

# 9

## Participação e movimentos sociais em saúde: esvaziamento ou desarticulação?

**Sandra Maria Greger Tavares:**

CV: <http://lattes.cnpq.br/2486658124573537> - Pós-Doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



# BSTRACT RESUMO ABSTRACT RESUMO ABSTRACT

**Resumo** Este artigo problematiza a temática da participação no âmbito dos movimentos sociais em saúde. Toma-se por base premissas e trajetórias metodológicas construídos no desenvolvimento de pesquisa de pós-doutoramento sobre formas locais de organização e novas configurações identitárias em saúde, inserida em uma investigação matricial sobre coletivos sociais e políticos. Em sua base empírica se vale de configurações percebidas por meio da observação in situ e de provas testemunhais obtidas em entrevistas nas incursões ao campo - o município de Jacareí em São Paulo. O desenho metodológico é marcado por um olhar etnográfico numa perspectiva interdisciplinar sobre as dinâmicas dos movimentos sociais no contexto urbano de uma localidade interiorana que evidenciou a relevância de conhecer experiências vividas por atores sociais, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), participantes de movimentos espontâneos e formais (conselhos) de saúde. A discussão analisa a questão da participação social em saúde, um dos princípios organizativos do SUS, na articulação entre argumentações teóricas à luz dos conceitos de liminaridade, inclusão perversa, comunidade e pedaço e as linhas de interpretação tecidas por uma depoente, moradora do bairro de Vila Garcia, líder comunitária e participante de movimentos de saúde. Concluiu-se que há um distanciamento entre o Estado e as bases locais da sociedade. O entendimento da participação social deve se dar para além dos espaços formais de controle social. Postula-se que o direcionamento político das instâncias formais de organização estaria se esvaziando como instrumento para a garantia da igualdade social e da participação democrática. Faz-se necessário que se considere, desde a formulação das políticas públicas de saúde, as formas espontâneas de organização comunitária, marcadas por um coletivismo gregário arcaico (nos moldes rurais) e ao mesmo tempo atravessadas pelas relações econômicas e políticas globais.

**Palavras Chave** Participação; Movimentos Sociais em Saúde; Comunidade; Saúde Coletiva.



**Abstract** This article questions the role of participation in social health movements. It is based on premises and methodological directives devised during post-doctorate research on local forms of organization and new identity configurations in health, part of a matrix study on social and political collectives. Its empirical basis is based on field observations configurations, interviews and trips to the field of the research – the town of Jacareí in São Paulo. The methodological design is marked by an ethnographic standpoint in an interdisciplinary perspective on the dynamics of social movements in the urban context of a countryside community. This threw light onto the relevance of knowing the experiences undergone by social actors, users of the Sistema Único de Saúde – SUS (The Brazilian Public Health System), participants in spontaneous and formal (councils) health movements. The discussion analyses the aspect of social participation in health, one of the organizing principles of SUS, at the crossroads of theoretical arguments, in the light of liminality, perverse inclusion, community and part, and the lines of interpretation drawn by one of the interviewees, a resident of the Vila Garcia district, community leader and a health movement activist. The conclusion was that there is a gap between the public system and the local foundations of society. The notion of social participation must be acquired outside the formal areas of social control. It is argued that the political guidance given by formal organizations is losing its effectiveness as a means to guarantee social equality and democratic participation. When formulating public health policies careful consideration should be given to the spontaneous forms of community organization, characterized by an outdated gregarious collectivism (following a rural pattern), while also under the influence of global economic and political relations.

**Abstract** Participation; Health Social Movements; Community; Public Health.



## Introdução

Há especificidades e variações históricas, no que se refere aos movimentos sociais, suas causas e decorrências. Encontram-se transformações no perfil identitário dos movimentos sociais, de acordo com o contexto político e social em que emergiram, ou seja, quanto mais autoritário ou democrático o regime político vigente, maior ou menor será o teor revolucionário e o grau de autonomia destes movimentos. Os movimentos sociais podem se organizar em grupos de ação por classes sociais, assim como estabelecer um recorte transversal na formação de grupos por gênero, etnia, ou em pequenos núcleos comunitários, entre outros modos de articulação.

Gohn (2004), refletindo sobre a participação da comunidade em políticas sociais no Brasil, especificamente ao longo dos anos 1990, refere que o campo da sociedade civil ampliou-se, marcado pelo descentramento do sujeito e pela emergência de uma pluralidade de atores, conferindo relevância ao conceito de cidadania. De acordo com a autora:

“A questão da cidadania - já estava posta nos anos 1980, tanto nas lutas pela redemocratização que levaram ao movimento ‘Diretas Já’, à Constituinte e à nova Carta Constitucional de 1988, destacando a questão dos direitos civis e políticos; como nas lutas populares por melhorias na qualidade de vida urbana” (GOHN, 2004, p. 22).

O conceito de cidadania, no entanto, passa a ser identificado, principalmente a partir dos anos 1990, como cidadania coletiva, ultrapassando a demanda pelos direitos civis e passando a incluir outros direitos, como os direitos sociais básicos: demandas por casa e comida e os direitos sociais modernos, relativos a condições de trabalho, educação, saúde.

De acordo com Goirand (2009), os movimentos sociais surgidos em vários contextos na década de 1980 e depois na de 1990, conhecidos como “novos movimentos” ou movimentos populares (na América Latina) têm como marca a afirmação de um desejo de autonomia em relação ao Estado, aos partidos e à maioria dos sindicatos. Na América Latina, os estudos apontam para a ligação dessas mobilizações com a mudança de valores e o rompimento com estruturas sociais dominantes, além do estímulo para a construção de novas configurações identitárias. A busca de autonomia configura-se nesse momento, não só como uma especificidade desses “novos movimentos”, mas também como uma estratégia política necessária.

Muitos autores perceberam nas práticas associativas autônomas das sociedades civis designadas como “novos



movimentos” uma possibilidade de trilhar caminhos diferentes do autoritarismo, do populismo e da idéia de revolução, sendo estes identificados como fonte possível de inovação social (GOIRAND, 2009).

Segundo Avritzer (2002), a consolidação das democracias latino-americanas apoiou-se na institucionalização de práticas sociais novas, introduzidas pelos ditos “novos movimentos sociais”, por meio da emergência da “política participativa”. Desse modo, as associações voluntárias da sociedade civil introduziram novas práticas num espaço público em que a “deliberação pública” se institucionalizou. Surgiu um novo espaço público, denominado público não estatal, em que irão situar-se conselhos, fóruns, redes, Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras formas de articulações entre a sociedade civil e os representantes do poder público, para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais.

Leca (1996) questiona se o pluralismo social e a participação bastariam para garantir a democracia, considerando as dificuldades, ambiguidades e riscos associados a essas práticas deliberativas. O autor refere que:

“os grupos não representam uma prova maravilhosa da diversidade do social nem a expressão de uma ordem providencial. (...) O pluralismo funde o Estado e o social e os torna ingovernáveis, fragmentando cada um em constelações segmentadas de interesses”. (LECA, 1996, p. 223).

Na atualidade, constata-se no Brasil, uma grande desarticulação entre o Estado e a sociedade; entre as políticas públicas e suas bases comunitárias. A intensiva modificação das formas de ocupação do espaço e de organização das pessoas pelos territórios, bem como a rápida expansão de novos modos de inclusão social dos sujeitos parecem não estar sendo devidamente consideradas no planejamento, na gestão e avaliação das políticas públicas. Revela-se um vácuo, um desencontro, que atinge tanto o Estado como a sociedade, impactando o planejamento participativo, em suas dimensões técnica e política e gerando, em última instância, um visível esvaziamento da ocupação do espaço público não estatal e um distanciamento entre as diretrizes das políticas públicas com relação às bases e demandas locais da sociedade civil.

