UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**A FORMAÇÃO POLÍTICA E O FORTALECIMENTO
DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE:**
o caso dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de
Saúde do Movimento de Saúde
da Zona Leste de São Paulo

CLÁUDIA MARIA BÓGUS

**Tese apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública,
para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública**

Orientador: Profa. Titular MARCIA FARIA WESTPHAL

SÃO PAULO
1997

AGRADECIMENTOS

Acolhe, ó meu amigo, o balbucio do meu respeito!

(Poema de Tu Fu a Li Po/Tu Fu)

Minha gratidão.

À Marcia Faria Westphal, pela competência, dedicação e entusiasmo com que orientou este trabalho. Mas, principalmente, pelo apoio, estímulo, confiança e carinho, demonstrados durante todos estes anos.

Aos membros da Comissão Julgadora do Exame de Qualificação, Sueli Gandolfi Dallari e Marília Pontes Sposito, pelas contribuições e sugestões para o projeto da pesquisa.

Aos membros da Comissão Julgadora desta Tese de Doutorado, José Marcelino de Rezende Pinto, Marília Pontes Sposito, Sérgio Haddad e Rubens de Camargo Ferreira Adorno, pela dedicação e atenção com que leram a minuta desta tese e a discutiram comigo, oferecendo valiosas e significativas contribuições para sua versão final.

À FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), pelo financiamento do Projeto “A Formação Política e o Fortalecimento da Participação Popular em Saúde” e dos Sub-Projetos “Caracterização da população alvo dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste”, “Conteúdos de nutrição e saúde nos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste” e “Formação de conselheiros de saúde: promoção pessoal e militância política”, que resultaram neste trabalho.

Às Bolsistas de Iniciação Científica da FAPESP, Paula Regina Orlando, Elisa de Carvalho Hanada e Adriana de Campos que garantiram a realização dos Sub-Projetos acima nominados, trabalhando com dedicação, competência e grande disponibilidade.

À CAPES (Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela Bolsa de Estudos durante o período de realização do doutorado, incluindo a Bolsa referente ao Programa de Doutorado no Brasil com Estágio no Exterior, que me proporcionou a realização de estágio junto ao CREA (Centro de Investigación en Educación de Personas Adultas) da Universidade de Barcelona/Espanha.

Ao Professor Ramón Flecha e demais membros do CREA, pela acolhida, pela possibilidade de acompanhamento de alguns de seus trabalhos e atividades e pelas importantes contribuições para o referencial teórico utilizado neste trabalho.

À Direção do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela possibilidade de continuidade na realização deste trabalho.

Ao Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) e à Sempreviva Organização Feminista (SOF), pela disponibilidade com que possibilitaram e auxiliaram a realização desta pesquisa.

A todos os que foram entrevistados ou responderam ao formulário, pela paciência e disponibilidade, que foram fundamentais para a conclusão deste estudo.

Ao Fernão Dias de Lima da Faculdade de Saúde Pública, pelo auxílio na elaboração da pirâmide populacional.

Ao Nelson Brandão do Instituto de Saúde, pela ajuda na resolução de alguns problemas de informática.

À bibliotecária Angela Maria Belloni Cuenca da Faculdade de Saúde Pública, pela revisão das referências bibliográficas.

À Sonia Nussenzweig Hotimsky, pela revisão do resumo em inglês.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, Mila, Etevaldo, Flávia, Ivany, Regina, Antonio, Valdívia, Laurindo e José, pelos mais diversos auxílios e colaborações.

Aos amigos André, Aurea e Sonia, pelas trocas, pela solidariedade e pelo carinho.

Aos meus pais e meu irmão, pelos inúmeros apoios.

Este trabalho teve por objetivos analisar e avaliar as propostas pedagógicas e metodológicas dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde, promovidos pelo Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo no período compreendido entre 1987 e 1992, verificando se estes cursos causaram mudanças de atitudes entre seus participantes e qual o seu impacto no próprio Movimento de Saúde.

Quanto à metodologia optou-se pela utilização de técnicas combinadas (análise documental, caracterização sócio-econômica e demográfica de uma amostra da população alvo dos cursos e entrevistas individuais em profundidade com informantes-chave: membros das equipes técnicas e ex-participantes dos cursos) para a coleta de dados quantitativos e qualitativos que foram interpretados de forma conjunta, objetivando a realização de uma análise qualitativa. Procurou-se explicar e compreender o objeto de estudo - Cursos de Formação - na sua complexidade, interpretando-o e contextualizando-o, dentro da dinâmica social em que estava inserido: Movimento de Saúde da Zona Leste.

O referencial teórico para a análise inspirou-se na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

Os resultados indicaram que os cursos atingiram seu objetivo de capacitar lideranças para a atuação no Movimento de Saúde da Zona Leste e para a participação popular em saúde, além de contribuir no desencadeamento de mudanças no modo de vida de seus participantes que, também se refletiram, no caráter e no perfil do Movimento de Saúde.

The objectives of the study are to analyse and evaluate the pedagogical and methodological proposals of courses promoted by Health Movement of the Eastern District in São Paulo, between 1987 and 1992, for the political education of health counsellors. It intends to verify if these courses resulted in attitudinal changes and to describe their impact on the Health Movement itself.

Concerning the methodology, combined techniques were used (documental analysis, socio-economic and demographic characterization of a sample of participants of the Course and in depth individual interviews with key-informants: members of the technical group and ex-participants of the course) to collect quantitative and qualitative data, which were both explored in order to obtain a qualitative analysis. The object of this study - the political education courses for health counsellors - is describe and analyse in its complexity, as the proposal with was developed within the social context of the Health Movement of the Eastern District in São Paulo.

The theoretical framework of the analysis is inspired on Habermas's Theory of Communicative Action.

The results indicate that the courses reached their objectives of forming leaders for the Health Movement of the Eastern District in São Paulo and stimulating popular participation in public health issues. They also contributed towards the development of changes in the life styles of their participants, that also reflected upon the character and the profile of the Health Movement.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	1
PARTE I - O PROBLEMA DA PESQUISA E O QUADRO TEÓRICO	5
1 - O MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E A FORMAÇÃO POLÍTICA DE CONSELHEIROS DE SAÚDE	6
2 - A CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS E O ESTADO	26
3 - A EDUCAÇÃO POPULAR E A TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA	45
PARTE II - A CONCEPÇÃO DA PESQUISA	57
1 - DA TEORIA À PROPOSIÇÃO DA PESQUISA	58
2 - A HIPÓTESE DA PESQUISA	59
3 - O CAMINHO METODOLÓGICO	60
PARTE III - RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
1 - OS CURSOS DE FORMAÇÃO POLÍTICA DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE	68
• HISTÓRICO	68
• OBJETIVOS	82
• PARTICIPANTES	87
• CONTEÚDO	101
• METODOLOGIA	105
2 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO E DO IMPACTO DOS CURSOS	117
• A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO ATRAVÉS DO DIÁLOGO	117
• TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DA VIDA	128
♦ VIDA PESSOAL	128
♦ QUESTÕES DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS	147

♦ POLÍTICA	156
♦ RELAÇÕES INTERPESSOAIS	166
• APRENDIZAGEM COMUNICATIVA	173
• PRETENSÕES DE PODER PRESENTES NO DESENVOLVIMENTO DOS CURSOS	183
• LIMITES SISTÊMICOS IMPOSTOS AOS RESULTADOS ALCANÇADOS	188
PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
ANEXOS	A - 1
ANEXO 1	A - 2
ANEXO 2	A - 13
ANEXO 3	A - 16
ANEXO 4	A - 32

APRESENTAÇÃO

Se o que se pode ver, ouvir, pegar, medir, pesar

Do avião a jato ao jaboti

Desperta o que ainda não, não se pôde pensar

Do sono eterno ao eterno devir

Como a órbita da terra abraça o vácuo devagar

Para alcançar o que já estava aqui

Se a crença quer se materializar

Tanto quanto a experiência quer se abstrair.

(A ciência em si/Gilberto Gil e Arnaldo Antunes)

Este trabalho é o resultado do Projeto “A Formação Política e o Fortalecimento da Participação Popular em Saúde” e dos seus Sub-Projetos “Caracterização da população alvo dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste”, “Conteúdos de nutrição e saúde nos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste” e “Formação de conselheiros de saúde: promoção pessoal e militância política”.

Esta investigação foi centrada no Projeto “A Formação Política e o Fortalecimento da Participação Popular em Saúde” que estava voltado para o conhecimento e a reconstituição dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde. Também permitiu conhecer a percepção dos principais atores envolvidos quanto ao desenvolvimento dos Cursos e seu impacto sobre os participantes e sobre o Movimento de Saúde da Zona Leste.

O Sub-Projeto “Formação de conselheiros de saúde: promoção pessoal e militância política” enriqueceu esta análise com os depoimentos detalhados de três ex-participantes sobre o modo como vivenciaram esta experiência.

O Sub-Projeto “Conteúdos de nutrição e saúde nos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste” mostrou quais os conteúdos que foram privilegiados durante os cursos, auxiliando na caracterização dos mesmos.

Finalmente, o Sub-Projeto “Caracterização da população alvo dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste” permitiu o levantamento de alguns dados sócio-econômicos e demográficos dos ex-participantes dos cursos. Estes dados serviram para a caracterização do grupo de ex-participantes e para exemplificar aspectos quanto a mudanças resultantes dos cursos, que foram contextualizados com os dados obtidos com o Projeto e demais Sub-Projetos.

O conjunto de projetos referidos é consequência do desenvolvimento de uma linha de pesquisa - Cidadania e Saúde -, no Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP, dentro do eixo temático Promoção da Saúde, que tem procurado privilegiar a área de investigação em Movimentos Sociais em Saúde, seus atores e as práticas educativas envolvidas. Não só investigar mas, também, contribuir com estas ações.

Desde o início do Movimento Sanitário brasileiro a proposta de ampliação da participação popular em saúde tem sido a forma concreta de expressar um de seus objetivos principais, a democratização das ações de saúde. O controle social tem se configurado como a sua expressão institucional.

A garantia constitucional das instâncias de participação não significa a incorporação cotidiana dessas práticas de participação e democratização das ações de saúde, sem conflitos, confrontos ou dúvidas. Um dos aspectos que podem ser abordados é o tema que relaciona a educação, a saúde e as ciências sociais, por meio dos movimentos sociais.

Este estudo tem como característica a interface entre estas áreas. Ele investigou uma prática educativa promovida por um movimento social na área de saúde e desenvolvida em uma perspectiva de integração crítico informativa de socialização de saberes.

A prática educativa, que foi objeto do estudo, tinha o objetivo de formar e capacitar pessoas para serem conselheiros de saúde nas instâncias institucionais. Mas, seus resultados foram muito mais abrangentes. Os participantes formaram-se para o exercício da reflexão e da cidadania.

O tema da participação em saúde dos vários grupos sociais e as práticas educativas a ela relacionadas, em especial no que ele tem a ver com a questão da democratização das relações e o exercício da cidadania, é o que vem motivando a maior parte dos meus trabalhos nesta área da promoção da saúde, em suas interfaces com as diversas áreas das ciências humanas. Além dos projetos mencionados e outras atividades já desenvolvidas, a participação popular em saúde foi objeto de estudo na dissertação de mestrado na perspectiva dos profissionais de saúde. Esta questão, portanto, vem sendo trabalhada em aspectos diferenciados. Agora, a perspectiva escolhida foi, basicamente, a dos segmentos populares.

Este trabalho está dividido em quatro partes. Na primeira é apresentado o problema investigado - o Movimento de Saúde da Zona Leste e os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde - e o quadro teórico constituído para o

desenvolvimento do trabalho - as Políticas Públicas e os Movimentos Sociais na área de Saúde, a Educação Popular e a Teoria da Ação Comunicativa.

Na segunda parte está o desenho do estudo e a metodologia utilizada. Na terceira são apresentados os resultados do trabalho, divididos entre os referentes à reconstituição dos Cursos de Formação e os relativos à avaliação do processo e do impacto dos mesmos. Na quarta e última parte são feitas as considerações finais, a partir dos objetivos pretendidos inicialmente e dos resultados alcançados.

PARTE I

O PROBLEMA DA PESQUISA E O QUADRO TEÓRICO

*Um galo não tece uma manhã, ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito e que o lance a outro;
de um outro galo que apanhe o grito de um galo antes e o lance a outro;
e de outros galos que, com muitos outros galos,
cruzem os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma tênue teia, se vá tecendo, entre todos os galos.*

(Tecendo a manhã/João Cabral de Melo Neto)

1 - O MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E A FORMAÇÃO POLÍTICA DE CONSELHEIROS DE SAÚDE

As regiões leste e sudeste do município de São Paulo dividem-se em cinco sub-regiões: Vila Prudente, Penha, Itaquera, Guaianazes e São Miguel Paulista. O Movimento de Saúde conhecido como Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL) atua nestas cinco sub-regiões, cuja extensão territorial total é de 51,9 Km², correspondendo a 3,5 % da área do município (Prefeitura do Município de São Paulo - Secretaria das Administrações Regionais - EMPLASA, 1995). A população residente estimada para 1994 é de 1.556.511 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE).

Essa região do município de São Paulo apresenta precariedade quanto às suas condições em termos de infra-estrutura básica e qualidade de vida da população. Há vinte anos atrás, época do surgimento do MSZL, a situação de desigualdade sócio-econômica era mais grave, decorrente do modelo econômico vigente que gera concentração de renda e espoliação urbana.

O passo inicial para a aglutinação das moradoras do bairro do Jardim Nordeste, que iniciaram o MSZL, foi a vinculação de algumas mulheres às atividades desenvolvidas pela paróquia local da Igreja Católica. Isto ocorreu no período do final da década de 60 e início da década de 70. Em 1967, quatro freiras com uma atuação mais “progressista” começaram a trabalhar no Jardim Nordeste e, uma delas, mais diretamente com o Clube de Mães. As atividades deste Clube de Mães, assim como outras que eram desenvolvidas pela paróquia junto à comunidade local, tinham, predominantemente, um caráter assistencialista. A participação nas atividades promovidas pelo Clube de Mães, mesmo que sob a orientação da freira, teve um papel importante porque começou a despertar o interesse daquele grupo em refletir e discutir sobre o que liam, viam e ouviam. Com o decorrer do tempo, a realização de atividades exclusivamente assistencialistas, passou a não corresponder aos interesses e objetivos de todo o grupo de mulheres que participava do Clube de Mães da paróquia. Algumas destas mulheres, que depois se tornaram as primeiras lideranças do MSZL, não estavam mais satisfeitas com a atuação pontual e

assistencialista que não repercutia em mudanças significativas na vida dos moradores da região. De qualquer forma, foi a partir da vivência do trabalho paroquial, que estas mulheres sentiram-se em condições de “evoluir de uma abordagem individualista para outra comunitária”, segundo palavras delas próprias, citadas no trabalho de MACHADO (1995, p. 166).

Já existia uma predisposição e uma possibilidade de uma atuação mais reflexiva, que iria dirigir a escolha e a forma de abordagem dos problemas que mereceriam atenção do grupo.

Em setembro de 1976, um grupo de estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo começou a desenvolver um trabalho no bairro. O que motivou os alunos foi o desejo de conhecer melhor a realidade quanto às condições de saúde da periferia e o desejo de desenvolver um trabalho político na área de saúde.

Inicialmente, o ponto de partida foi, também, um vínculo com a paróquia local da Igreja Católica. Os primeiros contatos aconteceram tendo, como pretexto, a organização e distribuição de medicamentos gratuitos que existiam na paróquia. Em seguida, começaram a ser organizadas reuniões, aos domingos pela manhã, onde os estudantes forneciam conselhos médicos aos moradores que os procuravam. Os estudantes demonstraram interesse em estreitar mais as relações e os vínculos com a população da região e, então, o padre passou a promover encontros deles com os moradores, fazendo com que almoçassem nas casas das famílias depois que davam as orientações médicas.

