram valorizadas, então, as falas do grupo que revelavam processos de transformação nos sentidos que alguns temas, entre eles a “humanização em saúde”, ganhavam ao longo do curso. Estes estranhamentos produzidos na validação compunham os registros daquele dia, pois não se tratava de “consertar” o registro anterior, pois essa outra memória não é a que vai ser validada, mas a memória que valida. (ibid, 2009, prelo)

. Foram destacados os sentidos que lançavam problemas, questionavam a realidade, mais do que aqueles que refletiam queixas e revelavam uma atitude de reconhecimento da realidade. Enfatizando os primeiros sentidos, criou-se uma estratégia construtivista numa certa política cognitiva²⁹. A função que a estratégia de validação das memórias ganhou no percurso fez com que ela se tornasse, pela força da experiência, um instrumento de destaque.

A cada encontro elaborávamos em conjunto o relato da memória daquele dia, trazendo os temas abordados, seus efeitos-intervenção, as discordâncias bem como as convergências. O dispositivo da validação da memória nos coloca a possibilidade de acompanharmos os caminhos trilhados ao trazer para a cena os acontecimentos ocorridos nas rodas de conversa e nas oficinas temáticas tais como, os estranhamentos, as durezas do pensamento, as dificuldades. Esse modo de fazer contribuiu para algumas falas posteriores que apontavam para mudanças de posicionamentos, na produção de outros modos de ver e realizar a vida. Nos registros das memórias encontramos algumas falas que evidenciam tais mudanças: - *“dissemos isso?” “É preciso entrar em relação com a cultura e com as credences dos outros de outro modo”*. *“Percebemos que não podemos impor nossos conceitos e idéias para os outros.”*

Na oficina de discussão sobre a Humanização da Assistência Materno Infantil, realizada no dia 24 de novembro, coordenada pela consultora da PNH Esther Vilela, o dispositivo de validação da memória foi fundamental. A consultora solicita ao grupo

²⁹ O conceito de política cognitiva busca evidenciar que o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo, um *ethos*. Expressa ainda a idéia que o mundo não é dado, mas efeito de nossa prática cognitiva é construído com ela e pode se tornar uma atitude encarnada de uma certa maneira de estar no mundo, de habitar um território existencial e de se colocar na relação de conhecimento. Cf. Kastrup, Tedesco e Passos (2008).

que em roda exercitassem coletivamente sua dupla experiência na função de usuários e profissionais de saúde construindo uma linha da vida a partir do nascimento de uma menina, recheando o caminho dessa vida com pontos importantes da vida cotidiana. A linha da vida contemplou o período em que a suposta menina ainda estava sendo gestada, seu nascimento, o período de 8-10 anos, a menarca, o início da vida sexual, a vida sexual ativa, aborto, gravidez, permitindo diversas reflexões, desmistificações e informações. Vários pontos da discussão foram polêmicos, entre eles, certa visão de naturalizada de “sem vergonhice” das meninas e mulheres hoje em dia e a naturalização da violência contra a mulher justificada pela “provocação de seu jeito e vestuário”.

A visão individualista, preconceituosa e culpabilizante disseminada pela sociedade capitalista também surgia nos encontros, logicamente essas visões perpassam também as classes populares, perpassam a todos nós porque tais idéias produzem modos de ver o mundo e expressam as subjetividades hegemônicas que a confirmam.

No encontro seguinte, a partir da validação da memória dessas discussões do encontro anterior, o grupo pode incluir nessa situação questões como o desejo, a modelação dos comportamentos sexuais pela mídia, o sentimento de abandono e outros diferentes aspectos imbricados nessa expressão. Ao expressarem: “caramba, nós dissemos isto?” “podemos dizer que uma criança de 9 anos ao usar saia curta e dançar provocativamente é prostituta?”, “o que estamos dizendo de nós mesmas?”. Isso revelou um estranhamento e uma mudança no sentido nos cuidados à mulher, levando o grupo a falar de suas experiências como mães adolescentes e os maus tratos verbais que ouviam nos serviços de saúde. Ao falarem sobre as dificuldades de escutar o que disseram, percebiam a necessidade de não julgar e sim de conhecer mais amplamente as diferentes experiências que podem estar contidas na vida da mulher. Esse tipo de pensamento problematizante da realidade é grande indicador da mudança de sentido que a humanização pode ir ganhando durante o curso. A materialização destes efeitos também se expressavam nas mudanças com relação a postura inicial de falarem todos ao mesmo tempo sem ouvirem uns aos outros, nas questões que traziam na primeira visita ao Posto e nas subseqüentes, na dificuldade inicial de se agruparem fora das relações já constituídas e, mais ao final, na possibilidade de constituírem grupos mais heterogêneos, na mudança de tom das lideranças com referência as cobranças e culpabilizações pela não participação.