A diversificação das formas de organização dos movimentos sociais e a progressiva consolidação dos espaços públicos não estatais no Brasil apontaram para a necessidade de ampliar o diálogo das esferas estatais com as bases locais. Reforçaram-se os discursos sobre as “comunidades” e os movimentos locais; discursos disseminados ao mesmo tempo por atores locais, poderes públicos e também por pesquisadores.



Já em 1983, afirmava Ruth Cardoso que a questão levantada por esses movimentos de bairro, na ausência de objetivo revolucionário claro ou mesmo de reivindicações democráticas explícitas, não estava numa transformação radical dos sistemas políticos e das sociedades, mas no processo de inclusão política para os quais contribuía: “por seu aspecto reivindicativo, os movimentos de bairro não parecem capazes de grandes transformações, mas se forem encarados como expressão de uma nova identidade, é possível pensar que se tornem uma nova peça no jogo político” (CARDOSO, 1983, p.6).

Pretende-se neste artigo problematizar o conceito de participação no contexto atual dos movimentos sociais em saúde, considerando formas locais de organização e novas configurações identitárias percebidas em incursões realizadas no município de Jacareí em São Paulo, tomando por base premissas e dados levantados por dois projetos de pesquisa em desenvolvimento: o de pós-doutoramento da autora (GREGER TAVARES, 2012) e a investigação matricial interdisciplinar em que este se insere (TASSARA, 2009).

### **Movimentos sociais em saúde e participação social**

Em que medida os movimentos em saúde configurados espontaneamente como associações voluntárias, seriam representações de modos inovadores de organização e de novas identidades no cenário da saúde? Esses movimentos autônomos poderiam garantir maior afinidade com as demandas locais por saúde das comunidades em que se inserem por estarem mais enraizados com relação ao território em que surgem?

Considerando-se especificamente a questão da organização dos movimentos sociais na área da saúde, no Brasil, desde a promulgação da Carta Magna, em 1988, denominada Constituição Cidadã, garantiu-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de inúmeros dispositivos que sustentam a participação da comunidade na tomada de decisões pelo Estado, constituindo-se em um dos princípios organizativos do sistema, juntamente com a descentralização e a integralidade.

A participação da comunidade no SUS foi regulamentada por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 (BRASIL, 1990). Determina-se a partir dessa lei que, em cada esfera de governo federal, estadual e municipal haverá instâncias colegiadas seguindo o princípio da descentralização. Neste sentido, é conferido aos conselhos de saúde caráter permanente e deliberativo, de modo a atuarem no controle da execução da política pública nas instâncias competentes, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Segundo Gohn (2001) foram inúmeras as experiências colegiadas “conselheiristas” em saúde no Brasil. A nova versão dos conselhos de saúde por se apresentar como um canal



paritário de expressão, representação e participação, constituído por gestores e representantes da sociedade civil, seria dotada, em tese, de potencial de transformação política e, se efetivamente representativa, tenderia a imprimir um novo formato às políticas sociais, pois se relacionaria com o processo de formação das políticas e de tomada de decisões

De acordo com a Lei 8.142 (BRASIL, 1990) os Conselhos de Saúde serão compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que deverão dispor da metade das vagas; a outra metade deverá ser repartida entre os membros das outras categorias.

No entanto, como se pode observar nas conclusões de vários estudos sobre a situação dos Conselhos de Saúde no Brasil, no caso os municipais, entre eles a análise realizada por Cotta e cols (2010), a possibilidade de participação da sociedade civil nas decisões políticas do setor saúde, por meio destes dispositivos não tem garantido a superação das desigualdades que ocorrem nas relações sociais em nosso país como um todo. Configuram-se relações assimétricas de poder em que o espaço de deliberação política se faz inacessível e fragilizado, por vezes gerando um efeito de burocratização e engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde essa presença se encontra juridicamente assegurada.

Entre os impasses identificados, em nível nacional, no que diz respeito ao funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, por meio de estudos realizados em locais diversos, tais como Bahia, Ceará e Santa Catarina, apontados por Serapioni e Romaní (2006) podem-se destacar os seguintes: a dificuldade de comunicação entre Conselho Municipal de Saúde (CMS) e comunidade tem sido apontada como um importante aspecto a ser aprimorado para incrementar o grau de representatividade desse foro de participação; a concentração das informações nos gestores e nos técnicos, que acabam influenciando as decisões do CMS, ficando os representantes dos usuários muitas vezes “alheios ao debate” e sem “voz ativa”, tendo uma participação tímida no processo de discussão dos temas prioritários; a dificuldade de os representantes dos usuários expressarem sua voz para poderem realmente influenciar as deliberações do conselho.

Estes autores indicam que parece existir uma tendência a uma abordagem técnica nas discussões dos CMS, o que contribui para o “silenciamento” dos conselheiros de saúde representantes dos usuários por não dominarem esse vocabulário. Além disso, esse tipo de discussão, que prioriza aspectos técnicos e setoriais dos serviços de saúde, tende a se dedicar pouco ao debate de políticas de saúde que poderiam ter um impacto positivo nos indicadores sociais da população.



Heimann e cols (1992) destacam a vigência da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 (Brasil, 1993) como o momento que maiores contribuições apresentou à reorganização descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente por meio da gestão semi-plena; no entanto, aponta que a municipalização só pode ser entendida como processo verdadeiramente descentralizador, na medida em que fortaleça os poderes locais e aprofunde a prática da “gestão descentralizada e participativa no SUS”, favorecendo o “controle social sobre a produção e consumo dos serviços de saúde”, como reza o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (HEIMANN et al., 1992, p.39).

A Norma Operacional Básica 01/93 (NOB 01/93) (BRASIL, 1993) previa três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Para se habilitarem a qualquer uma delas, era necessário que os municípios, dentre outras coisas, constituíssem Conselhos Municipais de Saúde (CMS): espaços políticos públicos onde são representados, formal e publicamente, os interesses dos representantes da população (CORTEZ, 1998).

Heimann e cols (2001) levantaram uma série de questões discutidas em estudo realizado em doze municípios em todo o país que, tiveram a experiência de dois anos consecutivos de vigência da gestão semiplena preconizada pela NOB 01/93, focalizando os temas da participação social e do controle do público sobre o Estado, por intermédio da atuação dos Conselhos de Saúde. Um dos problemas discutidos, e que interessa diretamente aos questionamentos levantados no presente artigo, diz respeito à natureza da participação nos conselhos, ou seja, quem e de que forma o conselheiro representa. Considerando-se o Conselho de Saúde como um novo centro de poder, haveria necessidade de se desvendarem as formas de representação que se explicitam em seu interior.

De qualquer forma, os resultados do estudo empreendido por Heimann e cols (2001) sugerem, a partir das entrevistas com os conselheiros e na comparação entre os relatórios das conferências e atas dos conselhos com os planos de saúde e relatórios de gestão do governo, “a incorporação de, em média, 70% das reivindicações, sugestões e deliberações dos Conselhos de Saúde, como também das Conferências Municipais de Saúde”. (p.94).