O grupo de estudantes e o grupo de mulheres também passaram a discutir os problemas locais relacionados com questões de saúde: assistência médica preventiva e curativa, funções dos Centros de Saúde, dos hospitais e prontos-socorros, condições sanitárias e enfermidades. Foi ficando claro, para aquelas mulheres, que era importante ter um Centro de Saúde na região porque os serviços públicos de saúde mais próximos eram o Pronto Socorro do Tatuapé e o Centro de Saúde da Vila Ré, localizados a, pelo menos, dez quilômetros de distância.

As reuniões passaram a contemplar discussões preparatórias para a reivindicação da implantação do Centro de Saúde no bairro. Os estudantes tiveram um papel importante

ao fornecerem informações sobre o funcionamento administrativo da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Além do contato com o grupo de estudantes, outro evento que foi catalisador, para o crescimento da mobilização pela instalação do Centro de Saúde na região, foi uma epidemia de sarampo que aconteceu no ano de 1976 e vitimou várias crianças de uma favela nas proximidades.

SMEKE (1990) mostra que houve uma coincidência entre a expansão das Comunidades Eclesiais de Base (CEB's) e o surgimento de grupos atuando em saúde nos moldes da medicina comunitária, no momento de eclosão dos movimentos populares ocorridos no meio urbano, o MSZL entre eles.

No interior do espaço acadêmico havia sido iniciado um movimento de contestação ao regime autoritário. Foram criados, nas Faculdades de Medicina, os Departamentos de Medicina Social ou Preventiva. A partir da introdução de disciplinas sociais, propunham um novo paradigma na análise do processo saúde-doença. O enfoque histórico-estrutural passou a orientar os estudos, no campo da saúde, que buscavam compreender processos como a determinação social da doença e a organização social da prática médica (TEIXEIRA, 1989).

Como consequência desse processo, passaram a ser desenvolvidos projetos experimentais na área da Medicina Comunitária, que resultaram na atuação de estudantes nas regiões mais carentes.

A Igreja Católica representava, na época, um dos poucos espaços possíveis, dentro da sociedade civil, capaz de articular algum tipo de oposição ao regime militar, sem sofrer grandes represálias e podendo desencadear ações condizentes com as demandas populares.

O Movimento de Saúde, então incipiente, foi gradativamente desvinculando-se da Igreja e suas ações foram perdendo o caráter mais “pastoral” que tinham no início. As mulheres perceberam que o trabalho desenvolvido, até então, era apenas paliativo, sem nenhuma chance de modificar, realmente, as condições de vida daquela população. O grupo de estudantes e o grupo de mulheres sentiram que era necessário desvincular da Igreja este novo tipo de trabalho e ampliá-lo para atividades que efetivamente pudessem

gerar mudanças na situação de saúde local. Assim, os movimentos, inicialmente ligados à Igreja, tornaram-se autônomos. Militantes católicos das CEB's e da Pastoral da Saúde passaram a integrar comissões de saúde nos bairros, junto com pessoas descompromissadas com a Igreja Católica.

Ao descrever o MSZL, JACOBI (1989 b) ressaltou a importância do papel dos “agentes externos” representados pela Pastoral da Saúde e seus voluntários e pelos médicos sanitaristas. Estes últimos tiveram um papel relevante pela sua ação pedagógica, inicialmente informal, e que, posteriormente, deu-se, também, através de práticas participativas. A ação pedagógica iniciou-se com o desenvolvimento de cursos sobre prevenção e noções básicas de higiene e saúde. Estes cursos permitiram à população refletir e estabelecer relações entre suas inadequadas condições de vida e a questão da saúde, a injustiça social e a necessidade de procurar soluções coletivas. Sem dúvida, o papel dos “agentes externos”, “assessores ou articuladores sociais”, foi fundamental para os movimentos sociais no processo de contraposição ao Estado e de negociação com ele na área de saúde. Os “agentes externos” colaboraram, formal e informalmente, com a formação da população para essas tarefas.

A criação da carreira do médico sanitarista correspondeu à necessidade de formação de um profissional, para atuar na área de saúde, com uma visão ampla da problemática social. Isto implicava em uma atuação vinculada a diagnósticos sócio-econômicos da comunidade onde se iria trabalhar e priorização do atendimento à população.

Muitos dos estudantes que atuaram na área da zona leste em meados da década de 70, depois foram contratados como médicos sanitaristas pela SES. Eles desempenharam o papel de “agentes externos” nas duas situações: como estudantes e como profissionais de saúde.

De acordo com a análise de JACOBI (1989 a), o trabalho desenvolvido pelas organizações dos moradores, muitas vezes apoiado pelos “agentes externos” que desempenhavam o papel de aglutinadores dos moradores dispersos, junto com a existência das carências, são os dois elementos motrizes para a constituição dos movimentos.

No caso das discussões sobre as políticas sociais na área de saúde, a socialização do conhecimento das determinações sociais do processo saúde-doença, torna-se um elemento fundamental. É muito comum, nos primeiros momentos de participação, a população deter-se na solicitação de remédios, assistência médica, cuidados super-especializados e ambulâncias, em função da difusão de ideologia e de valores das classes dominantes, veiculadas pelos meios de comunicação de massa, escolas, serviços de saúde e outros.

Os sanitaristas, assim como os estudantes de medicina, desempenharam um papel importante no desenrolar dos movimentos reivindicativos pela expansão da rede e pela melhoria no atendimento, participando de reuniões com os moradores, auxiliando no seu processo de organização e colocando seus conhecimentos técnicos a serviço dos militantes. Além disso, forneceram à população, informações e dados sobre os serviços de saúde que serviram para subsidiar as reivindicações.

A maior parte dos sanitaristas, que atuaram mais continuamente na região, procuraram assumir uma atitude não dirigista em relação ao movimento e suas lideranças. Estes procuraram dimensionar seu papel dentro do contexto dos movimentos reivindicatórios, atendendo às demandas dos moradores e seguindo seu ritmo.

Também existiram agentes externos que tenderam a adotar uma prática distinta, procurando instrumentalizar as lutas por saúde para defender um discurso ideológico e uma prática que ia além dos objetivos mais imediatos do movimento. Neste caso, o tema da saúde representava mais um “meio” do que um “fim”. A avaliação dos sanitaristas e dos militantes do movimento é de que tal prática causou o distanciamento entre estes agentes externos e o próprio movimento (JACOBI, 1989 b).

D’INCAO & ROY (1995) mostraram, em seu estudo, que a simples presença dos agentes externos pode desencadear um efeito de subversão e ruptura na coletividade em que se inserirem, mesmo que eles não assumam um papel de condutores ou não se disponham a “tomar o poder”. Assim, é que não se pode desprezar a atuação estratégica que os agentes externos podem ter.

SADER (1988) também destacou, como fundamental, para a passagem da fase centrada na caridade cristã para uma outra, centrada nas reivindicações dos direitos, a possibilidade das mulheres informarem-se sobre os serviços de saúde.

Panorama histórico

Por meio de documentos coletados junto ao próprio MSZL e pesquisa bibliográfica (MACHADO, 1995; SADER, 1988; CITELLI, 1994; WESTPHAL, 1992), foi possível traçar um pequeno panorama histórico do desenvolvimento do Movimento e, paralelamente, da institucionalização da participação popular em saúde.

Primeiro houve a criação, em meados da década de 70, da Comissão de Saúde da região do Jardim Nordeste, uma assembléia permanente dentro do Movimento de Saúde, que era responsável pela organização geral do Movimento.

De início, havia sido denominada de Grupo de Saúde, depois o nome foi trocado para Comissão de Saúde. Foi esta Comissão que estabeleceu as bases para o Movimento de Saúde. Sua função era organizar a luta por meio de reuniões semanais realizadas na paróquia ou na casa de uma das mulheres participantes. As reuniões eram abertas para quem quisesse participar e nelas eram discutidos temas como: a situação do bairro, as reivindicações a serem feitas e a organização de assembléias públicas e de carreatas e caravanas para pressionar os dirigentes da SES.

Em 1977, já havia cerca de vinte mulheres de outros bairros da região participando do Movimento. Uma das preocupações do grupo era assegurar que o crédito pelas vitórias fosse atribuído às mulheres, que estavam desencadeando a luta por saúde na região, e não à boa vontade de algum político. Outra preocupação, era mostrar que o movimento que estavam organizando tinha uma perspectiva a longo prazo e que estavam lutando para a melhoria dos serviços de saúde da região e não, simplesmente, pela instalação do Centro de Saúde.

A luta pela instalação do Centro de Saúde incluiu a realização de atos públicos e a organização de carreatas e caravanas até a sede da SES. Também significou o início do aprendizado quanto às estratégias para a negociação com as autoridades, representantes

do Estado: agendar as reuniões com as autoridades, preparar documentos, elaborar pautas, montar comissão para falar em nome do grupo. As participantes da Comissão de Saúde promoveram rifas para o aluguel de ônibus para estes eventos. A venda das rifas, entre os moradores da região, cumpriu vários papéis: arrecadar o dinheiro necessário para os eventos, divulgar o movimento e mobilizar a população local em torno do objetivo pretendido.

Em 1978, o grupo da Comissão de Saúde realizou uma pesquisa levantando as condições de saúde, as opiniões sobre os serviços de saúde e as reivindicações de, aproximadamente, três mil famílias moradoras da região. As informações obtidas serviram para fundamentar a atuação do grupo e suas reivindicações.

Como fruto da luta do grupo, o Centro de Saúde do Jardim Nordeste foi inaugurado em 1979, num imóvel alugado pela SES. No mesmo ano, foi criado o Boletim de Saúde para ser um veículo de comunicação entre a Comissão de Saúde e a população. Antes, já havia existido o Boletim da Comissão de Saúde para a divulgação das atividades do movimento.

Após a instalação do Centro de Saúde e de seu funcionamento em bases consideradas satisfatórias, as reivindicações passaram a ser dirigidas para outras questões consideradas importantes pelo grupo. O objetivo era garantir as conquistas alcançadas e ampliar a área de atuação. Um exemplo importante foram as reivindicações para a criação de um conselho supervisor, formado por moradores da região que usavam os serviços oferecidos pelo Centro de Saúde, para acompanhar o trabalho ali desenvolvido: “as demandas atravessaram a fronteira da área no sentido que expandiam o nível e o tipo das reivindicações. Isto vem demonstrar uma compreensão mais ampla, pela população local, de como e de onde intervir para conseguir melhorias na infra-estrutura dos serviços de saúde” (MACHADO, 1995, p. 224).

Assim, em 1979, houve a criação do Conselho de Saúde, um grupo de vigilância operando dentro do Centro de Saúde local, que foi formalmente reconhecido pela Secretaria de Estado da Saúde. Os membros deste Conselho foram eleitos por oito mil, cento e quarenta e seis moradores da região.

Na verdade, já havia um Decreto da SES (1969) instituindo o Conselho Estadual de Saúde, de caráter consultivo e, ao mesmo tempo, dando abertura para a criação dos “Conselhos de Comunidade” nas, então denominadas, Unidades Sanitárias. Mas, nesta ocasião, quase não foram formados conselhos. Somente a partir de 1978, na segunda gestão do mesmo secretário estadual da saúde, Walter Leser, e com a criação e ocupação dos cargos de médicos sanitaristas, é que foram formados os Conselhos de Saúde com base na legislação já existente.

Com a luta do próprio Conselho foi construído um prédio da SES para a instalação do Centro de Saúde. Em 1981, o novo prédio foi inaugurado e o Centro de Saúde transferido.

Nesse ano, durante a gestão de Adib Jatene na SES e de acordo com Decreto da própria SES, que estabelecia que cada Centro de Saúde formasse um Conselho, foi realizada a segunda eleição para os Conselhos de Saúde dos Centros de Saúde da região. Foram eleitos dezoito Conselhos de Saúde.

De acordo com esse Decreto Estadual, os Conselhos dos Centros de Saúde deveriam ser compostos por elementos locais, usuários da Unidade Sanitária, e pelo médico responsável pela chefia do Centro de Saúde. Teriam por finalidade colaborar no desenvolvimento dos programas de saúde, nas respectivas áreas de atuação. Os seus membros é que seriam responsáveis pela elaboração dos Regimentos Internos que, posteriormente, seriam aprovados pelo Secretário de Estado da Saúde.

O Movimento de Saúde elaborou a cartilha “Vamos eleger o Conselho de Saúde” para o trabalho de preparação das eleições nos bairros. Esta cartilha previa a realização de oito encontros, entre os moradores, para discutir temas relacionados com a escolha dos candidatos. Depois da apresentação de pequenos textos informativos, a cartilha propunha questões para serem abordadas pelos grupos. Os temas propostos eram: conhecimento das condições do bairro; situação de saúde no país; conceito de saúde e doença; os determinantes sociais do processo saúde-doença; os movimentos de saúde, as comissões de saúde e os conselhos de saúde; políticas de saúde e alguns programas específicos de saúde, como saúde da mulher e saúde mental.

É possível ressaltar o caráter progressista do material, elaborado com uma abordagem pedagógica problematizadora e com uma visão de que a saúde é resultante das condições de vida da população.

O trabalho dos sanitaristas, que implicava em um grande envolvimento com a comunidade local, provocou divergências políticas entre a SES e alguns deputados do Partido Democrático Social (PDS), aliados dos antigos médicos, quase sempre colocados nos cargos por indicações políticas. O secretário Adib Jatene, durante sua gestão, defendeu e valorizou o trabalho que era realizado pelos sanitaristas, inclusive comparecendo, ele próprio, a debates e reuniões com moradores e incentivando o contato com a comunidade.

A eleição dos Conselhos de Saúde, de forma conjunta em toda a zona leste, foi um passo importante para a unificação das lutas por melhores serviços de saúde na zona leste. Após a realização das eleições, começaram a ser discutidos os estatutos dos Conselhos de Saúde, culminando com a elaboração coletiva do Regimento Interno dos Conselhos de Saúde. Tais estatutos foram aprovados e homologados pela SES em 1983.

Um outro passo, fundamental para a união das lutas por saúde da região, foi uma reunião que aconteceu em março de 1983. Nesta reunião estiveram presentes cento e cinquenta pessoas, que pertenciam a Movimentos de Saúde de trinta e sete bairros da região, incluindo Jardim Nordeste, São Mateus e outros. Este foi considerado o momento de unificação formal dos vários movimentos existentes e a criação do MSZL. A reunião foi denominada de Iº Encontro do MSZL.

Já como MSZL, o Movimento continuou organizando atos públicos e manifestações para pressionar as autoridades a atenderem suas reivindicações. No final de 1983, o MSZL organizou uma grande manifestação em frente à SES com a participação de três mil pessoas que vieram de sessenta bairros da zona leste. Esta manifestação ficou conhecida como manifestação dos três mil. Aqui já foi possível notar um crescimento quanto à capacidade organizativa do Movimento. Esta manifestação levou quatro meses para ser organizada e para sua organização foram criadas várias comissões: Comissão Organizadora, de Imprensa e Porta-Voz. As reivindicações foram enviadas com quinze dias de antecedência para as autoridades, para que pudessem examiná-las previamente e

preparar as respostas a serem dadas à população, no dia da manifestação. Para a divulgação do evento foram produzidos e distribuídos folhetos informativos.

Esse é um exemplo demonstrativo de que a própria luta do movimento teve um papel pedagógico, instrumentalizando-o para o seu seguimento.