Nesse movimento de pesquisar/entrevistar/intervir os participantes do grupo experimentaram a mudança de postura que estava se efetivando no curso: no início numa posição de usuários trazendo queixas e no decorrer do curso enquanto pesquisadores e atores da construção do SUS no território que viviam.

No processo de construção do diagnóstico através da estimativa rápida se viram como pesquisadores num lugar que há muito tempo já conheciam, o que proporcionou estranhamentos e diferentes modos de lidar com as informações coletadas. Ao mesmo tempo, se abriam a outras sensibilidades e problematizações na experimentação da construção das memórias e dos desafios da construção coletiva do plano de ação.

4.7 TRANSFORMAR PARA CONHECER: A CONSTRUÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO

Desde o primeiro encontro foi pactuado com os apoiadores que o curso tinha como um dos resultados finais a construção de um plano de estudos e ação/intervenção no território. Os planos de ação foram propostos como uma estratégia para articular os “desejos”, expectativas, compromissos e ações concretas, com propostas de mudanças. Os planos são um momento para:

- Construir caminhos em torno de objetivos
- Aprender a mobilizar recursos (recursos possíveis)
- Qualificar-se para isso (discussão crítica)
- Qualificar para negociação, parcerias.

A partir do trabalho de pesquisa, e das rodas de conversas realizadas nos encontros, foi possível a definição de que o problema maior identificado na Cidade de Deus é o *acesso*. Uma das questões identificadas pelo grupo como fundamentais para o enfrentamento da dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos moradores da Cidade de Deus, é a implementação do Programa de Saúde da Família. Apesar do reconhecimento dessa estratégia como importante frente de luta a ser “encampada” pelo grupo, foi importante a sinalização de que tal implementação não representa o fim dessa luta, mas sim a criação de novos desafios à comunidade. E, nesse sentido, houve o

entendimento da necessidade de uma sistematização de informações referentes às questões de saúde na comunidade para que o grupo pudesse usá-la como documento a ser apresentado à equipe de PSF que venha a trabalhar na Cidade de Deus.

O acompanhamento avaliativo ao longo do curso permitiu uma constante problematização quanto à adequação e consistência dos planos na sua capacidade de se colocarem como propostas de encaminhamento para o campo problemático da realidade local. Assim, problematizamos a construção de um plano de ação, pensando em:

- Como se sai da intenção e constrói então um plano de ação?
- O que é possível e viável?
- Diante das dificuldades o que é possível planejar?

Foram destacadas algumas variáveis para serem levadas em consideração na elaboração dos planos:

- Formas de implantar: quais as estratégias?
- Recursos: de que tipo de recursos vamos precisar?
- Parcerias: quem identificamos como possíveis parceiros?
- Prazos: o que é possível em curto, médio e longo prazo?

Ao utilizarmos no curso o dispositivo da estimativa rápida para a construção de diagnósticos situacionais de saúde experimentamos a análise crítica das informações “brutas” que eram coletadas no território principalmente durante as visitas aos serviços de saúde da área, onde eram repassados uma série de dados que supostamente seriam indicadores de qualidade ou de acessibilidade, como número de consultas, de procedimentos realizados na área. A partir desse exercício os participantes do curso aprenderam em ato a importância da pesquisa como dispositivo de problematização do instituído, ou seja, aos processos formalizados em “dados da realidade” é preciso indagar sobre as condições e pressupostos de sua produção.

Como um dos produtos do curso formou-se um diagnóstico da população de Cidade de Deus, com suas necessidades e a delimitação das diferentes áreas que compõem o território, levando em consideração a história das suas ocupações e condições socioeconômicas. Foram levantadas também o quantitativo estimado de pessoas residentes nas áreas, as condições de saneamento e os principais problemas de

saúde. Tal diagnóstico se propõe a servir de documento base e de instrumento de negociação da comunidade quando da instalação de equipes de Saúde da Família no local.