Outro achado significativo refere-se à descoberta de que “em metade dos municípios estudados, ocorreu a criação de outros mecanismos de participação. Entenda-se por outros mecanismos toda e qualquer forma de fórum que não o Conselho ou a Conferência Municipal de Saúde, exigidos pela legislação”. (HEIMANN et al., 2001, p.92). São citados os seguintes mecanismos complementares de organização em saúde que surgem em diferentes municípios: Conselhos Locais de Saúde vinculados às Unidades Básicas de Saúde, algumas





Plenárias de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde. Além disso, os autores destacam que as associações de bairro, cuja extensão horizontal e força aglutinadora lhes permitiam influir, muitas vezes decisivamente, nas eleições para prefeito e vereadores, cumpriam um papel relevante no controle dos serviços públicos adstritos à sua área de atuação em alguns municípios (p. 92, grifo nosso).

Gohn (2004), considerando a relevância do conceito de participação social, afirma que

“é no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social” (p. 24).

### **Um método em construção**

O projeto matricial em que este estudo se insere movimenta-se por fronteiras interdisciplinares, integrando diversos olhares, tais como: Psicologia Social, Filosofia, Sociologia, Psicanálise, Geografia, Arquitetura e Urbanismo, Psicologia Sócio-Ambiental, Saúde Coletiva, entre outros.

Em ensaio inicial sobre o encaminhamento metodológico para a construção de um campo de investigação no município de Jacareí, SP, Tassara e colaboradores (no prelo) destacam a perspectiva de construção interdisciplinar de um novo objeto, inspirados no código de Barthes, no âmbito do estudo das relações entre dinâmicas psicossociais, espaço humano e modelos de urbanidade.

De acordo com Barthes:

O interdisciplinar, de que tanto se fala, não está em confrontar disciplinas já constituídas das quais, na realidade, nenhuma consente em *abandonar-se*. Para se fazer interdisciplinaridade, não basta tomar um “assunto” (tema) e convocar em torno duas ou três ciências. A interdisciplinaridade consiste em criar um objeto novo que não pertença a ninguém (1984, p. 99).



A construção desse novo objeto, no caso do projeto matricial, desenrola-se no cenário atual dos movimentos sócio-espaciais identificados localmente. A aproximação a esses movimentos sócio-espaciais no plano interpretativo e analítico do exercício da pesquisa social, portanto, só pode se dar de forma mediada a partir da inserção do pesquisador no plano local da existência cultural, social e política dos coletivos e sujeitos que pretende estudar.

A pesquisa de pós-doutoramento que suporta as reflexões aqui desenvolvidas, como sub-projeto do referido estudo matricial, compartilha dessa concepção e nela imprime suas especificidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, ao visar uma abordagem mais apurada de fatos pertinentes ao cenário dos movimentos sociais de saúde em Jacareí, caracteriza-se por um lado, pela preocupação em contemplar essa dinâmica de reciprocidade entre sujeito e objeto e por outro em desvendar de forma sistemática, o cotidiano multidimensional das microrregiões a serem estudadas numa perspectiva integrativa, capaz de realizar sínteses entre diferentes visões de mundo.

A sensibilidade necessária para realizar aproximações significativas às complexas configurações de um contexto urbano local exige um grau de refinamento que remete ao fazer etnográfico, à luz de uma Antropologia Urbana, que segundo Magnani (1996) caracteriza-se pelo duplo movimento de mergulhar no particular para depois emergir e estabelecer comparações com outras experiências e estilos de vida - semelhantes, diferentes, complementares, conflitantes - no âmbito das instituições urbanas, marcadas por processos que transcendem os níveis local e nacional.

Magnani (1996) já assinalara que as discontinuidades significativas no tecido urbano não são o resultado de fatores naturais, como a topografia, ou de intervenções como o traçado de ruas, zoneamento e outras normas. “Tais discontinuidades são produzidas por diferentes formas de uso e apropriação do espaço, que é preciso, justamente, identificar e analisar (p. 18)”.

A identificação dessas discontinuidades tem privilegiado a investigação dos espaços comunitários, espaços vivos em que pessoas ficam juntas a maior parte de suas vidas. Ainda é possível encontrar no contexto das cidades esse tipo de espaço, que pode ser associado ao conceito de comunidade. Na realidade, sociedade e comunidade configuram dois padrões de interação social, não excludentes, mas coexistentes: o primeiro implica em relações secundárias, vínculos impessoais, visão racional, atitudes utilitaristas - enquanto o segundo evoca relações face a face, sentimento de solidariedade, obediência à tradição, rígido controle social, etc. (LEACH, 1989, p. 50).

A concretização desta perspectiva metodológica está se dando pela inserção dos pesquisadores nesses espaços vivos,



mediante a utilização integrada de dois importantes instrumentos de pesquisa: a observação *in situ* e a entrevista.

Todos os procedimentos de pesquisa utilizados têm sido explicitados e negociados junto aos sujeitos investigados, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 (BRASIL, 2000). O projeto de pós-doutoramento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEPIS – parecer n. 127.605).

### **Movimentos sociais de saúde em Jacareí: vácuo participativo**

O panorama sócio-ambiental encontrado no campo, no que se refere aos movimentos sociais de saúde em Jacareí, revela uma situação paradoxal: a “existência vaga” de movimentos de saúde, particularmente os Conselhos Gestores de Saúde, pois, embora esses conselhos tenham sido compostos por lei, encontram-se inativos, também por determinação legal.

Com base em pesquisas realizadas em documentos oficiais (leis, cadastros, regimentos) e contatos informais realizados no campo (com um gestor de saúde e uma liderança de um movimento de saúde desativado há mais de dez anos no município - Movimento Popular de Saúde) foram recuperados fragmentos da história e da situação atual da participação social em saúde (SUS) no município.

Em Jacareí, a criação dos Conselhos de Saúde, em nível municipal e local foi regulamentada pela Lei Orgânica do Município (JACAREÍ, 1990). De acordo com o artigo 162 da referida lei, foram criados a Conferência e o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Saúde, nos seguintes termos: “ A toda Unidade de Saúde, integrante do SUS, corresponderá um Conselho Gestor, tripartite e paritário” (JACAREÍ, Artigo 159, § 6º, 1990).

A organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do SUS em Jacareí foi regulada pela Lei nº 4.810, de 05 de outubro de 2004 (JACAREÍ, 2004) e pela Lei nº 4.901, de 9 de setembro de 2005 (JACAREÍ, 2005) que alterou a lei precedente, indicando em seu artigo 6º que “a escolha dos membros dos Conselhos Gestores do segmento dos usuários, para a composição do Conselho Municipal de Saúde – COMUS dar-se-ia por eleição a ser realizada em assembléia dos Conselhos Gestores, 45 (quarenta e cinco) dias após as suas eleições”.

Os Conselhos Gestores tem composição tripartite, com 50% de representantes de usuários, 25% de representantes dos trabalhadores e 25% de representantes da administração pública municipal.

No Plano de Gestão (JACAREÍ, 2011) foram identificados 21 Conselhos Gestores cadastrados no município, sendo nove vinculados às UBS (Bandeira Branca, Esperança,



Vila Zezé, Paraíso, Pq. Brasil, Pq. Santo Antônio, Jd. Das Indústrias, Cid. Salvador, Paulistano), sete às UMSF (Unidades Municipais de Saúde da Família) - Jardim do Vale, Pagador Andrade, SAB Vista, São Silvestre, Rio Comprido, Igarapés, Pq, Meia Lua - e os demais a outros equipamentos do SUS, a saber, um ao CAIA (Centro de Atendimento Integral ao Adolescente – Centro), um ao CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial – Jd. Paraíba), um ao CAPS ad (CAPS Álcool e Drogas – Centro), um ao SIM (Serviço Integrado de Medicina – Jd. Paraíba) e um ao Ambulatório de Infectologia (Jd. Santa Maria).