Em 1985, o Movimento agrupava oitenta e sete bairros e sua pauta de temas a serem discutidos já havia sido ampliada. Incluía a organização de setores cada vez mais amplos da população, com o intuito de expandir o Movimento e promover a sua integração com outros movimentos que aconteciam no município, com os sindicatos e outros.

Em 1985, foi realizada a terceira eleição para Conselhos de Saúde. O MSZL desenvolveu novamente o trabalho de preparo para as eleições em todos os bairros da região utilizando o cartilha “Vamos eleger o Conselho de Saúde”.

Neste ano, o principal evento reivindicativo promovido pelo MSZL, foi uma manifestação que aconteceu em frente à Câmara dos Vereadores, contra as restrições à distribuição de leite para as crianças pequenas.

No ano de 1986, foram eleitos mais quarenta e seis Conselhos de Saúde na zona leste e em 1988 foram realizadas eleições para oitenta Conselhos de Saúde, na zona leste e na Grande São Paulo.

Desde o início do Movimento Sanitário brasileiro a proposta de ampliação da participação popular em saúde tem sido a forma concreta de expressar um de seus objetivos principais, a democratização das ações de saúde. Com o passar do tempo o controle social tem se configurado como a sua expressão ao nível institucional.

No ano de 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em seu relatório final ficou indicado a constituição de um Conselho Nacional de Saúde, a ser composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e das entidades civis de caráter nacional: como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, para orientar e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde. Também foi indicada a formação de Conselhos de Saúde nos níveis locais, com representantes eleitos pela comunidade: usuários e prestadores de serviços para participarem no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Foi

destacada a necessidade de se garantir o acesso da população às informações necessárias para o controle social dos serviços prestados (CONFERÊNCIA, 1986).

Na Constituição brasileira de 1988, a questão do controle social foi contemplada no artigo 198 que preconizava como diretrizes para a organização de um Sistema Único de Saúde, composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, a participação da comunidade, a descentralização e direção única em cada esfera de governo e o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e a participação da comunidade (BRASIL, 1988). De forma geral, muitos militantes do Movimento Sanitário consideraram vaga a referência à forma de participação popular e, durante o processo de regulamentação da Constituição, foram necessárias exaustivas negociações com o Congresso Nacional e com o poder executivo para a aprovação de regulamentações sobre o tema.

A década de 80 foi muito importante para o MSZL porque as conquistas foram ampliadas, com o reconhecimento público das lideranças e o fortalecimento da organização popular nas diversas regiões. O MSZL passou a definir, mais claramente, seus princípios e objetivos e sua relação com a política em geral, com os partidos políticos, com outras entidades civis, com os movimentos populares e com o Estado (MULLIN & NEDER, 1993).

A participação dos militantes do Movimento foi significativa na definição do Capítulo da Saúde na Constituição de 1988.

No período compreendido entre os anos de 1989 e 1992, durante a administração de Luiza Erundina no Município de São Paulo, procurou-se colocar em prática todas as possibilidades de oferecer à população, em geral e aos mais diversos organismos de representação popular, instâncias de participação.

Em junho de 1989, seguindo as determinações da Constituição Federal (1988) e do Estado de São Paulo (1989), a Secretaria Municipal de Saúde criou o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores (órgãos colegiados com uma composição paritária e tripartite: 50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e 25% de representantes da administração) em todos os equipamentos de saúde do município e nas diferentes instâncias da administração (distritos e administrações

regionais). A atuação do MSZL, neste período, foi fundamental para que estes objetivos se concretizassem.

Neste ano, o MSZL procurou ampliar seu contato com Movimentos de Saúde existentes em outras regiões do município, com o intuito de articular a participação popular no Conselho Municipal de Saúde. Dois representantes do MSZL foram eleitos para comporem o Conselho Municipal de Saúde. O MSZL também conseguiu ter representantes em cinquenta Conselhos Gestores de Unidades Básicas de Saúde (municipais).

Em 1991, em novas eleições, foram eleitos noventa Conselhos de Saúde na zona leste e, em 1993, cento e vinte e quatro nas várias regiões que compõem a zona leste.

Na década de 90, o MSZL continuou organizando e promovendo atos públicos e manifestações para fazer suas reivindicações: melhoria dos serviços de saúde, abertura de hospitais e ativação de leitos hospitalares, efetiva implantação do Sistema Único de Saúde e a municipalização dos serviços de saúde no Município de São Paulo. Como exemplo tem-se a realização, em agosto de 1991, de uma caravana pela municipalização dos serviços de saúde em São Paulo, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas.

Tentando sintetizar as contribuições de vários atores sociais para o Movimento de Saúde da Zona Leste, MACHADO (1995) destacou cinco atores que, no seu entender, tiveram papéis fundamentais para a constituição do Movimento de Saúde da Zona Leste. Como atores internos: as mulheres dos bairros, que se envolveram diretamente com o Movimento, e os estudantes de medicina, que também estiveram diretamente envolvidos na organização do Movimento. Como atores externos: a Igreja Católica, o Estado e o Movimento Feminista do Brasil. A Igreja Católica influenciou a formação do MSZL, por intermédio da paróquia local, por meio de um trabalho dirigido para a ampliação da consciência política das mulheres locais e a criação de um sentido de igualdade. Ela teve um papel de aglutinador inicial do grupo de mulheres. O Estado, porque as mulheres passaram a ter convicção de que cabia a ele o fornecimento dos serviços reivindicados e, neste sentido, dirigiram suas ações. Na verdade, o Estado tem um duplo papel: instigador das demandas sociais e restritor no atendimento das mesmas. As idéias de igualdade de

direitos entre homens e mulheres do Movimento Feminista do Brasil, penetraram na região, sendo difundidas pela mídia e pelas próprias feministas que trabalhavam com grupos de baixa renda, como Clubes de Mães, movimentos sindicais e associações de donas de casa. A própria Igreja Católica apoiou-se nestes princípios para atrair as mulheres para suas ações, mesmo não estando preparada para ir tão longe quanto, depois, as mulheres do Movimento de Saúde desejassem. É importante lembrar que 1975 foi o Ano Internacional da Mulher, garantindo grande espaço para a divulgação e discussão do Movimento Feminista.

As mulheres do Jardim Nordeste não se viam como feministas, mas vieram a aceitar alguns dos princípios do Movimento Feminista, tomando-os como verdadeiros e isto afetou, até mesmo, a forma de compreenderem seu trabalho pastoral: não se satisfaziam mais apenas participando ativamente das atividades na comunidade, passaram a se organizar coletivamente para reivindicarem o que consideravam seus direitos.

Da mesma forma, a autora também apontou cinco atores importantes para a consolidação e o desenvolvimento do MSZL. Como atores internos: novamente as mulheres e os estudantes. Como atores externos: a Igreja Católica, o Estado e o Partido dos Trabalhadores (PT). A Igreja Católica, apesar do distanciamento do grupo de mulheres com as atividades pastorais, continuou cedendo espaço para a realização de reuniões e outras atividades. Além disto, o padre, nas missas, sempre fazia referências ao Movimento, informando sobre as atividades que estavam sendo desenvolvidas. O Estado continuou sendo um ator importante por causa da valorização atribuída aos sanitaristas. Estes passaram a desempenhar um importante papel no desenrolar das campanhas reivindicativas pela expansão da rede e pela melhoria no atendimento. Eles participavam das reuniões com os moradores, durante o processo de organização, esclarecendo dúvidas e colocando seus conhecimentos a serviço dos militantes dos movimentos reivindicativos. O PT foi um novo ator que ajudou no desenvolvimento do Movimento. Ele emprestou uma sala na sua sede para a realização das reuniões, abriu espaço para os movimentos populares num nível institucional, apoiou candidatos ligados à comunidade e apoiou, abertamente, movimentos como os de saúde. Alguns dos estudantes e profissionais, que

desempenharam algum papel na consolidação e construção do Movimento, tornaram-se militantes do PT, exercendo, inclusive, mandatos legislativos e executivos.

É possível dizer que o MSZL teve, na sua origem, uma atuação voltada para a reivindicação de uma infra-estrutura básica de prestação de serviços de saúde: construção e funcionamento de um equipamento de saúde na região. Depois, expandiu-se até a reivindicação de espaços para influenciar, diretamente, na alocação dos recursos financeiros públicos na área de saúde e na escolha do modelo assistencial de prestação de serviços de saúde.

Com o desenvolvimento e organização do Movimento, os moradores passaram a compreender o seu direito de participação política no cotidiano, através do exercício contínuo da cidadania. Aprenderam, também, a combinar sua força de mobilização e pressão popular, com a negociação política e a ação, dentro e fora, do aparelho de Estado (MULLIN & NEDER, 1993).

GOUVEIA (1996) destaca que o MSZL, desde a década de 70, não só se preocupou, como também soube estabelecer, a relação necessária entre a luta econômica e a luta política. Sua atuação combinava a reivindicação da ampliação da assistência à saúde com o questionamento quanto à qualidade da assistência prestada. Na sua análise, o autor também faz referência às avaliações equivocadas que os partidos políticos, em geral, fizeram na época das eleições dos primeiros conselhos populares de saúde:

“a direita ridicularizava tal iniciativa considerando-a uma brincadeira de democracia, enquanto parte da esquerda ou a menosprezava, por não se tratar da luta econômica tradicional, ou estigmatizava a experiência, taxando-a de retrocesso que levaria à cooptação do movimento popular pelo Estado” (GOUVEIA, 1996, p. 2).

O acompanhamento do próprio MSZL mostra como estas questões se articularam na prática. A atuação do MSZL atravessou um período inicial de rejeição à proposta de institucionalização da participação, seguido de sua aceitação, decorrente do balanço entre prós e contras. Tal aceitação ocorreu, mas com a consciência da necessidade de manutenção da autonomia. No período da administração “petista” no município (1989-1992), estas duas questões foram vivenciadas, com ênfase, em suas contradições.

O Movimento de Saúde sempre procurou manter um canal de interlocução com a população, independente da participação popular institucionalizada, no sentido de poder orientar sua atuação pelas demandas populares. A criação dos conselhos populares de saúde tiveram este objetivo.

Esses conselhos cumpriam um papel tático de incentivo à participação e à organização popular, independentes do Estado e dos partidos políticos e sob a direção e controle da própria população.

Algumas gestões municipais democráticas e populares ocorridas em alguns municípios entre o final da década de 80 e o início da década de 90, revelaram um interesse estratégico em incentivar esse tipo de poder popular, considerando-os como indispensáveis na luta pela democratização do aparelho estatal. Contudo, isto criou uma referência contraditória de participação porque significaria “institucionalizar” o autônomo.

Por outro lado, ao procurarem tratar o tema da participação de uma forma menos voluntarista, tais administrações passaram a conviver com a contradição de terem que explicitar permanentemente sua proposta de transparência administrativa, em face de uma conjuntura onde os movimentos populares mostravam uma baixa visibilidade e apenas os setores mais organizados formulavam as suas demandas (JACOBI, 1992 a).

A legislação federal, por meio da Lei nº 8142/90, recuperou o conteúdo referente às instâncias sociais de controle, antes vetadas pelo Presidente da República na promulgação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8080/90), oferecendo condições legais para a institucionalização. Foram definidas duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deve se encarregar da proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas correspondentes, devendo ser convocada pelo poder executivo ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde foi definido como um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, com caráter permanente e deliberativo e sua atuação refere-se à formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (GIACOMINI, 1992; DESCENTRALIZAÇÃO, 1993).

Somente em dezembro de 1992 o Ministério da Saúde publicou as Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, incluindo sua definição, composição, estrutura e competências.

Os resultados da experiência da implantação de Conselhos com representação popular nos níveis central, regional, distrital e local, no período da administração do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo, segundo alguns autores, COHN e col. (1993) e JACOBI (1992 a), podem ser apreendidos a partir de três aspectos. O primeiro é o baixo nível de institucionalização da proposta se forem considerados todos os níveis e todas as regiões. Maiores avanços ocorreram nas regiões onde já existia algum nível de organização anterior, como é o caso da própria região leste e sudeste. Outro aspecto está relacionado com as resistências corporativas dos profissionais à implementação de práticas participativas, porque elas são associadas exclusivamente com o controle e a fiscalização do trabalho. O terceiro aspecto relaciona-se com a postura de setores da população: organismos e movimentos, por causa do receio à cooptação e à manipulação. Este último aspecto revela as fragilidades dos movimentos. Ao participarem das instâncias em que se deparam com os interlocutores que representam o Estado e a administração, existe o receio de mostrar seus conflitos internos, dificuldades organizativas e suas limitações propositivas, ficando mais difícil manter a união de seus membros para fazer a oposição ao Estado em ações reivindicativas.

Além disso, no caso da relação do MSZL com a administração municipal do PT, surge a dificuldade de estabelecer as bases desta relação pois, mesmo com a resistência de seus integrantes, não é possível negar a influência que vários profissionais da área de saúde, militantes do PT, tiveram no MSZL. Pelo lado da administração, a questão também não era simples, porque nem sempre se soube em que momentos contar ou recuperar estes vínculos, sem que se caracterizasse uma busca de apoio incondicional no sentido de legitimar as ações executivas (JACOBI, 1989 a; 1992 a).

A formação política no MSZL

Dentro de uma perspectiva que procurou privilegiar a ocupação, pelo MSZL e pelos seus membros, dos espaços conquistados pela implantação dos Conselhos de Saúde, a questão da formação política e capacitação de suas lideranças sempre foi uma preocupação.

Segundo documentos elaborados pelo próprio MSZL (FORMAÇÃO, 1988), no final da década de 70 e início da década de 80, período inicial do Movimento, a formação política era feita diretamente pelos técnicos militantes do movimento (principalmente por médicos, enfermeiras e assistentes sociais), que eram funcionários da SES e incluíam entre suas atividades profissionais este tipo de atuação junto aos membros do MSZL. O eixo desta formação estava centrado nas causas sociais das doenças, na difusão da idéia de que a prestação de serviços de saúde públicos era um direito da população e um dever do Estado, opondo-se à privatização. Tal formação, também tinha como aspecto importante, a discussão da prática política dentro do Movimento: todas as atividades e estratégias promovidas, internamente ou junto aos órgãos públicos, eram discutidas e avaliadas no conjunto do Movimento.

Um dos primeiros resultados deste período, foi a elaboração coletiva do Regimento Interno dos Conselhos de Saúde (1981) e a condução do processo eleitoral dos primeiros Conselhos de Saúde dos Centros de Saúde, a elaboração da cartilha “Vamos eleger o Conselho de Saúde”, com seu caráter progressista, e a realização de cursos para os conselheiros eleitos.

No processo de eleição de conselheiros de 1985, não foi possível garantir a realização dos cursos para os novos conselheiros eleitos. A partir deste momento, foi ficando claro que, com o crescimento do Movimento e a ampliação do número de participantes, a formação política nos moldes anteriores não atendia mais às necessidades do MSZL.

Neste contexto é que surgiu o projeto dos Cursos de Formação Política dos Conselheiros de Saúde do MSZL. Um documento do MSZL, do ano de 1990, apresentou como justificativa para o projeto: “(...) necessidade de priorizar a formação através de

curso intensivos para capacitar os novos membros do Movimento e formar novas lideranças que serão multiplicadores do conhecimento adquirido, nos bairros e regiões a que pertencem, atuando de forma mais ativa no controle social” (PROJETO, 1990).