Acreditamos que este processo de formação-intervenção possibilitou a experimentação de processos de participação que nos convocaram a assumirmos o lugar de sujeitos que instituem normas, e não apenas controlam a execução e fiscalização das normas existentes. Ou seja, este processo de formação em saúde da PNH construiu-se na interface com práticas de educação popular nas quais o controle social e a participação não se reduzem à gestão administrativa do SUS e produziram inflexões importantes nos seus “modos de fazer” a formação em saúde. Mais do que a construção de saberes, a apropriação de instrumentos e informações para forçar as autoridades públicas para atender as suas demandas, os alunos puderam protagonizar seu “tornar-se” apoiador. Falamos, portanto, de práticas de formação que fabricam modos de agir afirmadores da saúde como potência de criação de “si” e de mundo.

4.8 REDES DE CONVERSAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

Campos (2003) sugere a reorientação das práticas em saúde na direção do incentivo à análise crítica e aumento do grau de co-gestão dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, construir junto o ponto onde se sabe interrogar e organizar as demandas, trabalhar com as dificuldades, entender os empecilhos institucionais e propor estratégias de solução.

Nesta direção, pensamos que os processos de formação em saúde ganham consistência quando afirmados na interface com a educação popular. A educação popular em saúde atua no sentido de participação direta da população no sistema e na produção de saúde do seu território. Isto conforma o compromisso da participação não apenas pela presença de representantes da população nos espaços de discussão, mas pela afirmação do saber cotidiano e da potencialização das experiências no sentido de transformá-las em ações e em mobilizações em prol da mudança. “O movimento da educação popular, tendo uma relação mais profunda com a população, cria, inclusive, condições para a redefinição crítica da prática técnica em vários serviços de saúde,

permitindo um modelo de atendimento mais integrado aos interesses populares.” (Valla; Martelleto, 2003,p.13).

A formação de trabalhadores do SUS não pode prescindir da tarefa de construção de um outro modo de produzir saúde e, para tal, é fundamental que seus “modos de fazer” formação se reinventem, e se alicercem, numa atenção problematizadora dos movimentos cotidianos e micropolíticos do fazer em saúde. Assim, a formação implica muito mais do que um processo de transmissão de informação, comumente efetuada de forma verticalizada e dissociada das experiências dos sujeitos. Consiste, portanto, em estratégia de intervenção nos modos de produzir saúde, de cuidar da vida, e que deve se efetuar ampliando os graus de transversalidade (graus de comunicação) e de contato entre os sujeitos.

Não se trata de lidar com conhecimentos e informações como objetos já dados ou como técnicas neutras, destituídas de seu caráter de produção social, econômica e cultural, que são repassadas a receptores passivos. (Neves; Heckert, 2007) Diferente, disto, os processos de formação implicam, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência, não se dissociando da criação de modos de gestão do processo de trabalho e intervenção nos movimentos do real.

Assim, entendemos como de extrema importância a experiência na Cidade de Deus, onde o curso se tornou um dispositivo de agregação de forças em prol de melhores condições de saúde. Interessante destacar que seus participantes ocupavam duas posições: usuários do SUS e futuros trabalhadores da saúde e tinham o intuito de avançar nas discussões acerca das necessidades do território onde moravam, já que vivenciavam cotidianamente situações de negligência dos serviços de saúde da área e do descaso do poder público. Ao mesmo tempo estavam interessados em conhecer melhor os princípios do SUS e as propostas da PNH para alterarem o quadro de saúde da população, como trabalhadores da rede pública de saúde.

Nesse modo de formação com o qual nos comprometemos cabe a problematização de saberes e fazeres que já se encontram endurecidos nos diferentes serviços de saúde, para a partir disto fazer surgir práticas que driblam os saberes totalitários e inventam modos outros de cuidado e gestão, que afirmam sujeitos

autônomos e protagonistas no processo de produção de saúde e na construção de redes de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: De quando lutar pelo SUS é “estar com” o SUS

Trazer para a cena do fazer em saúde as múltiplas vozes que nela ecoam, a fim de potencializá-las, não é tarefa fácil. Existe intensa dificuldade, entre trabalhadores, usuários e gestores, em definir conjuntamente objetivos e direções do trabalho em saúde. Neste plano de microcapilaridade do fazer percebemos que, muitas vezes, os sujeitos envolvidos, com suas histórias de vida e com os conhecimentos que nela adquiriram, se fecham ao saber do outro ou até mesmo negam que ele exista. Processo, este, muito presente nas relações instituídas entre profissional de saúde- usuário-representantes das políticas de governo.