Atualmente, conforme relato de alguns representantes do COMUS, os Conselhos Gestores, vinculados às UBS encontram-se vagos, pois as referidas leis (JACAREÍ, 2004/2005) que regulamentaram a organização desses conselhos foram consideradas *inconstitucionais* pelo Tribunal de Justiça (SÃO PAULO, 2011), após um pedido de ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade.

A inconstitucionalidade dessas leis foi alegada com base no fato de que o Poder Legislativo Municipal não tem legitimidade para deflagrar processo para criar e organizar os Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do SUS do município. Segundo a referida ADIN trata-se, no caso, de atribuição privativa do Chefe do Poder Executivo, de tal forma que o Poder Legislativo invadiu a sua esfera de competência, a quem cabe iniciativa dos projetos de lei que disponham sobre tais matérias.

Sendo assim, percebe-se, numa primeira aproximação ao campo, que a articulação dos movimentos sociais de saúde em Jacareí, seja por grupos formais ou espontâneos, parece estar centralizada no COMUS, situação que tende a se manter, por prazo indeterminado, até a reversão do processo que considerou inconstitucionais as leis que regem a organização e funcionamento dos Conselhos Gestores, ou a aprovação de uma nova lei com esta finalidade. Isso não significa que os representantes dos Conselhos Gestores estejam inoperantes, mas antes que a representatividade dessas instâncias esteja comprometida no âmbito institucional e legal.

No projeto matricial (TASSARA et al, 2009) em que essa pesquisa se insere, foram identificados, por meio de levantamento de dados oficiais sobre os movimentos sociais voluntários ativos em Jacareí e de visitas para o reconhecimento da paisagem geográfica e humana do município, movimentos populares, de caráter religioso e com finalidades sociais, entre elas, algumas iniciativas voltadas para a saúde, mas não exclusivamente.

Como justificativas para a situação encontrada no município pode-se associar as transformações nas dinâmicas dos movimentos sociais com as mudanças no perfil das gestões municipais. Na área da saúde, levantou-se que, na década de



1990, parece ter havido um recrudescimento dos movimentos em saúde, diante da desorganização estabelecida na condução das políticas de saúde e na administração do sistema de saúde pela gestão vigente à época (coligação dos partidos: Arena, PDS, PST, PSDB e PTB).

A partir de 2001, com a assunção da gestão municipal pelo PT, que representava a oposição política até então, constata-se um enfraquecimento dos movimentos em saúde e dos movimentos sociais em geral. Percebe-se que, a partir desse momento, os mecanismos de participação e controle sociais, previstos por lei, passam a ser fomentados por meio de uma gestão mais participativa, seguindo uma tendência nacional. Em certa medida, esse novo cenário político parece ter cooptado algumas lideranças que atuavam nos movimentos sociais, inclusive na área da saúde, que se inseriram nos conselhos e fóruns participativos do próprio sistema público.

Esse parece ter sido o caso do “Movimento Popular de Saúde”, que surgiu na década de 1990, tendo atuado fortemente na área da saúde, na região do Parque Santo Antônio, em Jacareí, até o início da primeira gestão do PT no município, em 2001. Um de seus líderes foi eleito vereador pelo município, passando a canalizar oficialmente algumas demandas locais de saúde a ele reportadas, tendo sido inclusive, o proponente da citada Lei nº 4.810, de 05 de outubro de 2004 (JACAREÍ, 2004) que dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas unidades de saúde do SUS.

Diante desse quadro, faz-se necessário inquirir, em primeiro lugar, os critérios de participação que regem as instâncias de controle social que sobreviveram historicamente em Jacareí. Em que medida as organizações sociais resistentes, espontâneas ou formais, estão instrumentalizando a luta pela garantia da igualdade no que tange aos direitos sociais? Isso equivale a questionar se as políticas públicas de saúde que definem as diretrizes que regem a participação e o controle sociais em saúde, entre outras, estão obtendo êxito neste sentido. Seriam apenas os conselhos locais que estariam esvaziados, ou da mesma forma, o próprio direcionamento político dessas organizações estaria sendo enfraquecido como instrumento para a garantia da igualdade social?

### **Sobreviventes dos espaços comunitários: resistência e participação**

De acordo com Magnani (1998), as práticas sociais dão significado ou ressignificam os espaços em que as pessoas vivem e se relacionam, por meio de uma lógica que opera com muitos eixos de significação: casa / rua; masculino / feminino; sagrado / profano; público / privado; trabalho / lazer e assim por diante. No contexto do bairro, por exemplo, uma das formas de apropriação do espaço, tem como referência a articulação de



vínculos já existentes - de família, vizinhança, procedência - resultando na sociabilidade típica do que o autor definiu como pedaço.

O termo na realidade designa aquele espaço intermediário entre o privado (a casa) e o público, onde se desenvolve uma sociabilidade básica, mais ampla que a fundada nos laços familiares, porém, mais densa, significativa e estável que as relações formais e individualizadas impostas pela sociedade (MAGNANI, 1998, p. 116).

Pode-se estabelecer paralelos entre as ideias de comunidade e pedaço sem, no entanto, reduzir uma à outra, pois, embora o pertencimento a uma comunidade se dê tomando por base códigos de reconhecimento, laços de reciprocidade, relações face a face, a inserção no pedaço implica, para além do estabelecimento de relações pela proximidade territorial e/ou social, na consideração de sua interação com o âmbito público, mediante, por exemplo, a criação de trajetos desenhados pelos sujeitos em direção à cidade como um todo.

Em Jacareí, foram observadas algumas peculiaridades nos espaços locais visitados que remetem às dinâmicas psicossociais apontadas pelo conceito de pedaço, mais especificamente referidas às relações estabelecidas predominantemente por jovens e homens, mais abertas ao espaço público, mescladas à sobrevivência de indícios de formas de sociabilidade típicas de bairros rurais tradicionais, incorporadas mais comumente pelos habitantes mais antigos e pelas mulheres.

Maria Izaura Pereira de Queiroz, partindo de pesquisas sobre bairros rurais paulistas, indica que a organização nestes locais se constitui

(...) como grupos de vizinhança, cujas relações interpessoais são cimentadas pela grande necessidade de ajuda mútua, solucionada por práticas formais e informais, tradicionais ou não; pela participação coletiva em atividades lúdico-religiosas que constituem a expressão mais visível da solidariedade grupal (...) (QUEIROZ, 1973, p.195).

Em algumas localidades de Jacareí revelam-se traços de um mundo tradicional rural, tais como: importância conferida à dimensão do parentesco, prática de ajuda mútua para resolução de problemas, proximidade territorial das relações, forma de organização social insipiente, “fechamento” da arquitetura local, papel significativo da mulher como referência e liderança na articulação comunitária e a indissociabilidade entre o saber e o fazer.

Nas andanças realizadas em Vila Garcia em Jacareí ocorreram encontros significativos com alguns sujeitos que



poderiam ser designados como sobreviventes de um mundo tradicional por manterem vivas formas de sociabilidade tipicamente comunitárias e, ao mesmo tempo, como lideranças políticas contemporâneas por “resistirem”, ainda que de forma não consciente, diante das forças sociais dominantes, embora com poderes limitados a um coletivismo gregário.