Estes Cursos de Formação Política tiveram um caráter formal e iniciaram-se em 1987. Para a realização dos mesmos, entre 1987 e 1992, o MSZL recebeu apoio financeiro da Interamerican Foundation (IAF). Entre 1987 e 1991 os recursos financeiros foram transferidos através da Organização Não Governamental (ONG) “Serviço de Orientação da Família” (SOF, atualmente denominada de Sempre Viva Organização Feminista), porque o MSZL não constituía entidade jurídica. Em agosto de 1990 foi criada a ONG “Saúde é Vida” com a finalidade de representar juridicamente o MSZL e, então, a partir de agosto de 1991, os recursos financeiros passaram a ser enviados para esta entidade. O financiamento recebido, para a realização deste projeto, possibilitou que a equipe técnica fosse remunerada e que os participantes recebessem uma “bolsa de estudos” no valor de um salário mínimo.

O SOF foi fundado em 1963 na zona sul de São Paulo e passou a atuar na zona leste em 1979, com a proposta de prestar atendimento médico diferenciado e de boa qualidade à saúde da mulher, atendendo às solicitações feitas por abaixo-assinados e gestões de grupos políticos e reivindicativos de saúde atuantes na região. Seu objetivo era definido como: “um trabalho educativo e de conscientização”. Quando se instalou na região, optou pela prestação de atendimentos médicos à família como alternativa ao deficiente atendimento público existente (SILVEIRA, 1994). A preocupação com a saúde da mulher aparecia no documento elaborado para sua divulgação na região: “atuar na prevenção de doenças ginecológicas, orientação e acompanhamento pré-natal, orientação sobre menopausa e terceira idade”.

O SOF teve um importante papel na divulgação das idéias feministas na região e, principalmente, junto às militantes do MSZL. O caráter, cada vez mais feminista, desta ONG, marcou muito o desenvolvimento e os resultados dos cursos.

Durante todo o período de realização desses cursos, em especial entre os anos de 1987 e 1991, o SOF cumpriu um papel fundamental para a realização dos cursos. Além de ceder espaço para a instalação inicial do MSZL, auxiliou na articulação dos contatos com

a agência financiadora, ofereceu o suporte administrativo e burocrático necessário para que o convênio com a entidade financiadora fosse firmado e auxiliou com suporte técnico, discutindo a proposta de trabalho e participando de sua implementação. Posteriormente, assessorou no planejamento, desenvolvimento e avaliação do trabalho e na elaboração dos relatórios.

Em documento interno de avaliação do SOF (SILVEIRA, 1994) os objetivos do trabalho da entidade com o MSZL foram apresentados como sendo “a capacitação de lideranças da comunidade para a organização e estruturação de grupos, para o planejamento, execução e avaliação dos trabalhos realizados”. A ONG propunha-se a “orientar e informar sobre técnicas de trabalho em grupo para que os grupos conseguissem a médio e longo prazo dirigir suas próprias ações, de forma consciente e organizada, a fim de que possam se tornar um recurso eficiente à população de seu bairro”.

Estes projetos tinham, como objetivo geral, *a capacitação dos participantes dos conselhos de saúde*, através de cursos, procurando garantir: (1) *a efetiva participação dos conselhos na condução dos programas de saúde*; (2) *que os conselhos tivessem acesso às informações essenciais à sua função*, para que os mesmos pudessem efetivamente participar da tomada de decisões nas unidades de saúde; (3) *que os conselhos fossem agentes de conscientização da população a partir dos problemas de saúde*, buscando organizá-la para o desenvolvimento da sociedade; (4) *que, à prestação de serviços de saúde, se integrassem ações educativas*. Além disso, (5) *pretendia-se formar multiplicadores para futuros treinamentos* (CAPACITAÇÃO, 1985).

Pode-se dizer que os cursos propostos tinham um duplo objetivo: capacitar conselheiros de saúde e formar lideranças para militarem dentro do próprio MSZL.

A proposta de *conteúdo* para os cursos continha os seguintes temas: (1) *origens da saúde pública*; (2) *legislação sanitária e programas do governo* (municipal, estadual e federal); (3) *saúde ocupacional e prevenção de acidentes no trabalho*; (4) *papel dos profissionais da saúde e políticas de pessoal*; (5) *administração das instalações locais de saúde*; (6) *história dos conselhos de saúde comunitários e estratégias de participação*; (7) *organização comunitária, metodologia de treinamento e técnicas de divulgação*

(CONVÊNIO, 1991). Esta proposta de conteúdo para os cursos retomava os principais aspectos que tinham sido contemplados na elaboração da cartilha “Vamos eleger o Conselho de Saúde”, que foi o primeiro material didático criado pelo movimento.

Nos anos de 1987 e 1988 foram realizados quatro cursos centralizados com cinco meses de duração, em período integral. A equipe de coordenação era composta por oito pessoas: quatro eram membros do MSZL e quatro eram profissionais do SOF.

No ano de 1989 foram realizados mini-cursos descentralizados, com três meses de duração, em diversos bairros das sub-regiões da zona leste do município, sob a responsabilidade de antigas participantes dos cursos de 1987 e 1988.

Nos anos de 1990 e 1991 o MSZL optou por dirigir seus esforços para a capacitação dos membros da coordenação do Movimento, através de um trabalho não formalizado. Assim, não foram realizados cursos de formação.

Somente no ano de 1992 foram realizados mais quatro cursos centralizados, cada um com duração de três meses. A equipe de coordenação destes cursos foi composta somente por cinco membros do MSZL.

A proposta deste trabalho é realizar um estudo aprofundado sobre esta experiência desenvolvida pelo MSZL, de formação de lideranças para a atuação no Movimento e para a participação junto aos conselhos de saúde.

Seus objetivos são: (1) *analisar e avaliar as propostas pedagógicas e metodológicas* dos Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde promovidos pelo MSZL, enquanto representativos de projetos de educação popular instituídos por grupos sociais, através de suas agências específicas e (2) *verificar as mudanças de habilidades e atitudes* que ocorreram entre os participantes após a participação nos cursos e (3) *analisar e interpretar quais os reflexos que estes cursos tiveram na organização e desenvolvimento do MSZL*.

2 - A CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: OS MOVIMENTOS SOCIAIS E O ESTADO

No Brasil, com o desenvolvimento do capitalismo no período pós-30 e o aumento da urbanização e a expansão das periferias, as desigualdades sócio-econômicas foram acentuadas no espaço das cidades.

O agravamento das condições das periferias fez com que, a partir da década de 70, aumentassem significativamente as demandas por serviços de infra-estrutura (água, esgoto, asfalto, iluminação) e sistema de transporte. As soluções, para estas questões, implicavam no estabelecimento de relações com o Estado, pois se localizavam num nível de macro decisões. O pensamento dominante era que o papel de provedor de toda a população cabia ao Estado. Por outro lado, o Estado sofria outro tipo de pressão: atender os interesses de grupos sociais preocupados com a criação e a expansão de condições gerais para a reprodução do capitalismo, com o oferecimento de bases para o impulso da economia capitalista industrial (siderurgia, petróleo, construção naval) e de infra-estrutura destinada à unificação e ampliação do mercado (estradas, serviços de produção e outros).

Ou seja, o Estado, com um papel dúbio e contraditório, compôs o quadro em que começaram a surgir e atuar os movimentos sociais (MOISÉS, 1979; VALLA & STOTZ, 1989).

Os movimentos, baseados nas reivindicações quanto aos bens e serviços inexistentes ou insuficientes, estiveram cada vez mais presentes a partir do final da década de 70 e início da década de 80. O início do processo de redemocratização do país possibilitou o surgimento de vários movimentos sociais. As causas foram: a exclusão, de grande parte de grupos sociais de baixa renda, dos benefícios sociais e a repressão do regime político que, impondo seu programa econômico e eliminando qualquer forma de oposição ativa, causou a busca de canais alternativos para a expressão do descontentamento existente (MACHADO, 1995).

As demandas principais, desses movimentos sociais, relacionavam-se com os problemas urbanos existentes nos bairros periféricos das cidades. Sua origem ocorreu a

partir dos locais de residência, em função das condições insatisfatórias de reprodução da força de trabalho, e independentemente dos sindicatos e partidos políticos.

Apesar disso, de acordo com a análise de DURHAM (1984), não se deve depositar somente nas circunstâncias políticas, as razões do surgimento de movimentos sociais desarticulados dos “canais normais” de manifestação política e de reivindicações econômicas. Isto implicaria em considerar que os movimentos sociais são formas inferiores de mobilização, que acontecem na impossibilidade de utilização dos sindicatos e partidos políticos. Diferentemente deste tipo de avaliação, para Durham, os movimentos sociais são uma forma específica de mobilização social, com espaço próprio e características singulares.

SADER (1988) destacou, como uma das características desses movimentos, a sua diversidade. Eles trouxeram, também, uma nova concepção de política: a atuação a partir da intervenção direta dos interessados.

De acordo com a análise de MARTINS (1989; 1993), os movimentos sociais surgidos nesse contexto, tiveram um papel bastante importante porque demonstraram representar uma forma criativa e eficaz de mobilização popular dos excluídos do processo político. Tais movimentos sociais foram apontados como possibilidades de constituição de uma ordem política alternativa, que deslocava o pólo político do Estado para a sociedade civil (MARTINS, 1989).

Assim, não é por acaso que, os movimentos sociais que emergiram com mais força e tiveram, e ainda têm, maior longevidade, como o MSZL, foram os que partiram e ocuparam o espaço do cotidiano e da localidade, mais distantes dos espaços típicos de atuação e intervenção do Estado.

DOIMO (1995), em seu trabalho sobre os movimentos sociais brasileiros e a participação política no Brasil pós-70, apontou para a ausência de consenso, quanto à denominação das experiências participativas não oriundas das relações produtivas e não inscritas no universo operário-sindical, que ocorreram no país no período estudado. Várias foram as denominações utilizadas com o objetivo de identificá-las e caracterizá-las: “novos movimentos sociais”, “movimentos sociais urbanos”, “movimentos sociais populares” e “lutas urbanas”.

A autora mostrou que as análises, sobre os movimentos sociais no Brasil, tiveram polaridades interpretativas.

De um lado, uma posição de inflexão estrutural-autonomista, que buscou os determinantes dessas ações a partir de dois postulados básicos: a) as contradições urbanas têm o potencial de acionar o conflito primordial da sociedade capitalista, na medida em que são determinadas pelo caráter classista do Estado, visto que ele financia a reprodução do capital, em detrimento da garantia da reprodução da força de trabalho; b) a sociedade civil tem, em si mesma, uma capacidade ativa, no sentido de se organizar autonomamente, contra a tradição política autoritária, especialmente o regime autoritário. Impulsionados por esta premissa e, em espontânea rebeldia, contra tal carga autoritária, eis que surgem novos movimentos sociais para, como novos sujeitos coletivos autônomos e independentes, protagonizarem a possibilidade de transformação das relações capitalistas de produção. Esta matriz foi muito forte e fez com que os movimentos sociais fossem identificados como movimentos urbanos.

De outro lado, uma posição de inflexão cultural-autonomista que, fazendo uma crítica ao ângulo reducionista do modelo anterior, saiu em busca do sentido dessas práticas no campo de sua própria experiência. Assim, a partir da recusa da idéia do sujeito único (o movimento, o partido), da negação da premissa que estabelece por antecipação a homogeneidade da classe (as condições materiais objetivas de existência) e da descrença na eficácia de ideologias externas à própria ação, esta vertente trouxe à tona a pluralidade de sujeitos e uma constelação de novos significados, criados a partir da própria experiência. Sem os aportes institucionais, estes movimentos foram saudados, em sua espontaneidade, como novos sujeitos políticos, portadores de uma nova identidade sócio-cultural, com contornos de projeto político, voltados para a transformação social e a radical renovação da vida política.

Uma terceira posição foi o enfoque institucional que abordou o binômio autonomia-institucionalização. Para esta posição, a natureza dessas novas formas de participação, reside menos nas relações de classe do que no crescimento e ampliação das funções do Estado sobre a sociedade. Os autores que trabalharam nesta linha de raciocínio, CARDOSO (1983, 1987) e outros, concluíram pela inevitável fragmentação

interna dos movimentos. Esta seria a razão do alcance dos movimentos estar circunscrito à ampliação dos direitos de cidadania, em vez de radicais mudanças estruturais nas relações capitalistas.

Alguns autores (VALLA e col., 1993; STOTZ & SILVA JÚNIOR, 1994) consideram que a institucionalização da participação popular em saúde pode representar riscos para os movimentos e organizações populares. Mas, ao mesmo tempo, a ocupação dos espaços institucionais pode trazer benefícios em maior grau do que os possíveis riscos, desde que as lideranças sejam capacitadas tecnicamente e, assim, menos vulneráveis à perda da autonomia e da condição de representantes de seus pares.

De qualquer forma, a novidade fundamental dos novos impulsos movimentalistas da sociedade contemporânea, foi o fato de se originarem fora da esfera produtiva e dos canais convencionais de mediação política e terem surgido em espaços fortemente marcados por carências decorrentes do vertiginoso crescimento e crise do Estado capitalista.

Na análise dos movimentos sociais em saúde no Brasil, WESTPHAL (1992), identificou, como problemas, o caráter fragmentário de suas ações e uma tendência à rotina ou paralisação, após momentos de grande ebulição.

Por outro lado, segundo GOHN (1994), eles têm tido o papel de formar uma tradição de lutas populares muito importante para a construção de uma identidade própria. Tais movimentos também têm um caráter educativo para o demandatário e para o agente governamental, controlador e/ou gestor do bem demandado.

Também é possível acrescentar o destaque, feito por PAOLI (1991), quanto ao importante papel desempenhado por estes movimentos, ao abalarem dois espaços fundamentais de poder, cujas funções reais e modos de serem exercidos, têm mudado sob o impacto dos movimentos: as práticas judiciárias do Estado e as práticas de implantação das políticas sociais dirigidas às classes populares.

É inegável que a existência de organizações populares fortes também depende da existência, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso às informações e a democratização dos processos decisórios, favorecendo a necessária instrumentalização para a participação. Além disso, a representação dos

diversos segmentos deve ser legítima e livremente estabelecida pelas entidades representadas (DESCENTRALIZAÇÃO, 1993).

Quanto aos órgãos públicos, JACOBI (1992 b) destaca que existem resistências ao surgimento desse tipo de experiências participativas. Isto mostra a limitação das estratégias, propostas pelos próprios órgãos do Estado, na medida em que estes nem sempre parecem dispostos a correr riscos, temendo a influência de concepções político-ideológicas que possam vir a modificar o encaminhamento estritamente "técnico" dos projetos.

A participação efetiva baseia-se numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas e, principalmente, numa vontade política dos que governam de abrir espaços, onde se possa questionar a ordem estabelecida e garantir a incorporação de grupos, de interesses sociais e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças (JACOBI, 1992 a). É importante a consolidação de instrumentos que viabilizem a prática da democracia participativa e a criação de condições, para os cidadãos, através de organizações representativas da sociedade civil, participarem das decisões do Estado que afetam suas vidas nas questões de saúde (DESCENTRALIZAÇÃO, 1993).

VALLA e col. (1993) consideram que, de forma geral, os movimentos populares não costumam ter em sua relação com os órgãos públicos, as informações necessárias sobre os serviços básicos, para subsidiar suas lutas pela aquisição desses serviços em qualidade e de acordo com sua realidade. No confronto com o Estado torna-se, então, necessária a apropriação de informações pela população para que possa estabelecer uma nova relação com o Estado na luta pela garantia de serviços públicos de qualidade e na discussão quanto ao modelo assistencial. Os autores caracterizam este processo como capacitação técnica da população e consideram que os intelectuais e as instituições de ensino podem oferecer uma contribuição significativa às lutas sociais.

VALLA & STOTZ (1989) destacam que, se as lideranças dos movimentos populares não se capacitarem tecnicamente, não poderão exercer seu poder de pressão para exigir que o direito à saúde, como direito de todos, seja realmente respeitado pelo Estado e pelos grupos que ocupam os maiores espaços de decisão.