Marteleteo e Valla afirmam que: “Para o conhecimento produzir sentido e orientar decisões e ações no campo das questões da saúde da população, é importante fundar e organizar processos de construção compartilhada do conhecimento, o que não resultará em amálgama, mas em composições contraditórias e provisórias entre o conhecimento teórico, histórico, médico e o conhecimento popular.” (Marteleteo; Valla, 2003, p.14)

A garantia da participação social nas políticas públicas de saúde, inscrita na Constituição de 1988 e institucionalizada por via representacional nos Conselhos e Conferências de Saúde pelas leis 8080 e 8142, foi inegavelmente uma conquista fundamental das lutas sociais para a efetivação de um sistema universal de saúde. No entanto, entendemos que esta conquista não garante, a princípio, participação efetiva nas instâncias de produção de saúde. Diferente disto, todo o aparato forjado para a participação da comunidade no SUS e sua efetivação na realidade da saúde brasileira, nos coloca, 19 anos após a elaboração e o funcionamento dessas instâncias, novos problemas e desafios.

Sabemos que esta participação institucionalizada nas diferentes instâncias representativas tem se dado na realidade brasileira de modo bastante heterogêneo e consonante ao maior ou menor grau de mobilização comunitária nas políticas de saúde, nas articulações e alianças com os serviços.

Os modos de inserção desta participação como controle social que têm se hegemonizado, principalmente no Rio de Janeiro, nos possibilitam indagar: através desses arcabouços a população que se defronta localmente e cotidianamente com os modos de funcionamento do SUS têm tido acesso, voz, na elaboração de propostas para melhorias destas unidades? Os sujeitos que convivem diretamente com a falta de profissionais, com os imbróglis da burocracia, com as filas madrugadoras, com a falta de remédios e desresponsabilização dos trabalhadores, têm sido escutados? Têm se levado em conta o que eles pensam, o que propõem? Será que por meio da representatividade nos Conselhos os interesses e necessidades comunitárias têm sido considerados como prioridades na construção e/ou reelaboração das políticas assistenciais em saúde?

Como vimos anteriormente, diversos são os autores que têm trabalhado tais questões e percebido os limites da forma como a participação social no SUS foi institucionalizada, quais sejam: a cooptação dos Conselhos/conselheiros, o desconhecimento da população sobre essas instâncias de participação, as dificuldades e despreparos dos trabalhadores para incentivar e acolher a presença da população nesses locais, o desconhecimento/desinformação da população sobre a organização dos serviços de saúde, a realidade cotidiana de suas equipes, seus processos e condições de trabalho.

Em meio a esse conjunto de dificuldades e complexidade de desafios é preciso repensar as formas de participação da comunidade no SUS, para além e aquém de sua representação institucionalizada como controle social. Nesta direção, diversos outros mecanismos são inventados e experimentados, coletivamente, como ações locais que atuam efetivamente no cotidiano do fazer em saúde, ativando a dimensão instituinte e disruptiva que é constitutiva dos movimentos sociais.

Nessa discussão cabe ressaltar que a questão não é invalidar os processos representativos de participação, conformados como *Controle Social*, mas sim afirmar suas limitações, bem como afirmar que é preciso trazer outros tencionamentos quando se pensa no plano da constituição dos sujeitos e das coletividades. Produzir saúde é produzir vidas, modos de viver que podem se conformar num certo continuísmo de tudo o que está posto, ou, numa proposta ética-estética e política, de afirmar sujeitos

problematizadores de suas realidades e propositores de outra realidade possível, que se comprometa com modos de viver mais dignos.

Gastão Wagner, que tanto tem contribuído, nas reflexões e lutas pelo SUS, nos diz da necessidade de retomada do prestígio da luta pelo SUS, perante o seu “desencantamento”. Em suas palavras:

A recuperação de prestígio para o projeto do SUS - se é que algum dia de fato ele teve - depende de uma tríade complexa: primeiro de, criar-se um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; segundo, de que alguém consiga apresentá-lo para a sociedade como uma reforma social significativa e que teria grande impacto sobre o bem-estar e proteção social, indicando, com objetividade, os passos e programas necessários; e terceiro, paradoxalmente, sua legitimidade depende muito de seu desempenho concreto, de sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas; nesse caso, a baixa capacidade da gestão, e politicagem, tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas. (CAMPOS, 2007, p.302)

Precisamos ‘estar com’ o SUS, entretanto, sem a cegueira de um susismo religioso! Aquele que se conecta aos processos do SUS do ponto de vista restrito de sua implementação estrutural, sistêmica e legal, desqualificando/ ignorando os movimentos e sujeitos que o animam e indicam necessidade de inflexões e mudanças.