O bairro Vila Garcia, localizado no distrito de São Silvestre, foi formado na década de 1920 e recebeu esse nome em homenagem a família Garcia, os primeiros moradores. De acordo com estudo realizado sobre as mudanças ocorridas no bairro de 1970 a 2010 (COSTA et al, 2010), no início, a localidade era uma fazenda, pertencente à família Garcia, que tinha por principal produção e fonte de renda o cultivo de pêssegos. Essa fazenda possuía uma pequena área para convívio de seus funcionários, que acabou dando lugar a um vilarejo. Posteriormente, o proprietário da fazenda vendeu parte de sua propriedade para uma indústria produtora de celulose que se instalaria no local, devido à possibilidade de retirar a água necessária para a produção do Rio Paraíba do Sul. Foi criado um loteamento para a construção das residências dos primeiros operários atraídos pela indústria, formando o primeiro núcleo de moradores do bairro Vila Garcia.

De acordo com este estudo houve, a princípio, um movimento migratório para essa região, de famílias provenientes do sul do estado de Minas Gerais. O bairro, que compunha a zona rural de Jacareí (aproximadamente 12 Km do centro) é cortado por um braço do Rio Paraíba do Sul, sendo acessado, no início, exclusivamente por uma balsa. Com a instalação da indústria de celulose, a própria fábrica, “Papel Simão S/A”, construiu uma ponte para garantir o acesso à empresa e também ao bairro, que passou a ser o único ponto para a chegada da matéria prima e saída do produto, além do acesso para os moradores do bairro.

O mesmo estudo aponta que, aos poucos, a fábrica foi se expandindo acarretando o aumento do número de funcionários e da população do bairro, composta predominantemente por trabalhadores da empresa com baixa ou nenhuma escolarização e provenientes de zonas rurais em que se praticava a agricultura, portanto, uma mão de obra não especializada. Foi construída uma escola estadual entre 1970 e 1980 onde estudavam predominantemente funcionários e parentes dos mesmos e uma área de lazer de propriedade da empresa. Posteriormente, foram instaladas pela Prefeitura, uma Unidade Básica de Saúde, uma Escola de Educação Infantil, uma Creche, uma Associação Comunitária (Amigos de Bairro) e uma Igreja Matriz Católica, tendo sido construída em terreno doado pela indústria “Papel Simão S/A”.

Os autores (Costa, et al, 2010) destacam o papel catalisador do estado e da indústria na estruturação do espaço local, percebendo ainda indícios do impacto da especulação





imobiliária na fragmentação na região de Vila Garcia, criando-se novos loteamentos/bairros, como a Vila São João, Vila São João I e Vila São Simão no distrito de São Silvestre. Indicam também a existência de uma grande lacuna na gestão estatal local no que se refere à garantia dos direitos sociais em todas as áreas e que, apesar disso, os moradores, que são migrantes em sua maioria, mantêm vínculos identitários com o local, preservando suas raízes culturais.

As impressões geradas a partir da inserção dos pesquisadores na localidade de Vila Garcia, em 2013, por um lado, não foge às percepções apontadas por Costa et al (2010), na medida em que os impactos gerados pelas lacunas da gestão estatal e as contradições sociais vivenciadas pela população ainda podem ser observadas, a despeito das grandes transformações sócio-econômicas em curso no Brasil pós-Lula, com a crescente promoção da inclusão social. Acrescente-se a estas, as intensivas modificações instauradas pelo capitalismo global: a empresa Papel Simão S/A foi incorporada pela fusão da Aracruz com a Votorantim Celulose e Papel, transformando-se, em 2009, na “Fíbria S/A”, a maior empresa brasileira de celulose e papel, tendo firmado a partir de 2012, aliança estratégica com a norte-americana “Ensyn” para investir no segmento de combustíveis renováveis a partir de madeira e biomassa.

Entre os encontros significativos que ocorreram em Vila Garcia, destaca-se uma entrevista realizada com uma personagem feminina, exemplar em sua vinculação com os movimentos sociais de saúde no município, que fertilizou importantes reflexões: Dona Rosa (nome fictício).

### **Dona Rosa: a nordestina que trabalha com o coração**

“A verdade eu tenho que falar, doa a quem doer: Eu sou nordestina, não tenho leitura, não sei falar, mas sei trabalhar com o coração” (ROSA, 2013).

Paraibana, 54 anos, veio para Jacareí – São Paulo, para o bairro de Vila Garcia há 21 anos. Seu irmão trabalhava na fábrica de papel (Papel Simão S/A) e mandou chamar seu ex-marido para trabalhar em Jacareí. Venderam tudo que tinham na Paraíba e compraram em Jacareí. Vieram com a família, 12 filhos, sobraram sete. No início viveram de doações, pois não tinham nada, “só filho pequeno pra criar”.

Logo se separou do marido, que foi embora; voltou para a Paraíba. Além de criar e apoiar os filhos, ainda ajuda o ex-marido até hoje, mandando dinheiro para ele. Aponta que, apesar das dificuldades, não sai mais de Jacareí para voltar para sua terra, pois “aqui os empregos são mais fáceis”, lá era só roça (...).

Sua casa, um sobrado, relativamente bem acabado e decorado, situa-se na esquina de duas ruas importantes da





localidade; ponto de passagem, com grande fluxo de pessoas. Localiza-se perto da Escola Municipal de Educação Infantil, de uma Creche mantida pela Prefeitura que tem um espaço de lazer (parquinho) para as crianças, da Unidade Básica de Saúde (a única existente no bairro), de uma Associação de Bairro, de uma Associação Filantrópica mantida pelos vicentinos, de um campo de futebol e da Igreja Matriz Católica São Silvestre.

Mantém as portas de sua casa semi-abertas para as pessoas da comunidade que, ao necessitarem de algo, “dão uma chegada lá” e ao mesmo tempo, observa o movimento do bairro pelas janelas e portas de sua casa que tem duas entradas.

Relata que: “O pessoal aqui, comigo, é um pessoal que gosta de ajudar (...) (hoje) se alguém passar aqui, precisando de alguma coisa, eu vou atrás, eu sou evangélica, e peço ajuda para os vicentinos, que são católicos”.

Dona Rosa participa intensamente da vida do bairro, “conhece todo mundo”, sabe quem é de lá e quem chega de fora. Procura auxiliar a quem chega e não tem nada, como fizeram com ela.

Tem uma preocupação especial com a questão da saúde, tendo sido uma das primeiras conselheiras eleita para o Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde (UBS). Ressente-se com a falta de médicos (...) são bons, mas poucos para atender a todos. Mesmo assim, ainda vem gente de outros bairros que nem atendimento básico em saúde tem, para se consultar. A principal dificuldade que identifica no local, na área da saúde, é a falta de um pronto-atendimento que, aliada à inexistência de um transporte de emergência (ambulância) para levar as pessoas até o centro de Jacareí, resulta na ocorrência de um número elevado de mortes por falta de socorro imediato. Destaca ainda os altos índices de problemas respiratórios, mas não faz uma vinculação espontânea destes distúrbios com a questão da poluição gerada pela indústria de celulose, instalada no local. No momento em que os pesquisadores a estavam entrevistando, bateu à porta de sua casa um senhor dizendo que morava há muitos anos no bairro e nunca havia pedido nada a Dona Rosa, mas que agora estava precisando muito de uma ajuda para completar o dinheiro que faltava para comprar um medicamento inalatório para a filha que sofria de asma grave. No mesmo momento, ela fez a conta de quanto faltava, pegando o monte de dinheiro arrecadado por ele e completando o que faltava.