Tal capacitação técnica precisa ocorrer com a presença dos movimentos sociais, espaço onde essas questões emergem, e sempre tendo em vista ações propositivas. No quadro político-social atual, são os movimentos sociais que podem melhor abordar e dar conta das questões relacionadas com a denominada capacitação técnica, pensando nela como uma “tarefa” que não tem um modelo pré-definido. Por isso, cada vez mais, essa “tarefa” está desvinculada dos partidos políticos e, mais ainda, dos órgãos oficiais. Os aspectos metodológicos devem, evidentemente, procurar garantir a coerência entre o conteúdo e os objetivos e, para isto, deve-se considerar as características da população alvo, o que implica em refletir sobre princípios da educação popular, informal e para adultos.

A partir de vários trabalhos realizados recentemente (ASSOCIAÇÃO, 1988; VALLA & STOTZ, 1989; COHN e col., 1991; JACOBI, 1992 a; WESTPHAL, 1992; COHN e col., 1993; DESCENTRALIZAÇÃO, 1993; VALLA e col., 1993; STOTZ & SILVA JÚNIOR, 1994), tem sido possível verificar que ainda existem problemas quanto ao exercício da participação nos espaços institucionais representados, por exemplo, pelos conselhos de saúde. Nestes, a interação entre os representantes dos órgãos administrativos, os profissionais de saúde e os representantes da comunidade, tem ocorrido com grande dificuldade, especialmente no momento da discussão conjunta sobre as questões relativas às ações de saúde.

Com a ascensão dos governos populares, nos últimos dez anos, pretendeu-se ampliar a criação dos conselhos populares, na tentativa de governar com a participação popular. Como uma decorrência, algumas vezes, caiu-se no equívoco de tratar o espaço da política com um mero prolongamento dos movimentos sociais. É necessário interpor regras procedimentais entre estes dois espaços, pois eles são regidos por lógicas distintas e até mesmo contraditórias. O espaço da política implica em um conjunto de regras, consensualmente aceitas, para se equalizarem, politicamente, as diferenças e, assim, regular as ações entre o Estado e a sociedade. O espaço dos movimentos sociais implica em relações sociais informais, lealdades pessoais, solidariedade e consenso.

Ambos são canais complementares de ação política, porém são distintos entre si. A diferença, que deve ser mantida, entre os movimentos sociais e seu espaço de atuação e o

espaço da participação popular institucionalizada, significa que o primeiro deve alimentar o segundo, mas não pode ser identificado ou se confundir com ele.

No espaço da participação política, propriamente dita, deve reger o critério racional-competitivo, voltado à equalização das diferenças no espaço público. Isto significa reconhecer a separação entre Estado e sociedade e perceber a autonomia da política como esfera governada por leis próprias, distinta da moral e da religião.

Os movimentos que se saíram melhor foram aqueles que conseguiram implementar o princípio da autonomia: as lógicas da participação movimentalista e da participação política institucional são diferentes e o território da última não é a mera extensão do território da primeira.

As políticas públicas e o Estado

A questão das políticas públicas não pode ser abordada sem que sejam feitas algumas considerações sobre o tema do Estado.

O mundo atual depara-se com a realidade do esgotamento do modelo do Estado social, interventor e de bem-estar, como garantia de melhoria das condições de vida das populações e amortecedor de conflitos sociais, no que diz respeito à produção e distribuição dos bens de consumo.

Esta questão, das contradições do Estado capitalista contemporâneo, foi abordada por OFFE (1984) e, segundo este autor, tais contradições são resultantes da incapacidade do Estado capitalista desempenhar adequadamente seu papel de capitalista coletivo ideal, a serviço das classes dominantes. Ele também é permeável às demandas sociais (JACOBI, 1989 b; FREITAG, 1986).

As contradições internas do Estado, que age com o objetivo de assegurar a reprodução do capital e das forças de trabalho e, ao mesmo tempo, busca sua própria legitimação (através do voto e do apoio popular), obstaculizam o desenvolvimento de uma política estatal efetiva em função dos interesses exclusivos do capital como uma totalidade.

O Estado vê-se compelido ao desenvolvimento de políticas sociais nas áreas de saúde, habitação, educação, trabalho e outras que assegurem a permanente reciclagem da força de trabalho para a produção.

No contato do Estado com as demandas sociais OFFE (1984) identifica os mecanismos seletivos que regem a lógica das políticas públicas:

“a) a seleção negativa: os mecanismos seletivos excluem sistematicamente da atividade estatal os interesses anticapitalistas; b) a seleção positiva: a partir do espectro de alternativas restantes, o Estado seleciona as políticas que favorecem os interesses do capital no seu conjunto, em detrimento de grupos locais e específicos de capitalistas, e, c) mascaramento: as instituições públicas buscam manter as aparências de neutralidade de classe ao mesmo tempo que marginalizam efetivamente as alternativas anticapitalistas” (JACOBI, 1989 b, p. 6).

Essencialmente o sistema de poder busca dirigir sua intervenção, através das políticas sociais, no sentido de mitigar as lutas sociais.

A tarefa de abafar as contradições, através da adoção de novas políticas sociais e/ou programas de subvenção e apoio aos grupos insatisfeitos, não mais alcança êxito por causa da insuficiência de recursos de que o próprio Estado dispõe. Estas crises internas dos Estados capitalistas contemporâneos somam-se às crises internacionais dos mecanismos de acumulação de capital.

A partir desta análise, com o conseqüente enfraquecimento desse sistema de interdependências, Offe (FREITAG, 1986) vislumbra uma reativação dos conflitos de classe e a reorganização das forças produtivas em novas bases.

Os trabalhos de Offe sobre o Estado capitalista contemporâneo influenciaram as análises de Habermas sobre o mesmo tema, apresentadas em seus “teoremas da crise” (FREITAG & ROUANET, 1993). Habermas identificou a crise da racionalidade, quando o Estado intervencionista não consegue realizar as tarefas técnicas que ele se atribui; a crise da motivação, que se gera nas formas de contracultura ocorridas dentro do próprio sistema e que contestam alguns dos valores funcionais para a sobrevivência do próprio capitalismo; e a crise da legitimação, quando a ideologia da técnica e da ciência revelam-se

ineficazes para dissimular o conteúdo político das regras que orientam as ações do Estado, recobertas de justificativas pretensamente técnicas.

Estas vulnerabilidades do capitalismo tardio podem ser as bases para o desencadeamento de um novo consenso social não deformado, como o que se tem hoje.

As interpretações sobre as relações entre os atores sociais e o Estado no mundo contemporâneo: teorias da modernidade e da pós-modernidade

A partir dessas mesmas bases, HABERMAS (1987) elaborou a sua teoria da modernidade, que ele opõe às teses de surgimento da pós-modernidade. Para este autor os caminhos percorridos durante a construção e consolidação do Estado social representaram, de fato, um avanço no desenvolvimento do sistema político e na conquista de alguns direitos sociais (FREITAG, 1986).

Com base neste reconhecimento afirma que naqueles países onde ainda não se alcançou o estágio do Estado social, como ele se encontra nos chamados países ocidentais desenvolvidos, não se deve abandonar este caminho (HABERMAS, 1987; 1988, v. 1 e v. 2). Ao mesmo tempo não se pode desconsiderar que este processo, de uma forma ou de outra, com maior ou menor intensidade, atinge a maior parte dos Estados capitalistas.

Na análise que Habermas faz da modernidade ele apresenta uma tipologia que abrange três formas diferentes de conservadorismo que, por razões diversas e através de posturas variadas, opõem-se aos princípios da modernidade (FREITAG, 1986; ROUANET & MAFFESOLI, 1994).

A primeira categoria seria a dos *conservadores tradicionais ou velhos conservadores*. Estes criticam todas as dimensões da modernidade: o capitalismo porque se baseia na competição e estes, ao contrário, são partidários de uma comunidade orgânica baseada na solidariedade; a democracia porque acreditam na superioridade das elites; e a modernidade cultural pela sua anarquia e subversão.

A segunda categoria seria dos *jovens conservadores* que são aqueles desiludidos com a utilização que o capitalismo fez da razão instrumental, acreditando que ela é incompetente para resolver os problemas da modernidade. Assim, eles negam a validade

do projeto de modernidade e acabam aderindo a uma postura da não-razão e do relativismo exacerbado. Deixam, entretanto, intactas as estruturas de produção e dominação que mantêm em funcionamento o sistema vigente.

A terceira categoria seria dos *novos conservadores ou neo-conservadores*, que acreditam no progresso da ciência e na tecnologia positivista, que acreditam na dimensão econômica e social da modernidade, mas criticam sua dimensão cultural e artística que rompe com as convenções e os bons costumes afetando a estabilidade do sistema sócio-econômico.

Uma outra nomenclatura que pode ser utilizada para a segunda e terceira categoria é, respectivamente, de pós-modernos de esquerda e pós-modernos de direita.

Ao contrário desses que rompem com a modernidade e seus pressupostos fundamentais, Habermas insere-se numa linha que acredita na razão como possibilidade de emancipação e continua aderido ao projeto modernista mas acrescenta, a partir de sua Teoria da Ação Comunicativa, alguns aspectos novos, na tentativa de superar os impasses em que a modernidade tradicional chegou.

AYUSTE e col. (1994) apresentam, sumariamente, em um quadro as três posições de interpretação do mundo contemporâneo: *modernidade tradicional*, *a pós-modernidade* e *modernidade comunicativa* e apontam algumas de suas repercussões no âmbito educacional. A *modernidade tradicional* apoia-se na diferença entre sujeito transformador e objeto transformado que se expressa nas relações entre líder político e massas, educador e educando e investigador social e objeto de estudo. Acredita na emancipação social como utopia e num modelo de sociedade e de pessoa a partir de um projeto global da sociedade. Consideram seus principais representantes Kant, Hegel, Marx e Gramsci.

Como oposição tem-se a interpretação que caracteriza o estágio social e cultural atual como *pós-modernidade*, que se baseia na crença da dissolução do sujeito transformador. Os autores que representam esta linha de pensamento criticam as utopias, que são entendidas, somente, como projetos mascaradores de outras formas de opressão e controle social. Desta forma não existe um projeto global de sociedade em que se possa apoiar para a construção de um modelo de sociedade. Assim, perdem sentido os

movimentos sociais e cresce o relativismo pois nenhum modelo é melhor do que os outros. Consideram como seus representantes Lyotard, Derrida e Foucault.

Os adeptos da interpretação da realidade contemporânea como *modernidade comunicativa*, mantêm a crença no sujeito transformador, mas opõem-se à relação vertical entre sujeito e objeto. O modelo de sociedade existe, mas não está estabelecido “a priori”. É construído através da interação comunicativa e do consenso. O procedimento mais democrático para o alcance do consenso é o diálogo intersubjetivo. Neste diálogo todas as pessoas têm condições de participar e deve ser mantida uma relação horizontal entre os sujeitos. Consideram como seus representantes Habermas e Giddens, entre outros.

A base da crítica que, os aqui denominados pós-modernos, desenvolvem à modernidade está centrada na descrença de que a razão possa ser um instrumento para o alcance da verdade e da emancipação. Neste caso, a razão é sempre instrumental e o conhecimento gerado, em vez de ser a expressão desinteressada da verdade, é sempre a manifestação de uma vontade de dominar. O contexto discursivo é composto somente de ações estratégicas e nas situações de fala só existem pretensões de poder e não de validade.

Para Habermas, na medida em que a sociedade atual também incorpora relações de violência e que grupos com interesses antagônicos disputam entre si o poder, é esperado que ações estratégicas continuem ocorrendo e que pretensões de poder existam nos atos da fala, ao lado da argumentação comunicativa, mas elas não devem ser predominantes.

Todo o trabalho de HABERMAS (1987; 1988, v. 1 e v. 2) apoia-se no conceito de sociedade em dois níveis: *sistema*, esfera regida por mecanismos diretores auto-regulados como o mercado e o poder administrativo e *mundo da vida*, esfera regulada pela busca do entendimento através de procedimentos comunicativos mediados linguisticamente.

O mundo da vida é constituído por três estruturas simbólicas:

“*cultura*, que corresponde ao acervo de saber em que os participantes da comunicação se abastecem de interpretações para entenderem-se sobre algo no mundo; *sociedade*, que são as ordenações legítimas através das quais os participantes na interação regulam seu pertencimento a grupos sociais, assegurando com isso a solidariedade; *personalidade* que são as

competências que convertem o sujeito em capaz de linguagem e ação, que o capacitam para tomar parte em processos de entendimento e para afirmar neles sua própria identidade” (HABERMAS, 1988, v.2, p. 196).

Para Habermas existe uma correlação direta entre ação comunicativa e mundo da vida, já que cabe à ação comunicativa a reprodução das estruturas simbólicas do mundo da vida: atualizar a tradição e expandir o saber válido (entendimento em nível cultural), promover a integração social e a solidariedade (dimensão social) e promover ao longo do tempo biográfico a formação da identidade pessoal, das competências da personalidade (dimensão do tempo histórico).

Para Habermas as patologias e contradições da sociedade capitalista contemporânea devem-se, sobretudo, à colonização do mundo da vida pelas regras que regem o nível do sistema. O mundo da vida acaba regido pelos meios reguladores: dinheiro (via mercado) e poder (via administração burocrática) que são originários da esfera sistêmica e são deslingüistificados. Aí ocorre a cisão entre os dois níveis: sistema e mundo da vida.

Analisando a situação dos países ocidentais capitalistas, onde não há dúvidas quanto ao esgotamento do modelo referido, identifica-se três tipos de reação (HABERMAS, 1987): o *legitimismo sócio-estatal* da sociedade industrial da social-democracia de direita, que se encontra na defensiva querendo conservar e consolidar o que já foi conquistado. Os partidários desta corrente acreditam que é possível encontrar novamente o ponto de equilíbrio entre o desenvolvimento do Estado social e a modernização via economia de mercado. Para Habermas, esta política não tem condições de se manter ao longo do tempo porque está ameaçada pelo realinhamento do corpo de eleitores mais à direita e o enfraquecimento da posição sindical.

Uma segunda posição é o *neoconservadorismo* que também orientou a sociedade industrial, mas coloca-se frontalmente contrário ao Estado social. Seus principais componentes são: uma política econômica orientada pela oferta que deve aperfeiçoar as condições de valorização do capital e colocar o processo de acumulação novamente em movimento gerando alta taxa de desemprego e limitação dos serviços do Estado social; os custos de legitimação do sistema político devem ser reduzidos, causando uma efetiva

separação entre a administração e a formação pública da vontade, neste contexto incentivam-se as tendências neocorporativas; a política cultural deve desacreditar os intelectuais como um estrato do modernismo ávido de poder e improdutivo e deve ser fomentada a cultura tradicional (moralidade convencional, patriotismo, religião burguesa, cultura popular). A política neoconservadora tem possibilidade de realização se ela encontrar uma base nessa sociedade segmentada que ela mesma produz, mas a dificuldade deve-se ao fato de que o abandono definitivo dos compromissos sócio-estatais causaria problemas que só poderiam ser resolvidos através da repressão ou desamparo dos empobrecidos e privados de direitos para sua própria reprodução.

Estas duas posições consideram que, para uma modernização social livre de crises, é preciso dosar de modo equânime a distribuição da carga de problemas entre os subsistemas Estado e economia, e que isto daria conta de proteger o mundo da vida.