Nessa direção, Vasconcelos (2009) afirma que muito tem se discutido sobre participação popular no sentido de aceitação, por parte dos usuários, de modelos de atenção previamente construídos. No entanto, segundo esse autor o que entraria em questão, quando realmente se pensa na população participando ativamente, seriam modos de aliar o conhecimento dos técnicos com o conhecimento popular para solução de um problema local, do cotidiano de cada comunidade.

As ações da educação, segundo ele, eram uma característica dos movimentos sociais pré-Constituição de 88, na qual todos se envolviam conjugando saberes em prol de soluções cotidianas. Esta característica foi se perdendo com a institucionalização do SUS, pois, a luta a partir de então passou a ser por controle e fiscalização deixando de lado a construção conjunta de instrumentos para as reivindicações. A aliança fundamental entre o arsenal de conhecimentos da população somados àqueles que foram construídos no encontro com outros atores sociais tem sido desprezada.

Portanto precisamos nos articular e afirmar um SUS que dá certo, trazer nossos testemunhos e gritar que é possível! Algumas experiências já se conformam nesse

sentido: os diferentes núcleos de estudos e intervenções no SUS, a própria PNH, a Rede de Educação Popular e Saúde (RedePop). “A defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades, e ainda compreenda que as políticas públicas podem se constituir em um meio poderoso para a defesa da vida. (Campos, 2007, p.3006)

Pensar a participação social no SUS, na perspectiva da produção de subjetividades, implica em ir além dos espaços de participação instituídos. Implica num fazer cotidiano que, imbuído do objetivo da formação *impiedosa* (Fuganti, 1990), se propõe a construir serviços de saúde que abarquem a discussão das diferentes necessidades e dos diferentes saberes, para que ele seja construído por todos e acessados dignamente por qualquer um.

Uma educação centrada no pensamento não prescreve regras absolutas nem proibições definitivas. Ela orienta e desperta a vida, estimula as multiplicidades, não para esmagá-las, mas para exercitar o corpo e o pensamento a vivenciar os seus limites e ultrapassá-los.(...) Uma educação centrada no pensamento afirmativo da vida é sobretudo cruel, o contrário da pedagogia piedosa e vingativa. É cruel com o corpo e com o espírito, não porque quer arruiná-los, mas, ao contrário, porque quer vê-los fortes, ousados e poderosos, deseja vê-los capazes de enfrentar qualquer acontecimento e de caminhar com a sabedoria alegre do riso.³⁰ (FUGANTI, 1990,p. 82)

Concordamos com o pensamento de Eymard Vasconcelos quando ele afirma que é necessário que exista uma política de educação popular e saúde para que as experiências não fiquem limitadas aos lugares onde aconteceram:

Quase todos os gestores enfatizam em seus discursos a importância da ação educativa e da promoção da saúde. No entanto, pouco se tem investido em uma política consistente que busque a difusão do saber da Educação Popular para a ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços. (VASCONCELOS, 2004, p.77).

Tal autor defende uma política nacional de Educação Popular e Saúde, para que as diferentes experiências que acontecem pelo Brasil possam ser aglutinadas, formulando, a partir disto, os princípios e estratégias de tal política. Ainda segundo Vasconcelos: “É urgente a criação de uma política nacional de formação profissional em Educação Popular, de incentivo à produção descentralizada de materiais educativos

³⁰ FUGANTI, L.A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antonio (Org). **Saúde e loucura**, 2. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82.

construídos de forma participativa e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva, já existentes em quase todos os municípios.” (ibid,78)

Entendemos, no entanto, que a formulação dessa Política precisa se ancorar na heterogeneidade de movimentos de educação popular que vêm acontecendo em todo o país, pois é somente a partir da afirmação desta heterogeneidade que as experiências de formação se qualificam como estratégia de agregação de sujeitos em prol do SUS. Queremos dizer com isso que construir políticas de formação para/no SUS implica agregar forças, vontades, desejos, para que se possa resistir aos sucateamentos que esta política de saúde pública vem enfrentando. Lutar por sua efetivação e avanços requer a potencialização, e o fomento, da construção de redes e seu caráter participativo.