Ela foi reeleita várias vezes como membro do Conselho Gestor da UBS, mas hoje não participa mais, pois, além de não ser permitido pela lei que se reeleja novamente, refere estar enfrentando muitos problemas pessoais, mas continua ajudando como pode.

“Tanto faz eu ser Conselho Gestor ou não ser; se eu chegar na Unidade de Saúde e



tiver alguém atendendo mal, eu vou direto na Secretaria da Saúde”.

Revela que em pouco tempo, perdeu uma de suas filhas, que foi assassinada e uma neta de 11 anos, que foi atropelada por um caminhão de carga, ao voltar a pé da escola na travessia da ponte. Além disso, cria um neto, pois a mãe dele (sua nora) abandonou a família, e ajuda a cuidar do genro, pai da menina morta, que está com câncer na garganta.

Ao referir-se ao acidente da neta, enfatiza que foi atropelada por um caminhão de carga, mas não relaciona o acidente com o intenso fluxo de caminhões para o transporte de madeira e outros insumos para a indústria local de celulose. Fala que agora paga uma perua escolar para transportar em segurança o outro neto para a escola. Lembra-se apenas, em outro momento que, por ocasião da construção da ponte, ficou acordado entre empresa e Prefeitura que não seria permitida a circulação de caminhões de grande porte pela ponte, mas que isso não estava sendo cumprido.

No deslocamento pelo bairro, foi possível perceber o trânsito frequente de grandes caminhões em alta velocidade, inclusive pela região da ponte, além de terem sido ouvidos vários relatos sobre atropelamentos no local.

Na comunidade, há duas escolas: uma de educação infantil, construída no bairro de Vila Garcia, do lado de cá da ponte, servindo mais à comunidade local e outra, de ensino fundamental, situada na entrada do distrito de São Silvestre, do lado de lá da ponte. Para acessar a escola fundamental as crianças e jovens do bairro de Vila Garcia tem que atravessar a ponte, o que não acontece com as crianças vindas de outros bairros.

Ao ser inquerida sobre a cidade Jacareí, refere que “lá na cidade (centro) tem tudo - referindo-se à saúde - e aqui (bairro) não”.

## **Discussão**

Considerando as características planetárias do processo contemporâneo de globalização, torna-se uma questão essencial, do ponto de vista científico, social e político, descobrir se a motivação para a constituição de grupos populares que surgisse de demandas locais permitiria, a esses grupos, que se articulassem de uma maneira mais permanente e autônoma, e até mesmo resistente ao processo de globalização, podendo conduzir à proposição de alternativas à globalização hegemônica.

De acordo com Tassara (2012), pode-se partir do pressuposto de que tal globalização produzia repercussões nas sociedades pós-coloniais latino-americanas, relacionadas a uma cisão urbana-periurbana. Em decorrência, seria relacionada



também com as correlatas manifestações de não-inclusão, gerando, por hipótese, conseqüências específicas no socioambiente latino-americano. Caberia investigar se os coletivos sociais e políticos analisados, ao reagirem a tal percepção de não-inclusão, buscariam modos de aproximação frente aos modelos de urbanidade, cujo resultado almejado seria, assim, a plena integração desses coletivos a tais modelos, ou se, ao contrário, questionariam os modelos identitários ligados à gênese desta percepção, propondo formas alternativas de configuração identitária.

Além disso, cumpriria saber se os princípios dinâmicos subjacentes à gênese local desses grupos interagem com estas influências da globalização, definindo e/ou influenciando a história dos mesmos. Este último objetivo, de relevância teórica para uma psicologia social dos fenômenos da globalização, geraria um conhecimento sobre relações entre grupos geneticamente vinculados a fortes demandas territoriais e o crescimento de uma originalidade nas manifestações de sua potência de ação (SAWAIA, 2002) frente à globalização hegemônica.

Entende-se como potência de ação,

a capacidade de ser afetado e afetar o outro num processo de possibilidades infinitas de composição da vida. (...) É a unidade do corpo e da mente configurando uma força que vem da alegria de saber-se causa dos próprios afetos e senhor das próprias percepções e ações (SAWAIA, 2004, p.17).

Essa possibilidade de resistência indicaria a existência de formas de enraizamento, ou territorialização da identidade, que sugeririam por sua vez, a permanência da importância dos espaços locais, concomitantemente aos espaços de fluxos globalizantes.

Considerando as formas de organização comunitária como um indício de sobrevivência de raízes mais arcaicas da identidade brasileira, ainda que atravessadas pelas relações econômicas e políticas globais, vislumbra-se nos pequenos grupos de bairros, marcados por um coletivismo gregário (nos moldes rurais) e geralmente liderados por autoridades matriarcais, a configuração de uma célula política, embora com poder e autonomia limitados, frente às grandes distâncias e desigualdades sociais, concretizando ações resistentes, ainda que com caráter mais corretivo que preventivo.

Personagens como D<sup>a</sup> Rosa, resistem diante dos desmandos e descasos políticos regionais que atingem seus familiares e vizinhos, na luta pela garantia da igualdade dos direitos sociais, em particular na área da saúde. Ela não tem estudo, nem leitura e não sabe falar, como diz, mas mostra-se relativamente esclarecida sobre a conduta dos políticos do



município e conhece e ocupa os canais de participação do espaço público não estatal, como o Conselho Local de Saúde. Ao mesmo tempo, mostra consciência relativa e poder de ação limitado no que tange ao enfrentamento dos desmandos da política nacional e dos efeitos da perversidade do capital no contexto da globalização.

Evidenciaram-se formas de inclusão perversas (MARTINS, 2002), na medida em que a oferta de equipamentos sociais, entre eles escolas e unidades de saúde não tem garantido a preservação dos direitos à saúde e educação de forma integral, pois, embora os moradores utilizem esses serviços, o acesso aos mesmos é dificultado, quer pela restrição da mobilidade, quer pela vulnerabilidade a acidentes de trânsito, entre outros, isso sem considerar a qualidade da prestação de serviço.

Martins (2002) polemiza a tentativa de conceber a exclusão como centro da explicação da realidade social contemporânea em países como o Brasil. Aponta que: “a concepção de exclusão é antidialética. Ela nega o princípio da contradição, nega a história e a historicidade das ações humanas” (2002, p.3).

O autor analisa as formas perversas de inclusão social como decorrentes de um modelo de reprodução ampliada do capital, que, no limite, produz escravidão, desenraizamento, pobreza e também ilusões de inserção social. Afirma que não há propriamente exclusão e sim formas anômalas e injustas de inclusão. (MARTINS, 2002).

Ao investigar segmentos sócio-culturais brasileiros de baixíssima renda e que, devido a isto, constroem a sua própria moradia, Rabinovich (1997) também questionou o conceito de exclusão e interpretou a situação psicossocial em que vivem estes sujeitos, como sendo uma condição de liminaridade. Identificou os sujeitos de sua pesquisa como habitantes de um espaço marginal, de um espaço-fronteira.

Para a autora, o conceito de liminaridade, extraído de Turner (1974), refere-se às experiências vividas por sujeitos situados no limite, na articulação social de dois tipos de territórios: por um lado encontram-se excluídos, desfavorecidos e marginalizados com relação à forma dominante de ocupação e de organização do espaço social, mas, por outro, são incluídos ao habitarem “espaços de transição” (RABINOVICH, 1997, p. 22).