Uma terceira posição é a da *dissidência dos críticos do crescimento* que têm uma atitude ambivalente diante do Estado social. Seus partidários acreditam que o mundo da vida está ameaçado na mesma medida pela mercantilização e pela burocratização e que é preciso fortalecer a autonomia do mundo da vida. Nesta perspectiva exigem que a dinâmica interna de subsistemas governados pelo poder e pelo dinheiro seja quebrada ou contida por formas de organização mais próximas da base e autogestionárias. Os conselhos populares nas áreas de educação, saúde, meio-ambiente podem ser exemplos destas formas de organização.

Os *dissidentes* querem a manutenção do programa do Estado social no seu componente democrático. São grupos variados e heterogêneos (velhos, jovens, mulheres, desempregados, homossexuais, deficientes, crentes, ateus, ecologistas, pacifistas) que têm uma postura de recusa frente à uma visão produtivista e que protagonizam os denominados por Habermas como “novos movimentos sociais” cujas principais demandas referem-se à mudanças no mundo da vida cotidiana. Ou seja, há um deslocamento do “locus” de onde antes era possível localizar mais claramente os conflitos experimentados pela sociedade: eles não estão mais concentrados exclusivamente na esfera da luta entre as classes sociais porque estes grupos não se caracterizam como grupos homogêneos enquanto forças de trabalho típicas. Isto significa que são movimentos sociais que não

reivindicam somente mais participação na produção dos bens de consumo na sua distribuição. Estes “novos movimentos sociais” não são movidos exclusivamente pela vontade de alcançar o poder em substituição aos que dominam, de acordo com a análise que alguns autores pós-modernistas desenvolvem e assim relativizam o valor dos movimentos sociais como impulsionadores de mudanças reais na sociedade.

Aqueles que compartilham e atuam segundo esta terceira posição são os únicos, de acordo com a avaliação de Habermas, que podem encontrar a saída para o impasse descrito: a crise do capitalismo e do Estado de bem-estar social, desde que avancem para além da proposta de interrupção do crescimento econômico. Para isso é preciso ter um projeto de Estado social voltado para si, dirigido para a moderação da economia capitalista e para a domesticação do próprio Estado. Neste caso, perde-se o trabalho como seu ponto central de referência: não se trata mais de assegurar pleno emprego, já que a utopia de uma sociedade do trabalho perdeu sua persuasão tanto pela via da potencialização das forças produtivas, que perderam sua inocência, como pela via da abolição da propriedade privada dos meios de produção, que não resultou no governo autônomo dos trabalhadores. O principal é a constatação de que não se pode depositar nele (trabalho) a expectativa de um potencial estruturador e socializador (HABERMAS, 1987; FLECHA, 1994; PINTO, 1996).

Os “novos movimentos sociais”

No final da década de 70, TOURAINE (1989 a; 1989 b) constatou a crise do socialismo e a consolidação de uma sociedade pós-industrial. Dentro deste contexto, percebeu o surgimento dos “novos movimentos sociais”: de gênero, pacifistas, ecológicos e nacionalistas. Tais movimentos surgiam fazendo crítica à racionalidade instrumental e desenvolvendo uma postura de hostilidade em relação ao Estado. Anteriormente, os movimentos concentravam sua atenção na esfera econômica e confiavam na racionalidade do Estado.

Segundo o autor, o aspecto positivo dessa nova situação, foi a subordinação das forças políticas à orientação fundamental dos movimentos sociais, facilitada pela falência

do grande partido - oligárquico-centralizador -, pelo isolamento estéril da ideologia socialista e pela descrença na eficácia das instituições representativas; tudo isto podendo facilitar a consolidação da democracia. Por outro lado, o aspecto negativo, foi a dificuldade na formação de um verdadeiro movimento social, capaz de oferecer uma promessa de futuro, na luta face a face com a classe dirigente.

A característica mais significativa da sociedade pós-industrial, para Touraine, é o desenvolvimento rápido das informações e das comunicações, acarretando grandes reflexos nas formas de organização desta nova sociedade, incluindo os movimentos sociais. É possível dizer que os movimentos sociais estão deslocando suas principais demandas para o aumento da qualidade e da quantidade de informação disponível, para os diferentes grupos da população (TOURAINÉ, 1989 a; 1989 b; ADORNO, 1992).

TOURAINÉ (1989 a) destacou quatro aspectos que, na sua análise, definem a natureza dos conflitos sociais, que podem desencadear os movimentos sociais.

O primeiro aspecto é que, como uma decorrência do rápido desenvolvimento das informações e das comunicações, os conflitos são generalizados. Isto tem determinado uma nova composição de forças e papéis: os antigos “intermediários” (partidos políticos, por exemplo) se enfraquecem e a “opinião pública” é reforçada, indicando, a composição de um conjunto de grupos de pressão, de interesses e de conflitos cada vez mais autônomos. O segundo aspecto é que estes grupos de pressão, de interesses e de conflitos, cada vez mais autônomos, são mais abrangentes na sua composição e ocorrem em nome das “coletividades” e, não mais, em nome de categorias como trabalhadores ou cidadãos. Isto porque se opõem a um aparelho de poder cada vez mais integrado e, não mais, a classes sociais específicas.

O terceiro aspecto é que os conflitos sociais e os comportamentos de marginalidade ou de desvio tendem a se encobrir. Esta é uma consequência do fato dos conflitos não estarem mais circunscritos à esfera da infra-estrutura da sociedade - relação entre trabalho e capital - e tenderem a aparecer em todos os domínios da vida social, impedindo uma separação clara, entre os conflitos e outros tipos de comportamento de não conformidade. A relação do conflito social aparece, atualmente, vinculada à uma imagem que opõe um aparelho central impessoal e integrador, a uma maioria silenciosa

que agrega minorias excluídas, subprivilegiadas e negadas. O último aspecto é que os conflitos estruturais separam-se dos conflitos ligados à mudança. Atualmente, os conflitos de classes não representam mais os instrumentos de mudanças históricas. Os instrumentos de mudanças históricas estão mais próximos daqueles que discutem a consciência de pertencer a uma comunidade, a questão da etnia e da coletividade. Ao mesmo tempo, tais movimentos históricos, que surgem fragmentados, acabam se associando a reivindicações sociais em defesa de interesses específicos, como os direitos dos cidadãos em relação aos serviços preventivos e assistenciais de saúde, e, ajudando na constituição de movimentos sociais. Também pode ocorrer o inverso: a partir de movimentos, com caráter mais reivindicativo e relacionados aos direitos da pessoa e do cidadão, formarem-se movimentos em busca de mudanças mais globais na sociedade, discutindo, entre outros temas, o modo de desenvolvimento econômico e a gestão de governos.

O contexto de surgimento dos movimentos sociais, caracterizados como novos, nos países do Primeiro Mundo, é muito peculiar à uma realidade específica: condições sócio-econômicas e tradição quanto à participação política e acesso à cultura.

A partir da década de 70, não exatamente com os mesmos elementos e características, passa a ter maior visibilidade, na América Latina e no Brasil, uma outra vertente dentro da temática e do espaço dos movimentos sociais que se aproxima do que Habermas, Touraine e outros autores, têm denominado de “novos movimentos sociais”: o tema das minorias (movimentos de mulheres, negros, homossexuais, ecológicos e outros) passou a compor um conjunto de movimentos caracterizados por um perfil mais sócio-cultural. Seus participantes não se mobilizam ou se organizam pelas carências de equipamentos sociais mas, basicamente, por condições que afetam seu modo de vida (JACOBI, 1989 a).

Assim sendo, as lutas urbanas voltadas para o consumo de bens e serviços que, com o passar do tempo, tiveram uma ampliação dos temas de interesse de seus militantes, não deixam de se aproximar dos discursos dos “novos movimentos sociais” que se formaram nos países do Primeiro Mundo (movimentos ecológicos, antinucleares, de mulheres, contra a exclusão e contra o totalitarismo). O caso do MSZL pode ser um exemplo.

Os resultados dos cursos do MSZL, não se restringiram ao preparo de membros da comunidade local para o preenchimento das vagas nos conselhos de saúde. O movimento acabou por incorporar bandeiras relacionadas com as lutas contra formas diferenciadas de dominação e imposição; mais explicitamente a causa das mulheres. Ou seja, é possível dizer que o MSZL encontra-se num estágio intermediário entre uma atuação reivindicativa relacionada com questões de produção e distribuição de bens e serviços e uma atuação mais voltada para questões relacionadas com a forma como as pessoas constroem seu modo de vida e suas relações, não só baseado nas relações econômicas.

Os estudos de SLATER (1989) confirmam esta percepção quanto ao caráter que se pode atribuir ao MSZL ou outros movimentos desse tipo na América Latina. SLATER (1989) procurou analisar o que ocorreu com os movimentos sociais nas duas décadas anteriores na América Latina justamente com a intenção de verificar se podiam ser caracterizados como “novos movimentos sociais”, de acordo com as reflexões feitas por Habermas, para o contexto do Primeiro Mundo. Sua conclusão é de que são três os eixos das lutas sociais na América Latina que, no momento ainda coexistem, exatamente pelas características particulares de como ocorreu a constituição social e política das sociedades latino-americanas e qual o atual estágio em que elas se encontram: (1) lutas contra diferentes formas de dominação (social, ética, religiosa); (2) lutas contra a exploração, no sentido clássico de uma luta contra a separação dos indivíduos daquilo que eles produzem através do seu trabalho; (3) lutas contra as várias formas de dominação e imposição. Para ele ficou claro que não é só o conceito de classe social o núcleo central na questão das mudanças políticas e sociais, mesmo nos países periféricos do Terceiro Mundo.

Assim, no caso da América Latina e do Brasil, os estudos realizados consideraram as Comunidades Eclesiais de Base, as associações de bairro, o movimento feminista e os movimentos ambientalistas, entre outros, como contendo neles mesmos características indicadoras de seu duplo caráter, no que se refere ao tipo de movimentos que representam, de movimentos sociais no sentido mais “clássico” e de “novos movimentos sociais” (MACHADO, 1995).

De acordo com ADORNO (1992), os movimentos sociais na área da saúde, podem ser de três tipos: aqueles que demandam a extensão dos serviços ou a mudança

contratual dos trabalhadores em saúde, atuando mais num nível da organização da prestação dos serviços (distribuição dos bens e serviços de forma mais igualitária, atendendo às demandas dos excluídos ou desfavorecidos); aqueles que demandam a mudança constitucional e a prioridade ou o monopólio público estatal na gestão e organização da saúde, colocando-se num nível mais político de atuação; e aqueles que demandam a mudança da orientação social da saúde, tal como uma nova forma de relação entre homens e meios naturais, conforme a ecologia, ou a ênfase na informação, no autocuidado, na existência dos serviços de saúde, entendidos como uma modalidade de complementação à informação e não como consumo. Os dois primeiros estão mais vinculados ao tipo clássico de movimentos sociais que opõem classes sociais fundamentais do sistema político e o último aproxima-se do caráter dos “novos movimentos sociais”.

A principal tarefa, que se impõe para os partidários da terceira posição - *dissidentes dos críticos do crescimento* -, a saída vislumbrada por Habermas, é a *descolonização do mundo da vida*, no sentido de “desfazer” o que ocorre quando ele passa a ser regido pelos meios reguladores do dinheiro e do poder que correspondem à esfera sistêmica. Os domínios da ação que podem ser convertidos aos meios dinheiro e poder são aqueles que preenchem funções econômicas e políticas. Como o mundo da vida é constituído por domínios referentes à reprodução cultural, integração social e socialização, ele necessita que seja utilizado um outro meio regulador. Habermas propõe a solidariedade como terceiro meio de regulação social (HABERMAS, 1987). O poder integrador da solidariedade deve garantir uma barreira à invasão do poder do dinheiro e do poder administrativo na esfera do mundo da vida. Assim é possível preencher, sob a regência da solidariedade, o mundo da vida com a ação comunicativa que tem como caráter a busca do entendimento mútuo.

A libertação do mundo da vida dos imperativos sistêmicos não significa a eliminação dos sistemas econômicos e administrativos, mas a sua subordinação a um controle externo no sentido de que não atuem além dos contornos estabelecidos para eles. Este controle deve ser externo para ser eficiente, assim será exercido por associações espontâneas organizadas na esfera dos espaços públicos autônomos. Sua força estará vinculada à sua legitimidade, em oposição aos mecanismos formais de poder, na medida

em que sejam valorizados mecanismos de deliberação coletiva, que estimulem o entendimento e não simplesmente a conquista do poder (PINTO, 1996).

Isto corresponde à crença na idéia central da democracia e da república, de que o indivíduo é cidadão de modo completamente distinto de sua condição econômica e política.

A noção de cidadania dentro da modernidade dialógica, representada por Habermas, corresponde a uma cidadania construída pelo diálogo. Habermas defende a organização dos serviços a partir das diferenças, não no sentido de valorizar as diferenças que levam à desigualdade, mas valorizar a igualdade nas diferenças. A igualdade prévia não deve ser uma condição para o diálogo. Deve-se partir da situação existente e impor-se o diálogo no sentido de se caminhar na direção da igualdade. Tal igualdade almejada não precisa implicar na eliminação das diferenças, mas na eliminação das desigualdades. Na atualidade, quanto maior a desigualdade, maior a necessidade do diálogo, através da ação comunicativa.

Considera-se que os Conselhos de Saúde, enquanto expressão da participação popular em saúde e contexto que privilegia os mecanismos decisórios onde todos os participantes são considerados, tendo por meta a busca do entendimento, podem representar uma das formas de descolonização do mundo da vida e, portanto, devem ser estudados, preservados e defendidos. Acredita-se que os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde, promovidos pelo MSZL, inserem-se nesta mesma lógica. O referencial teórico da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas pode ser útil em estudos com estes objetivos.

3 - A EDUCAÇÃO POPULAR E A TEORIA DA AÇÃO COMUNICATIVA

O novo contexto sócio-político e as várias discussões, em torno do tema da educação e dos processos de ensino-aprendizagem, têm mostrado a necessidade da revisão de conceitos, objetivos e metodologias que vêm sendo utilizadas nas práticas educativas.

Na relação que se estabelece, nos dias de hoje, no Brasil, entre os movimentos sociais e o Estado, como acontece com o MSZL, que tem características intermediárias, entre uma atuação reivindicativa e uma atuação no âmbito das mudanças em torno do modo de vida das pessoas, identificam-se mudanças quanto às posturas anteriormente adotadas. Atualmente, pretende-se construir novas alianças, nas quais se espera o estabelecimento de uma parceria que, conjuntamente, defina as políticas públicas e se encaminhe para a inversão de prioridades dentro dos interesses dos grupos sociais representados pelos movimentos. O objetivo, não é mais, apenas, ser beneficiário dos direitos, que se julga, serem de todos os cidadãos.

Para os movimentos sociais, que têm algum tipo de ação na área educativa, essa postura diferenciada, também tem reflexos na forma como passam a estruturar trabalhos nesta área. Isso tem sido feito, também, considerando a nova importância atribuída às ações mais locais, consideradas como espaços com potencialidades mais democráticas (no sentido de privilegiar a diversidade e melhor atender as necessidades dos vários grupos), as possibilidades mais flexíveis de captação de recursos (no sentido de não depositar, exclusivamente, no Estado e nos órgãos oficiais esta responsabilidade, buscando alternativas que comprometam outras instâncias comunitárias) e a necessidade de pensar globalmente.

GADOTTI & TORRES (1992), ao mesmo tempo que apontam para esses aspectos descritos acima, insistem na manutenção dos princípios contidos dentro do modelo teórico da educação popular: aprendizagem a partir do conhecimento do sujeito popular, ensino a partir de temas geradores, conceito de educação como ato de conhecimento e transformação social e o aspecto político da educação. Pensando na sua condução prática, a educação popular deve ser baseada no respeito ao senso comum,

próprio dos setores populares envolvidos nos processos educativos; deve tratar de descobrir a teoria não conhecida, enquanto tal, por estes setores populares e problematizar o conteúdo, com o objetivo de imprimir racionalidade na sua interpretação e sistematização.