A experiência na Cidade de Deus retratada neste trabalho foi uma aposta num processo de formação, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, que se deu neste sentido, de trazer as experiências daquele cotidiano, de construir um pensamento crítico e propositor de saídas, soluções, apostando na construção compartilhada do conhecimento.

Estar na Cidade de Deus foi o “maior barato”: o encontro com aquelas pessoas, trazendo suas experiências com os serviços de saúde de forma intensa, reposicionando-se a partir das experiências construídas no curso, e afirmando um enorme desejo de modificar tais situações. A força de suas indignações (que faziam questão de apontar e recusar) frente à produção de estigmas, e de destinos, que invisibilizavam as lutas do/no território ao caracterizarem a pobreza, a miséria e a violência como únicas “conquistas” de Cidade de Deus. Diziam eles: “Existem muito mais coisas lá do que vemos através da mídia, existem sorrisos, forças, paixões, ajuda mútua e resistências.”

Aprendemos em ato, no calor dos sábados de verão que passamos lá, o que Foucault nos dizia sobre a resistência, ela é sempre primeira, há sempre de existir, ela é própria da vida.

Trata-se, com relação às resistências, de uma 'linha' anônima que não emerge dos sujeitos, é tecida ao acaso, mas que os afeta, arrasta, atravessa, e também os constitui, delineando movimentos não previstos e inusitados. É neste sentido que Foucault afirmava que as resistências/revoltas não podiam ser concebidas como ações de heróis, que as ações revolucionárias não são

autoria de personagens ilustres que a história factual dignifica. Ao contrário, elas são efeitos nas práticas anônimas, de existências desqualificadas e ordinárias que afrontaram poderes constituídos colocando em xeque os regimes de opressão. (HECKERT, 2004, p.45/46)

Atualmente faço residência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), estou inserida numa outra comunidade do Rio de Janeiro, e Cidade de Deus me ensinou a importância de sermos trabalhadores de saúde na ESF. Com eles pude, também, aprender a olhar para a comunidade e a nela me inserir, deixando de lado todos aqueles adjetivos que as pessoas utilizam após invocar a palavra comunidade (carente, violenta, mal educada).

Experimentamos em ato, o que Lourau (1993) também sinalizava um fazer-se pesquisador no mesmo processo constituinte dos caminhos da pesquisa, ou seja, um modo de caminhar, que tece o seu caminho, no momento mesmo, que o realiza.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. **Participação Social em Saúde: A experiência do Conselho Municipal de Niterói**. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.
- AGUIAR, K. F. **Ligações Perigosas e Alianças Insurgentes: Subjetividades e Movimentos Urbanos**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.
- ANDERSON, P. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BAPTISTA, T.W. F História das Políticas de Saúde no Brasil. In: MATTA, G.C. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde, In: Brasil, Ministério da Saúde. In: **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 1998.
- BARROS, R.D.B. **Grupo a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/Ed. UFRGS, 2007.
- BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3. p.561-571,2005.
- BRASIL, M.S. **Cartilha da PNH**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde. 2004.
- BRASIL, M.S. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS**,2006
www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf. Acesso em: 18/06/2009
- BRASIL, M.S. **PNH. “Documento orientador das ações do Núcleo de Formação & Pesquisa”** (2007) (documento não publicado, acesso restrito).

BRASIL. Ministério da Saúde, PNH **Curso de Formação de Apoiadores Sociais no Território para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde: relatório final**. Brasília, 2008.

BRAVO, M.I.S. & MATOS, M.C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva neoliberal In: BRAVO, M. I. S. (Org.); PEREIRA, P. A. P. (Org.)(2001). **Política Social e Democracia**. 1. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

CAMPOS, W.G. S **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, W.G.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 301-306,2007.

CAMPOS, G.W. “**Todos os brasileiros se utilizam do SUS, de modo direto ou indireto**” Entrevista concedida por e-mail a IHU On-Line. Por Graziela Wolfart, 02/06/2008. EDIÇÃO 300, 13 DE JULHO DE 2008. Disponível em: http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=1077. Acesso em 10 de julho de 2009.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Ed. Fase/Ibam.2006.

COELHO, V.S.P. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V.S.P., NOBRE, M. (orgs) **Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Ed. 34, 2004.