Alguns relatos demonstram uma condição de liminaridade, revelada nas relações ambíguas entre os moradores e o Estado e também entre os primeiros e o setor privado, aqui representado pela empresa de papel. Por um lado os cidadãos cobram de ambos os setores, a garantia e otimização do acesso aos recursos sociais e minimização de riscos de agravos à saúde; por outro, tendem a ser cooptados pelos sistemas: público e privado, por meio de mecanismos de



suposta participação social, disponibilizados por estas instâncias, mas que não garantem, nem a representatividade dos participantes e muito menos a resolubilidade dos problemas cotidianos enfrentados pela comunidade.

Assim é que D<sup>a</sup> Rosa, mesmo sendo atuante nos movimentos sociais locais de saúde, tendo voz, inclusive no Conselho Municipal de Saúde, mostra-se apática e impotente diante da morte por atropelamento de sua neta, recorrendo a soluções paliativas para proteção de seu outro neto, mas não desencadeando uma discussão ou mobilização coletiva consistente para desvelar e contrapor diretamente as problemáticas mais amplas vinculadas às políticas públicas que definem o planejamento urbano (trânsito) e a organização das ações de saúde (acesso a pronto-atendimento).

Na Vila Garcia, é evidente a violência institucional implícita, por exemplo, na falta de cuidado e responsabilização por parte da empresa local pela manutenção cotidiana da segurança e saúde dos moradores que vivem em seu entorno, embora a organização desenvolva projetos sociais no local, mantendo inclusive um NEA (Núcleo de Educação Ambiental) com o objetivo de promover a educação ambiental e a inclusão social para a comunidade.

Os moradores locais reconhecem o papel social exercido pela organização, por exemplo, no oferecimento de cursos de formação para jovens por meio de uma rede de aprendizagem e ações locais, mas enfatizam o papel da empresa no oferecimento de subsídios para realização de obras para melhoria nos prédios públicos, destacando, entre elas, a construção de um parquinho infantil ao lado da creche, como a colaboração mais relevante que a empresa ofereceu à comunidade. Não se manifesta, porém, nestes discursos a consciência sobre as contradições presentes nestas ações, pois, se por um lado procuram dinamizar a economia da região e promover maior inclusão social, por outro carecem de um diálogo mais próximo, profundo e constante com a comunidade local para identificação de suas reais necessidades, oferecendo ações paliativas e remediativas, que acabam por iludir os moradores locais, que, mesmo se opondo aos desmandos do capital, são dependentes dele para sobrevivência e inclusão por meio do consumo. Tanto é assim que as formas de organização comunitária acabam utilizando como recurso principal a realização de abaixo-assinados para resolução de problemas emergentes pela minimização de suas consequências, atuando como uma central de vigilância para a comunidade. São verificadas dinâmicas semelhantes nas relações entre comunidade e o Estado.

Pode-se falar contemporaneamente de sujeitos participantes e autônomos perante as determinações da globalização? A utopia acerca de sujeitos autônomos que participam do planejamento, avaliação, fiscalização e controle



de execução das políticas públicas de saúde, entre outras, subjaz à visão de homem e de mundo que fundamentam essas mesmas políticas. A ética da autonomia não depende da vontade do sujeito, que é operado por uma “máquina” que, embora dependa dele para funcionar, parece trazer como única possibilidade de consciência, o reconhecimento de sua impotência diante destes fatos. É possível que o conceito de potência de ação no mundo globalizado esteja atrelado ao grau de consciência possível sobre esse jogo de forças. No entanto, há indícios de que a fundamentação das políticas públicas brasileiras ainda opere com a ideia de um “sujeito autônomo” que não mais se sustenta.

Em estudo em que se procedeu a uma análise da política pública dos Coletivos Educadores para Territórios Sustentáveis (TASSARA, no prelo) foi destacada a questão da participação, essencial para a operacionalização da política em questão, uma vez que visa à construção intencional e compartilhada de leituras, diagnósticos e planos de ação. Problematizou-se justamente esta possibilidade de construção intencional e compartilhada de leituras da realidade, projetos e planos de ação com elas compatíveis. Essas estratégias e seus fundamentos são comuns às esperanças projectuais (MALDONADO, 1971) impressas em várias políticas públicas contemporâneas, entre elas, as políticas de saúde brasileiras que postulam a participação social como uma relevante diretriz.

Encontra-se aqui uma contradição, também apontada pelos autores: em qualquer planejamento participativo, os planejadores políticos não poderiam antecipar-se no que se refere às decisões que o planejamento exige, tampouco deveriam se fundamentar em análises racionais de situações ditas problemáticas, mas seria condição essencial que a participação se instaurasse desde o princípio de forma descentralizada e fomentada pelos planejadores, na própria identificação do que deve ser considerado como situações prioritárias e de como podem ser compreendidas de uma perspectiva integrada.

No que tange à organização dos movimentos sociais em saúde, no Brasil, desde a promulgação da Carta Magna, em 1988, garantiu-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, de inúmeros dispositivos, em destaque os Conselhos de Saúde, que sustentam a participação da comunidade na tomada de decisões pelo Estado, sendo um dos princípios organizativos do sistema. No entanto, há uma possibilidade de que a mera participação da sociedade civil neste âmbito não garanta o êxito da democratização da saúde.

De acordo com Lima *et al* (2012), a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990 refletiu projetos econômicos e sociais de ideologias e finalidades distintas, integrando-se aos princípios defendidos pela Constituição Federal de 1988. Foram priorizadas as relações verticais e se estabeleceu como foco a transferência de poder decisório,



responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. No entanto, apesar da ampliação da abrangência do poder municipal na gestão em saúde, é evidente a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS. Falta adequação às múltiplas realidades brasileiras e a diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde.

A descentralização tem que ser aliada ao fortalecimento das estratégias de regionalização. As regiões, como locus principal dos processos de regionalização, constituem-se como base territorial para o planejamento de Redes de Atenção em Saúde (RAS), atual eixo condutor da organização espacial do SUS, que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde. Devem se constituir em espaços privilegiados de articulação intergovernamental para a condução do sistema de saúde, como também deveriam potencializar a articulação com a participação social, justamente para canalizar, de forma mais enraizada, as necessidades por saúde e os nós críticos que emergem das dinâmicas territoriais específicas encontradas nas diversas regiões.

A compreensão sobre as formas de articulação, ainda que esvaziadas dos movimentos sociais em saúde encontradas em Jacareí e as contradições inerentes à formulação de políticas públicas, embasadas nos princípios de regionalização e na estratégia de formação de Redes de Atenção à Saúde, entre outros, podem contribuir no desvelamento acerca dos princípios que regem o ideário subjacente ao próprio planejamento participativo e, por extensão, às dinâmicas psicossociais dos coletivos sociais.

## **Conclusão**

As formas de organização social emergentes vêm se dando pelas bordas sociais e à margem do Estado, assumindo configurações de manifestações proto-revolucionárias dispersas e anárquicas, com múltiplos núcleos e lideranças que, portanto, não podem ser designadas como movimentos sociais. São portadoras de reivindicações que convergem para a busca de ampliação da inclusão na ordem hegemônica e pela garantia do poder de consumo, sendo semelhantes neste sentido, mas extremamente variáveis quanto às dinâmicas e conteúdos.