Na verdade, de forma geral, as experiências de formação, desenvolvidas no interior dos movimentos sociais foram caracterizados por um tipo de exercício pedagógico popular, fundado na tentativa de diluir as dicotomias dirigente-dirigido e sujeito-objeto, próprias, respectivamente, do processo político e dos métodos de ensino-aprendizagem ou de conhecimento. Houve grande influência do método de Paulo Freire, à luz de certa leitura de Gramsci, associada à figura do intelectual orgânico e da filosofia da “práxis”.

O contexto histórico de evangelização da própria Igreja Católica também contribuiu na construção dessas experiências de formação, com a difusão das idéias de aceitação da diversidade cultural e do relativismo cultural (DOIMO, 1995).

Não é possível pensar em educação popular sem buscar como referencial as teorias pedagógicas críticas. O papel que a pedagogia crítica deve ter é de procurar modelos alternativos para romper o círculo vicioso que se estabelece, sempre vinculando a desigualdade social com a desigualdade educativa. A pedagogia crítica fundamenta a possibilidade de mudança individual e social, a partir de um processo educativo baseado na interação entre os sujeitos. Estes podem ser desiguais entre si em vários sentidos, mas sua relação é orientada com base no respeito mútuo e direcionada para a construção conjunta de conhecimento e o alcance de uma situação mais igualitária. Este princípio é importante para esta abordagem educativa.

A partir de algumas teorias sociais críticas, que têm procurado dar conta dos vários impasses que a sociedade atual enfrenta, devido à transição da sociedade industrial para a sociedade da informação e das crises do Estado, é possível atualizar o enfoque pedagógico crítico.

A passagem da sociedade industrial para a sociedade da informação ou informacional (CASTELLS, 1994; FLECHA, 1994) poderia corresponder à consolidação de uma sociedade mais igualitária, na medida em que agora predomina o “mental” e todos têm a possibilidade de manejar e processar a informação. Mas, ao contrário, o que está

ocorrendo é que o modelo social predominante tem provocado uma agudização relativa das desigualdades existentes e gerado outras: o acesso às fontes informativas não é democrático, mas discriminador. Ao contrário do desejado, quanto à sua potencialidade de garantir uma situação mais igualitária, a informação converteu-se num elemento a mais que se pode comprar e vender da mesma forma que os bens materiais e os serviços.

Ao mesmo tempo, que o novo quadro de sociedade da informação não tem permitido a democratização social, ele tem colocado sob novos parâmetros o acesso às informações. As fontes e os recursos não são mais os mesmos. Além disso, embora com viés, a informação permeia todos os espaços e as circunstâncias em que as pessoas se encontram.

Somam-se a isso as mudanças nos padrões de estruturação da sociedade atual; não é mais possível planejar considerando que é o trabalho a única categoria social definidora das relações sociais. A consolidação do desemprego estrutural mostra que as perspectivas das vidas das pessoas têm que se inserir dentro de outras lógicas.

Tudo isso vai reforçando a idéia de que os projetos sociais não estão mais atrelados somente às proposições partidárias. É mais viável que os movimentos sociais se ocupem destes projetos, procurando manter os ganhos sociais, mas sem estarem arraigados a antigos modelos políticos e sociais.

Ao contrário do que prenunciam os defensores do fim da modernidade e de seus valores universais (democracia, igualdade e fraternidade), esta situação pode, justamente, reforçar a importância dos educadores quando se pensa que sua ocupação pode contribuir na “distribuição” das capacidades de processamento destas informações. A educação adquire mais relevância como atividade, cuja função é o desenvolvimento da capacidade de manejar a informação.

GIDDENS (1991; 1995; 1996) também acredita no projeto da modernidade como capaz de promover significativas conquistas em termos institucionais e sociais, para a sociedade como um todo e, aponta, como causas importantes para este grande dinamismo da modernidade, a separação dos conceitos de tempo e espaço, o desencaixe dos sistemas sociais rigidamente definidos e consolidados e a capacidade de reflexão, cada vez mais presente, como característica definidora de todas as ações humanas. Atualmente, de forma

geral, as pessoas não só têm mais capacidade de reflexão, como também, tal possibilidade está mais estruturada socialmente.

Os conhecimentos técnicos cumprem um papel crescente na vida social e se entrelaçam com a capacidade de reflexão das pessoas. A informação, elaborada por especialistas (inclusive o conhecimento científico), já não está limitada a grupos específicos. As pessoas leigas a interpretam e baseiam-se nelas para suas atividades cotidianas.

O aumento da capacidade de reflexão na vida local e mundial expressa-se pela proliferação de movimentos sociais e grupos de apoio, com características bastante diversificadas. Ao mesmo tempo, constata-se que não é mais possível depositar em um só agente, grupo ou movimento, as esperanças da humanidade, quanto à condução de um processo histórico que alcance uma maior equalização social.

A Teoria da Ação Comunicativa

Com a elaboração da Teoria da Ação Comunicativa, Habermas recupera o papel da pessoa acima dos sistemas e das estruturas, dando-lhe a possibilidade de desenvolver ações de mudança dirigidas para a transformação da sociedade. A realização da mudança social pode ocorrer a partir do ato comunicativo e da capacidade discursiva das pessoas. O próprio processo discursivo contém a possibilidade de que os sujeitos mudem seus significados em função do ato comunicativo e da auto-reflexão que ele comporta.

A Teoria da Ação Comunicativa pretende a busca do entendimento e o alcance do consenso e, para isto, o ouvinte precisa aceitar a verdade da afirmação do emissor ou a veracidade de seu argumento. Ou seja, um acordo alcançado comunicativamente deve ter uma base racional, sem ser imposto por nenhuma das partes envolvidas, nem instrumentalmente, através de uma intervenção direta na situação de ação (uso da força ou da violência, por exemplo), nem estrategicamente, por meio de uma influência calculada sobre as decisões do interlocutor (uso de enunciados exclusivamente com pretensões de poder). O entendimento é um processo de obtenção de um acordo entre sujeitos linguisticamente e interativamente competentes. Então, o acordo baseia-se em convicções

comuns. O ato de fala de um ator pode ter êxito, somente, se o outro aceita a oferta deste ato de fala externo, tomando uma posição, mesmo que implicitamente, com um sim ou não, frente a uma pretensão de validade que, em princípio, é suscetível de crítica. Tanto o locutor, como o interlocutor, baseiam suas decisões em razões potenciais (HABERMAS, 1988, v. 1 e v. 2).

Um aspecto significativo é que Habermas (1993), ao propor a ação comunicativa, não o faz baseado numa crença de que as pessoas querem atuar consensualmente, simplesmente por estarem imbuídas de boas intenções para com seus pares, mas porque, cada vez mais, as pessoas vão sendo obrigadas a buscarem consensos para seguirem adiante, com um mínimo de possibilidades de convivência. Paralelamente, também a solidariedade, vai sendo colocada como recurso mais viável.

Vale destacar que, para Habermas (COHN, 1996), o valor do consenso implica no fato de que ele possa ser considerado legítimo. É aí que a Teoria da Ação Comunicativa tem a ver com uma teoria política, apoiada na idéia de democracia, onde os processos de deliberação têm que ser fundamentados na legitimidade dos procedimentos, para o alcance do entendimento.

Uma atitude, orientada ao entendimento, tem propriedades pragmático-formais, na medida que significa ou implica numa ação (tomada de uma posição) baseada na utilização ou análise de argumentos racionais. Muitas vezes, na prática comunicativa cotidiana, as manifestações não têm, necessariamente, uma forma linguística explícita e, muitas vezes, nem uma forma verbal.

Um conceito importante, dentro da Teoria da Ação Comunicativa, é o de racionalidade que, para Habermas, implica, não só, no acesso e domínio de informações que possam embasar argumentos e enunciados mas, precisamente, o próprio uso que se faz das informações, a partir do conteúdo acumulado por cada ator.

O conceito de *racionalidade cognitiva-instrumental*, bastante privilegiado pelo empirismo, tem uma conotação de uma auto-afirmação, com êxito, no mundo objetivo, possibilitada pela capacidade de manipular informações e de se adaptar, de modo inteligente, às condições do contexto (entorno contingente). Este conceito de racionalidade é adequado quando o saber proposicional tem um uso não comunicativo.

Quando se considera a capacidade de acordos sem coações e de geração de consensos, então, o conceito deve ser substituído pelo de *racionalidade comunicativa*. Aí, participam da fala argumentativa, diversos sujeitos que superam a subjetividade inicial de seus respectivos pontos de vista. As convicções, racionalmente motivadas, asseguram a unidade do mundo objetivo e a intersubjetividade do contexto em que se desenvolvem suas vidas.

O processo evolutivo caracteriza-se pela crescente racionalização do mundo da vida, a qual se expressa, pelo desenvolvimento progressivo da linguagem, segundo uma lógica interna que aponta para uma maior capacidade de produzir consenso sobre a base de pretensões de validade diferenciadas e fundamentáveis racionalmente.

O discurso ideal é aquele que contém as condições democráticas do diálogo, cujo objetivo é ter uma decisão racional sobre o tema abordado. A decisão será obtida por meio da utilização do melhor argumento, sem a subordinação a qualquer tipo de pressão. Ou seja, será estabelecido um diálogo, num plano horizontal, onde todos têm a mesma possibilidade de se expressar.

As peças chaves para a Teoria da Ação Comunicativa são: a concepção dialógica (comunicativa) da razão e o caráter processual da verdade. A razão e a verdade deixam de ser conteúdos e valores absolutos universais para serem definidos, formalmente, como procedimentos, isto é, regras do jogo que são fixadas consensualmente. Eles adquirem valores válidos, temporariamente, de acordo com o veredicto dos atores envolvidos na situação. São os atores envolvidos que estabelecem, através do consenso, o processo pelo qual a verdade e a razão serão alcançados, dentro do contexto em que está ocorrendo cada processo.

Habermas procura construir um conceito de racionalidade, cujos fundamentos estão contidos nos processos de comunicação intersubjetiva, com o propósito de alcançar o entendimento (PINTO, 1996).

O indivíduo é racional quando interpreta suas necessidades à luz dos padrões de valor apreendidos em sua cultura mas, sobretudo, quando é capaz de adotar uma atitude reflexiva frente aos padrões de valor com que interpreta suas necessidades, mostra-se

disposto ao entendimento e, frente às perturbações da comunicação, reage, refletindo a respeito das regras lingüísticas (HABERMAS, 1988, v. 1 e v. 2).

Na Teoria da Ação Comunicativa, HABERMAS (1988, v. 1 e v. 2) procura reconstituir as condições universais para a produção de enunciados ou ações lingüísticas. O autor considera que os enunciados têm pretensões de validade, o que significa que podem ser criticados ou defendidos com base em argumentos, ou seja, os enunciados podem ser fundamentados. Dentro de uma perspectiva de busca de um entendimento consensual (real), tais pretensões de validade devem sobrepor-se às pretensões de poder. O inverso implicaria em atos da fala que visariam somente a obtenção dos propósitos de alguns dos atores envolvidos, que seriam alcançados através da utilização de enunciados, verbais ou não, que não seriam colocados em situação de questionamento. Além disso, a crença de que as atitudes dos atores ou seus atos de fala só contém pretensões de poder corresponde a uma total desqualificação da possibilidade de um diálogo verdadeiro, pois todos os atores só pretenderiam a conquista do poder que, no momento, é o outro que detém (FREITAG, 1986; PINTO, 1996).

De acordo com a Teoria da Ação Comunicativa, em cada ação lingüística ou situação de fala, existem quatro expectativas de validade (FREITAG & ROUANET, 1993):

- de que os conteúdos transmitidos sejam compreensíveis (inteligibilidade);
- de que os interlocutores sejam verdadeiros, isto é, sinceros consigo mesmos e com os outros;
- de que os conteúdos proposicionais sejam verdadeiros;
- de que o locutor ou emissor, ao praticar o ato lingüístico, tenha razões válidas para fazê-lo, isto é, aja de acordo com normas que lhe parecem justificadas (retitude).

A interação entre os participantes, em situação de diálogo, é estável quando existe um consenso com relação a essas expectativas de validade. O consenso é perturbado quando qualquer uma delas é contestada de uma forma fundamental.

A pretensão de verdade da afirmação refere-se ao mundo objetivo, entendido como a totalidade dos fatos, cuja existência pode ser verificada. A pretensão de correção normativa ou retitude refere-se a um mundo social dos atores, entendido como a

totalidade das relações interpessoais que são legitimamente reguladas. A pretensão de veracidade, do indivíduo consigo mesmo e em relação aos outros, refere-se ao mundo subjetivo, entendido como a totalidade das experiências do locutor, às quais, em cada situação, apenas ele tem acesso privilegiado.

As duas primeiras expectativas podem ser problematizadas e resolvidas no âmbito do próprio contexto da interação. A dúvida quanto à inteligibilidade dos conteúdos, por meio de certas convenções linguísticas e a dúvida quanto à veracidade do interlocutor, pela própria experiência da interação que mostrará, em que medida, o interlocutor, que parecia estar sendo sincero consigo e com os outros, estava ou não sendo verdadeiro.

A problematização dos conteúdos proposicionais (o que está sendo dito) e da norma subjacente ao comportamento, só pode ocorrer fora do contexto interativo, numa forma de comunicação que Habermas chama de discurso. No discurso, todas as expectativas de validade ficam suspensas até que a afirmação seja confirmada ou refutada e, até que a norma, seja considerada legítima ou ilegítima. O único motivo admitido no discurso é a busca da verdade com base no melhor argumento. A afirmação problematizada é debatida num discurso teórico e a norma problematizada é debatida num discurso prático.

A afirmação é considerada verdadeira ou falsa quando o discurso teórico conduzir a um consenso quanto à sua verdade ou falsidade. A norma é considerada legítima ou ilegítima quando o discurso prático levar a um consenso quanto à sua legitimidade ou ilegitimidade.

A situação linguística ideal pode ser atingida se todos os interessados puderem participar do discurso com as mesmas oportunidades de argumentar, fazer e refutar afirmações.

O enfoque comunicativo na educação

Considerando a Teoria da Ação Comunicativa, o objetivo da educação é criar situações ideais para que se realize o diálogo intersubjetivo, seguindo os princípios de igualdade e democracia.

AYUSTE e col. (1994), ao abordarem a pedagogia crítica na atualidade, têm apresentado aproximações entre seus principais autores como Freire e Giroux, e o enfoque da ação comunicativa de Habermas que, como os autores da pedagogia crítica, apoia sua teoria e as análises feitas a partir dela, no princípio do diálogo e na interação entre seres iguais¹. Propõe-se a busca da igualdade educativa não uniformizadora, possibilitando que, cada pessoa ou grupo, desenvolva suas próprias diferenças, sem a imposição do modelo hegemônico.

Se o modelo predominante não permite que, desde o início, os consensos sejam construídos a partir de negociações, onde todos os participantes gozem das mesmas condições, esta deve ser a meta almejada pelos movimentos sociais desenvolvidos no interior da sociedade civil.

A impossibilidade de se partir, sempre, de uma situação inicial ideal de diálogo e negociação para o consenso, não deve ser considerada como um impedimento crucial, pois o abandono desta opção só deixa margem para a negociação pela via da imposição dos que detém o poder ou a força (HABERMAS, 1993).

A pedagogia crítica vincula o projeto educativo à comunidade em que ele se insere e fundamenta a possibilidade de mudança individual e social, a partir de um processo educativo baseado na interação entre iguais.