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1) 9-18,2003.

COIMBRA, C.M.B. **Guardiões da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C. M.B.; MENDONÇA, M. & MONTEIRO, A. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia e Sociedade** (18) 2, 2006.

COIMBRA, C.M.B. **Gênero, Militância, Tortura**. http://www.slab.uff.br/bd_txt_lg_autor.php?nome_autor=Cecília%20Coimbra&tp=a
Acesso em 14/5/2009

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

COSTA, N.R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1986.

COSTA, N.R. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Saúde em Debate**, n.45,1994.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a filosofia**. Lisboa, Ed. Rés, 1976.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs-Capitalismo e esquizofrenia**, vol.1. Rio de Janeiro, Ed.34, 1995.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta,1998.

DURHAM, E.R. Movimentos Sociais: A construção da Cidadania. **Novos Estados, Cebrap**, n. 10 São Paulo. p.24-30, 1984.

FERRAZ, E. M. O caos no atendimento do sistema único de saúde. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 5,2008.

FIORI, José L. Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro. In: TAVARES, Maria da C.; FIORI, José L. **(Des)Ajuste global e modernização conservadora**. São Paulo: Paz e Terra, p. 127-193, 1993

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979a.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979b.

FOUCAULT, M. Genealogia e Poder. . In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979c.

FONSECA, D.F. **Avessos de cidadania: um exercício analítico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC: São Paulo, 1997.

FRANCO, T.B. (1998) **As organizações sociais e o SUS**.

http://www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organiza%C3%A7%C3%B5es_sociais_e_o_sus.htm Acesso em 13/03/2009

_____ ; MERHY E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: MERHY, E.E (et.al) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec;p.53-124,2006.

FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, Antonio (Org). **Saúde e loucura**, 2. Hucitec :São Paulo, p. 19-82,1990.

FUGANTI, L. (s/d) **A ética como potência e a moral como servidão.**

http://escolanomade.org/escolanomade/index.php?option=com_content&view=article&id=76:etica-como-potencia-e-moral-como-servidao&catid=25:artigos&Itemid=55.

Acesso em 14/11/2008

GUATTARI, F. Psicanálise e transversalidade. In: **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUIZARDI, F.L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de **saúde Physis: Revista de Saúde Coletiva** (14) 1: 15-39,2004.

GUIZARDI, F.L. & PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** (11) 3, 2006.

HARDT, M e NEGRI, A. **Império.** Rio de Janeiro: Record, 2005.

HECKERT, A.L.C. **Narrativas de resistências: educação e políticas.** Tese de Doutorado em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

HECKERT, A. L & NEVES, C. A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, Roseni et. at (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2007.

IGNÁCIO, P.S. & CAVOUR, F.S. Os caminhos da restituição: A afirmação de outros modos de fazer pesquisa e de se fazer pesquisador. In: COIMBRA, C.M. B; AYRES, L.S.M. & NASCIMENTO, M.L. (orgs) **PIVETES: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário.** Curitiba: Ed. Juruá, 2008.

JARA, O. El aporte de la sistematización a la renovación teórico-práctica de los movimientos sociales. In: Seminário Latinoamericano de Sistematización de Prácticas de Animación Sociocultural y Participación Ciudadana em América Latina. Anais... Fundacion Iniversitaria Luis Amigo y el CEAAL. Medellín, Colômbia, 1998.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição.** Porto Alegre: Sulina, 2008.

LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica In: LIMA, N.T. (org) **Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOBO, L.F. **Os Infames da História: A instituição das deficiências no Brasil**. Tese de Doutorado em Psicologia, PUC, Rio de Janeiro, 1997.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ – 1993 - Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva** (1) 1 : 77-94,1991.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. **Vivência**, n. 32, 2007.

MANCEBO, D. Estratégias discursivas neoliberais: uma contribuição para a análise de suas repercussões na educação e na universidade. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF** (8)1: 11-21,1996.

MANCEBO, D. Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico. **Psicologia, Ciência e Profissão** (22)1: 100-111,2002.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p. p.771-80,2009.

MENICUCCI, T. A Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G. (org) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NASCIMENTO, M.L.; ROCHA, C.;RODRIGUES,D. Encontros entre a Psicologia e o Judiciário: caminhos de um pesquisa. In: COIMBRA, C. M. B; AYRES, L.S.M. ; NASCIMENTO,M.L.(orgs) **PIVETES: Encontros entre a Psicologia e o Judiciário**. Curitiba: Ed. Juruá, 2008.