As políticas sociais no Brasil, pós 2005, têm atendido a uma série de reivindicações sociais importantes vinculadas à educação, saúde e habitação, entre outras, mas de forma contraditória não romperam com paradigmas e modelos hegemônicos, acentuando cada vez mais a uniformização de





diferenças sócio-culturais sob a aparência de uma “pseudo-contra-hegemonia”.

Alia-se a esta contradição, outra questão fundamental: se por um lado os direitos sociais têm sido, de certa forma, contemplados pelas leis e políticas públicas brasileiras, percebe-se uma fragilização quanto à garantia a execução dessas leis e à qualidade da gestão das políticas públicas. Nota-se um distanciamento entre o Estado e as bases locais da sociedade e um enfraquecimento do diálogo com as comunidades, embora tenham se multiplicado os espaços de participação social na gestão estatal.

Isso posto supõe-se, a partir de uma primeira aproximação ao campo da saúde em Jacareí, que embora a existência dos Conselhos de Saúde, locais e municipal, tenha sido garantida por lei, ocorreu um esvaziamento, tanto na participação dos sujeitos nesses fóruns, como no poder de representação de seus participantes, particularmente dos usuários do SUS em função dessas dinâmicas contraditórias que perpassam todos os movimentos sociais no Brasil na atualidade. Os Conselhos Gestores mais próximos às comunidades e, por pressuposto, mais afinados às demandas por saúde locais, ainda se encontram ativos, apesar de ter sido decretada a inconstitucionalidade das leis que regem seu funcionamento, mas encontram-se extremamente limitados quanto à representatividade de sua participação no controle social das políticas públicas de saúde.

Neste sentido, mostra-se relevante a aproximação às experiências vividas por atores sociais das bases locais, usuários do SUS, que de alguma forma participaram ou participam dos Conselhos de Saúde, particularmente os locais e/ou de algum tipo de movimento coletivo, ainda que não organizado ou formalizado, mas que manifestam sua liderança e capacidade estratégica de reinventar o cotidiano e superar as dificuldades.

Apesar da velocidade da propagação das informações, o nível de esclarecimento sobre as dinâmicas sociais emergentes mostra-se raso, expressando-se por meio de discursos vazios. É necessário explorar novas formas de aproximação aos sujeitos dessa história, escutar outros atores que vivem essa história no cotidiano, visando aprofundar a análise sobre essas dinâmicas psicossociais.

## Referências

AVRITZER, L. **Democracy and Public Space in Latin America**. Princeton-Oxford: Princeton University Press, 2002.

BARTHES, R. Jovens pesquisadores. In: BARTHES, R. **O rumor da língua**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.





BRASIL. **Ministério da Saúde**. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93, 1993.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS 196/96 e outras Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. (Série Cadernos Técnicos). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

CARDOSO, R. C. L. Movimentos sociais urbanos: um balanço crítico. In: SORJ, B. ; ALMEIDA, M. H. T. (Eds.). **Sociedade e política no Brasil pós-1964**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CORTEZ, S. M. V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 3, p. 5-17, 1998.

COSTA, S. M. F; FILHO J. M.; RODRIGO B. Mudanças espaciais no bairro de Vila Garcia, município de Jacareí – SP, no período de 1970 a 2010. **ANAIS do XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica**, X Encontro Latino Americano de Pós Graduação e IV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Junior. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M. e MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

GOHN, M. da G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p. 20-31, maio-ago, 2004.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOIRAND, C. Movimentos sociais na América Latina: elementos para uma abordagem comparada. **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, p. 323-354, jul-dez, 2009.



GREGGER TAVARES, S.M. **Movimentos sociais em saúde: associações voluntárias e conselhos municipais de saúde - potência de ação e enraizamento.** Projeto de Pós-Doutoramento. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2012.

HEIMANN, L. S.; PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, jan-fev, 2001.

HEIMANN, L. S.; CARVALHEIRO, J. R.; DONATO, A. F.; IBANHES, L. C.; LOBO, E. F. & PESSOTO, U. C. **O Município e a Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

JACAREÍ. **Secretaria de Saúde.** Relatório de Gestão. Organização da Assistência à Saúde no município no âmbito do SUS, 2011.

JACAREÍ. **Câmara Municipal de Jacareí.** Lei nº 4.810, de 05 de outubro de 2004 Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde no Município de Jacareí e dá outras providências e Lei nº 4.901, de 9 de setembro de 2005. Altera a Lei nº 4.810, de 5 de outubro de 2004, que “dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde do Município de Jacareí e dá outras providências, 2004/2005.

JACAREÍ. **Lei Orgânica do Município de Jacareí.** Lei Municipal Nº 2.761, de 31 de março de 1990.

LEACH, E. **A diversidade da Antropologia.** Lisboa: Edições 70, 1989.

LECA, J. La démocratie à l'épreuve des pluralismes. **Revue Française de Science Politique**, v. 46, n. 2, abr., p. 223, 1996.

LIMA, L. D. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012.

MAGNANI, J. G. **Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade.** São Paulo: Hucitec, 1998.

MAGNANI, J. G. C. Quando o campo é a cidade: fazendo Antropologia na metrópole. In: MAGNANI, J. G. C. TORRES, L. de L.(Orgs.) Na Metrópole - Textos de **Antropologia Urbana.** São Paulo: EDUSP, 1996. p. 18.



MALDONADO, T. **Meio ambiente e ideologia**. Lisboa: Giulio Eniaudi Editore, 1971.

MARTINS, J. S. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

RABINOVICH, E. P. **Vitrinespelhos transicionais da identidade: um estudo de moradias e do ornamental em espaços sociais liminares brasileiros**. São Paulo: Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.

ROSA, D. Depoimento obtido por meio de entrevista. Jacareí, 2013.

SÃO PAULO. **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN). Inconstitucionalidade das Leis n 4.810, de 05 de outubro de 2004 e n. 4.901, de 9 de setembro de 2005, todas do município de Jacareí. Protocolo n. 134.316/2010, 2011.

SAWAIA, B. B. Affectivity as an ethical-political phenomenon and locus for critical epistemological reflection in Social Psychology. **International Journal of Psychology**, n.9, p. 17, 2004.

SAWAIA, B. B. Participação social e subjetividade. In: SORRENTINO, M. (Coord.). **Ambientalismo e participação na contemporaneidade**. São Paulo: Educ/FAPESP, 2002. p. 115-134.

SERAPIONI, M., ROMANÍ, O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2411-2421, Nov., 2006.

TASSARA, E. T. O; ARDANS-BONIFACINO, H. O; MASSOLA, G. M.; ARCARO, N.T. Coletivos Educadores para Territórios Sustentáveis (CETS): uma análise da política pública. In Política Ambiental, Ciência e discurso: Prolegômenos a uma Ciência Ambiental Prospectiva. **Revista Estudos Avançados, IEA-USP**, São Paulo, no prelo.

TASSARA, E.T.O. **Relatório Parcial apresentado à FAPESP**. São Paulo, outubro de 2012.

TASSARA, E. T. de O.; MASSOLA, G. M.; VICHETTI, S. M. P. **Formas organizativas de coletivos sociais e políticos em cidades latino-americanas: um estudo psicossocial do**



**enraizamento em fronteiras urbanas-periurbanas no território de São Paulo-SP.** Projeto de Pesquisa apresentado à FAPESP, 2009.

TURNER, V. **O processo ritual: estrutura e anti-estrutura.** Rio de Janeiro: Vozes, 1974.

QUEIROZ, M. I. P. **O campesinato brasileiro.** Petrópolis: Vozes, 1973.