NETO, E.R. (2003) **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

NETTO, J.P. Repensando o balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. & GENTILI,P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1995.

NEVES, C.A.B. Sociedade de Controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. **Revista Saúde e Loucura** (6): 75-98. São Paulo: Hucitec, 1997.

NEVES, C.A. B; SANTOS FILHO, S. **Proposta de Curso para Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território, no âmbito da Política Nacional de Humanização/PNH**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

NEVES, C. A. B. & MASSARO, A. A Biopolítica, Produção de Saúde e um outro Humanismo. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.503-514,2009.

NEVES, C.A.B.; GONÇALVES, L.; ROZA, M.; SANTOS FILHO, S B. Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização. In: **Cadernos de Formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (prelo)

OLIVEIRA, F. Neoliberalismo à brasileira. In: SADER, E. & GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

PASSETTI, E. **Anarquismos e Sociedade de Controle**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

PASSOS, E. & BENEVIDES, R.D.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília: v.16, n.1, p. 71-80, 2000.

PLANO PARA O DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO EM CIDADE DE DEUS (PDCCD). Abril de 2004 (disponível em <http://www.cidadededeus.org.br>)

RIGH, L.B. **Poder local e inovação no SUS: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**, Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Unicamp, Campinas, 2002.

RODRIGUES, D.O. **Estratégias para a efetivação do SUS: apostando na co-gestão e no controle social**. Sob orientação da Prof^a Dr^a Claudia E. Abbês Baeta Neves. Graduação em Psicologia, UFF, 2006.

ROZA, M. M.R. **Cartografia e a constituição de redes locorregionais de saúde: a validação da memória como instrumento de acompanhamento do Curso de Formação de Agentes Sociais como Apoiadores no Território**. (documento restrito), 2007.

SADER, E. **Quando Novos personagens Entram em Cena**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1988.

SANTOS-FILHO, S. B. **Estimativa rápida de (re)conhecimento de territórios/espacos sociais/realidade local: eixos para a discussão sobre diagnóstico de saúde e intervenções em comunidades**. (documento não publicado, acesso restrito),2007.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. **Avaliação e Humanização em Saúde – Aproximações Metodológicas**. Editora Unijui, 2009. (prelo)

SANTOS, W.G. *Mitologias institucionais brasileiras: do Leviatã paralítica ao estado de natureza*. **Estudos avançados**, 17:101-116, 1993

SANTOS, N.R. Democracia e participação da sociedade em Saúde. In: MATTA, G.C. (org) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008.

SCHEINVAR, E. **O feitiço da política pública: estado, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente**. Tese de doutoramento em Educação. UFF: Niterói, 2004.
SPOZATI, A. & LOBO, E. *Controle Social e políticas de saúde*. **Cadernos de Saúde Pública** (8)4:366-378,1992.

STOTZ, E. *Movimentos Sociais e saúde: notas para uma discussão*. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.10, n.02: 264-268,1994.

STOTZ, E. A Educação Popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, educação e saúde**, v.3,n.1,p.9-30,2005.

STOTZ, E. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em debate**, vol.30 n.73/74, p.149-160, 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002.

TOLEDO, E. Neoliberalismo e Estado. In: LAURELL, A.C. (org) **Estado e Políticas Públicas no neoliberalismo**. São Paulo: Ed. Cortez, 1997.

VAN STRALEN, C.J. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, **Ciência Saúde Coletiva** v.11 n3 Rio de Janeiro jul./set, 2006.

VALLA, V.V. & MARTELETO, R.M. Informação e educação popular - o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciências da Informação**, n. especial, p.22-45. Belo Horizonte, 2003.

VALLA, V.V., CARVALHO, M. & ASSIS, M. **Participação popular e os Serviços de Saúde: O controle social como exercício de cidadania**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1993.

VALLA, V.V. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública** v.15 supl, 2. Rio de Janeiro,1999.

VASCONCELOS, E.M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 14 (1): 67-83, Rio de Janeiro, 2004.

VASCONCELOS, C.M. Paradoxos da mudança no SUS. Tese de doutoramento. Unicamp: Campinas, 2005.

VEYNE, P. (1998) Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. **Como se escreve a história**. Brasília: Ed. UNB, 1998.

WEFFORT, F.C. **O Populismo na política brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)