Um outro ponto, em que é possível fazer uma aproximação entre a Teoria da Ação Comunicativa e as teorias educativas, é o seu conteúdo enquanto teoria política: o consenso tem que ocorrer a partir de processos de deliberação, legitimados pelos procedimentos adotados. No caso da educação, o processo, o procedimento, o caminho escolhido e percorrido para o alcance dos objetivos, tem grande importância e, muitas vezes, a eles é atribuído mais valor do que aos próprios resultados.

As principais características do enfoque comunicativo, na área educacional são: a reconstrução ativa e progressiva do conhecimento, que ocorre através dos diferentes processos de interação com seu meio sócio-cultural e com as pessoas que o integram; a aprendizagem comunicativa baseia-se na criação de uma comunidade comunicativa de

¹ Estudos que buscam realizar esta aproximação, principalmente entre os trabalhos de Freire e Habermas, ainda são incipientes. A maior parte deles tem sido realizado por pesquisadores do CREA (Centro de Investigación en Educación de Personas Adultas) da Universidad de Barcelona - Espanha.

aprendizagem (diálogo igualitário); o educador é um facilitador da comunicação que propõe temas e formas para construir o conhecimento, de modo que se cumpram as condições ideais do diálogo, com a participação de todos sem discriminações. Não se pode deixar de considerar a auto-estima e as questões subjetivas dos participantes, pois elas também condicionam o êxito ou o fracasso da aprendizagem. No processo de ensino-aprendizagem, a troca de experiências e da bagagem cultural dos participantes entre si, também deve ser valorizada.

Além do conceito de auto-estima, outro conceito bastante valorizado e, cada vez mais destacado, dentro dos trabalhos na área da educação popular (FREIRE & SHOR, 1986) e da Promoção da Saúde (ROBERTSON & MINKLER, 1994; TONES, 1994), é o de “empowerment”. Seu significado é o de “dar poder a, ativar a potencialidade criativa, desenvolver a potencialidade criativa do sujeito e dinamizar a potencialidade de sujeito” (FREIRE & SHOR, 1986, p. 11). A construção do “empowerment” individual, com tudo o que representa em termos de mudança não é o suficiente ou a garantia de mudanças na sociedade como um todo, mas é um passo fundamental. A construção da auto-estima e o “empowerment” são dois aspectos de um mesmo processo no desenvolvimento individual, de grupos ou comunidades. Algumas propostas educativas podem facilitar isso mas, assim como a transformação das relações sociais não é, simplesmente, a somatória de mudanças individuais ou de relações interpessoais, não é inerente a elas, por si só, o desencadeamento de processos de mudanças sociais, isolados de outros aspectos contextuais.

É possível pensar no processo educativo como um espaço onde as ações desenvolvidas podem ter um caráter teleológico/estratégico, normativo, dramático ou comunicativo (FLECHA, 1996).

Em uma perspectiva teleológica/estratégica, o professor, promotor ou coordenador das atividades educativas, desenvolveria as atividades com a finalidade de atingir os seus próprios objetivos, considerando os alunos como meros receptores passivos. Neste caso, considera-se que o professor é aquele que tem as condições necessárias para decidir o que é mais adequado. Mantendo a mesma perspectiva teleológica/estratégica, o professor pode considerar as expectativas do grupo de alunos

para planejar e eleger, mais adequadamente, as estratégias que serão usadas para que ele possa atingir os seus próprios propósitos.

Em uma perspectiva normativa, os envolvidos no processo educativo, agiriam no sentido de cumprir o papel social que lhes é atribuído: professor, que estabelece as regras que nortearão o processo (programa, temas mais relevantes, atividades, avaliação) e alunos, que cumprem as solicitações do professor. Neste caso, a linguagem tem sua utilização reduzida à transmissão dos valores culturais dominantes, de acordo com a avaliação do professor.

Na perspectiva dramatúrgica, os participantes do processo vão interagir entre si seguindo representações de si mesmo, de acordo com suas respectivas imagens. O indivíduo, que está atuando como coordenador das atividades, pode desenvolver e apresentar uma imagem de si para o grupo, que corresponda àquela que ele imagina que pode trazer melhores resultados no alcance de seus objetivos educacionais.

Num processo educativo sob a perspectiva comunicativa, pretende-se que cada um dos envolvidos no processo participe do diálogo que se vai construindo com suas próprias contribuições. As contribuições são diferentes e diversas, mas não, melhores ou piores, certas ou erradas. Na abordagem de cada tema procura-se ter acesso ao maior número de informações relevantes, no sentido de esclarecer as dúvidas e avançar para além do pré-estabelecido.

O processo educacional, sob a perspectiva comunicativa, também inclui as dimensões teleológica/estratégica, normativa e dramatúrgica, mas não se reduz a elas. Existe um propósito de alcance de determinadas metas com o processo de ensino-aprendizagem, mas as metas são partilhadas por todo o grupo e não estão subordinadas, exclusivamente, aos interesses do professor como o único que tem competência para decidir e guiar os participantes. Embora todos os participantes pertençam a grupos sociais com determinados papéis sociais, não existe um aprisionamento, no sentido de uma atuação esperada, de acordo com estes papéis. Ao mesmo tempo não é negado o “pertencimento” aos grupos sociais. Também, procura-se conduzir o processo, de modo que os participantes não se sintam compelidos a se auto-representarem de acordo com imagens pré-concebidas. A idéia é de que exista um espaço adequado para a autenticidade.

Ao final do processo, o consenso deve ser fruto de uma troca produtiva entre os participantes, sem que ele já estivesse previamente estabelecido por qualquer um dos participantes.

Uma outra preocupação, que deve estar presente, na condução de um processo educacional, sob o enfoque comunicativo, é a garantia de que o processo vivenciado pelo grupo não seja orientado para a obtenção de efeitos perlocucionários, ou seja, quando existem propósitos que só estão claros para um dos participantes que procura, com seus atos, causar determinados efeitos sobre os demais. Seria um processo conduzido sob a regência de objetivos ou propósitos “escondidos”. Neste caso, a comunicação estabelecida estaria orientada para a obtenção de efeitos perlocucionários, que ocorrem quando o ato da fala dá-se num contexto de ação teleológica ou estratégica (HABERMAS, 1988, v. 1; FLECHA, 1996).

Para que o discurso possa ser considerado válido, o falante tem que vincular ao seu discurso pretensões de validade que sejam suscetíveis de crítica, sem um fim oculto ou não declarado, sobre o qual os ouvintes não possam se manifestar. Então, a ação estaria voltada para a obtenção de efeitos ilocucionários (HABERMAS, 1988, v. 1; FLECHA, 1996).

De forma sucinta, pode-se arrolar como critérios da ação dialógica: o respeito à igualdade nas diferenças entre os envolvidos na ação, o privilegiamento dos efeitos ilocucionários sobre os efeitos perlocucionários e das pretensões de validade, regidas pelos enunciados baseados na argumentação e na crítica, sobre as pretensões de poder, regidas pelo uso do argumento do poder, em oposição ao poder do argumento.

A Teoria da Ação Comunicativa pode inspirar estudos e trabalhos no campo educacional dentro de uma linha pedagógica crítica. Neste trabalho pretendeu-se utilizar algumas categorias básicas desta teoria para analisar e avaliar os Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e seus resultados.

PARTE II

A CONCEPÇÃO DA PESQUISA

*Terminado o trabalho da visão,
começa o trabalho do coração.
Sobre todas as imagens aprisionadas dentro de você;
pois você as conquistou, mas ainda não as conhece.*

(Rainer Maria Rilke)

1 - DA TEORIA À PROPOSIÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho teve, como ponto de partida, a tentativa de verificar, em que medida, podem ser estabelecidas relações entre o desenvolvimento de programas educativos formativos e as práticas políticas de participação popular em saúde.

Considerou-se, para o entendimento do problema proposto, o fenômeno “Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde”, como uma prática educativa na amplitude de sua proposta: pressupostos, objetivos, metodologia, forma de desenvolvimento, resultados e impacto.

No caso, os cursos ocorreram por iniciativa do MSZL. Para avaliar e compreender as conseqüências e efeitos dos cursos, na dinâmica e no desenvolvimento do MSZL, partiu-se do princípio de que o Movimento e os cursos são práticas sociais e, portanto, só podem ser entendidos dentro do contexto histórico, social e de saúde da região, do estado e do país.

A crença de que grupos são capazes de reagir às experiências e situações a que estão submetidos, tornando-se protagonistas da história, causou a aproximação com referenciais, como o de Habermas, que procuram entender os fenômenos sociais como, simultaneamente, estruturados pela realidade social e também estruturantes da mesma.

Nesse sentido, a proposta da pesquisa foi localizar, descrever e interpretar o objeto de estudo - Cursos de Formação - dentro do contexto histórico, social e de saúde da modernidade, na visão de Habermas. Foi preciso considerar o MSZL nas suas características próprias, a partir da realidade histórica, que vem determinando seu perfil para, a partir daí, interpretar as interrelações entre o mesmo e os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde.

Compartilhar dessas idéias, conduziu à busca de hipóteses e à uma opção metodológica que considerasse as condições objetivas pré-existentes (estrutura do movimento, estrutura dos cursos, condições de vida em determinados momentos históricos e outros), os sujeitos e as mediações simbólicas com as quais aceitam, opõem-se e resistem às condições dadas.

2 - A HIPÓTESE DA PESQUISA

A hipótese que se pretende testar, com o desenvolvimento deste trabalho, pode ser desmembrada numa sequência de três etapas:

1 - de que a proposta pedagógica dos Cursos de Formação para Conselheiros de Saúde procurava privilegiar a construção do conhecimento, através do diálogo, numa relação horizontal de troca entre os envolvidos no processo (numa perspectiva da ação comunicativa);

2 - de que uma ação educativa, baseada na perspectiva da ação comunicativa (diálogo), pode resultar em aprendizagem e transformações no âmbito do mundo da vida de seus participantes;

3 - de que os resultados alcançados podem ser limitados por aspectos relacionados ao sistema: o meio econômico e o meio administrativo (o dinheiro e o poder), como mecanismos de regulação social, que interferem e impõem restrições à aprendizagem e às transformações no mundo da vida.

Com relação à proposta pedagógica pretende-se verificar se o diálogo estabelecido baseou-se em pretensões de validade, com a predominância da ação comunicativa e dos efeitos ilocucionários, garantindo a transparência do processo e dos objetivos.

Quanto à aprendizagem, a expectativa é de que tenha ocorrido uma aprendizagem comunicativa, no sentido de que os participantes saibam operar comunicativamente na busca do entendimento e do consenso, baseando o diálogo em pretensões de validade.

Com relação às transformações no âmbito do mundo da vida dos participantes, a expectativa é de que a relação dialógica estabelecida, tenha permitido a transformação da relação dos participantes com a saúde e com os representantes do sistema de saúde (em termos atitudinais e proposicionais), com os outros participantes do próprio movimento (relação mais horizontal), com a política (participação e racionalidade crítica) - em termos de posicionamento político, não entendida como uma questão de opção partidária - e com a condução da vida pessoal (reflexão).

3 - O CAMINHO METODOLÓGICO

Neste trabalho, optou-se pelo uso combinado de técnicas para a coleta de dados quantitativos e qualitativos, que foram interpretados de forma conjunta, objetivando a realização de uma análise qualitativa. Tal análise utilizou os resultados e dados expressos em forma numérica, na explicação e compreensão do objeto de estudo (Cursos de Formação), que foi interpretado e contextualizado à luz do estudo da dinâmica social mais ampla que o recobria (MSZL).

Essa é a idéia da “triangulação” como estratégia metodológica, que fundamenta-se no princípio de que as ações sociais e as falas têm que ser circunstanciadas. Este tipo de busca de validação é diferente de uma somatória de técnicas, com o objetivo de aferição de índices e dados. A proposta da “triangulação” é de uma análise das relações do contexto com as ações e falas. As investigações com essas características têm caracterizado, atualmente, as pesquisas na área de ciências humanas e sociais, inclusive quando são aplicadas à área de saúde (ADORNO & CASTRO, 1994).

Cada vez mais tem sido destacado o valor dos métodos qualitativos na avaliação formativa e somativa de variados tipos de projetos e programas educativos e propostas pedagógicas (LUDKE & ANDRÉ, 1986; MULLEN & IVERSON, 1986).

A análise de HAGUETTE (1990), destaca que os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser. Esta é mais uma justificativa para seu privilegiamento neste projeto, que pretendeu analisar e avaliar uma proposta pedagógica que foi desenvolvida dentro de um movimento social na área de saúde. Assim, tratou-se de um estudo de caso (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

O que distingue o estudo de caso de outros tipos de estudo é a compreensão do objeto estudado como um fenômeno singular, representativo de uma realidade que é multidimensional e historicamente situada. Seu alcance de generalização é limitado, mas pode apontar aspectos interessantes para a compreensão do contexto em que ocorreram os cursos.

A coleta de dados e as técnicas da pesquisa

A coleta de dados neste trabalho foi constituída de três etapas em que foram utilizadas diferentes técnicas de coleta e análise de dados que, em alguns momentos, foram desenvolvidas de forma simultânea.

A *análise documental* constituiu-se no levantamento do material documental, disponível na sede do MSZL, relacionados com os Cursos de Formação realizados. Este material continha, basicamente, relatórios de avaliação dos cursos. Foram encontrados poucos planejamentos de atividades e aulas, materiais subsidiários para o planejamento das atividades e materiais didáticos.

Por meio dos documentos coletados e de contatos pessoais, que foram feitos com as pessoas envolvidas no desenvolvimento dos cursos, foi possível reconstruir com maior exatidão o “histórico” destes cursos.

A utilização desses documentos, que podem ser denominados de institucionais, já que são os documentos “oficiais” das entidades promotoras dos eventos em estudo, também possibilitou, enquanto fonte primária de dados, delinear as entrevistas individuais que foram realizadas com algumas das pessoas que planejaram, organizaram e ministraram os Cursos de Formação e com os ex-participantes dos mesmos.

Segundo Hoslti, citado por LUDKE & ANDRÉ (1986), uma das situações em que o uso da análise documental é indicada é quando se pretende ratificar e validar informações obtidas por outras técnicas de coleta de dados e informações.

A segunda etapa constituiu-se em um estudo descritivo, por amostragem, dos participantes dos cursos. Esta caracterização dos participantes dos cursos com dados sócio-econômicos e demográficos (faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, local de moradia e outros) foi realizada com o objetivo de se obter mais elementos para a avaliação dos cursos, considerando-se que o êxito das estratégias metodológicas e dos recursos didáticos utilizados depende, em grande parte, de que estes sejam adequados às características sócio-econômicas e culturais da população alvo. Foram feitas entrevistas, que objetivaram o preenchimento de um *formulário* (Anexo 1 - Formulário para caracterização da população alvo dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de

Saúde/MSZL). Este formulário continha questões fechadas e abertas, estas, de caráter mais opinativo, posteriormente categorizadas.

Este tipo de caracterização só foi realizada entre os participantes dos Cursos ocorridos nos anos de 1987/1988 e 1992, pois não foi possível recuperar as listagens com os nomes dos participantes dos mini-cursos do ano de 1989.

O formulário foi aplicado em uma amostra de 40% do universo de participantes dos cursos de 1987/1988 e 1992.

O Quadro 1 apresenta o número de participantes em cada um dos cursos realizados nos anos de 1987/1988 e 1992.

Quadro 1: Número de participantes nos cursos de 1987/1988 e nos cursos de 1992

CURSO	1987/1988	1992	TOTAL
1º	19	17	-
2º	25	20	-
3º	23	20	-
4º	25	16	-
TOTAL	92	73	165

O Quadro 2 mostra o número de formulários aplicados na amostra.

Quadro 2: Número de formulários aplicados na amostra de participantes de cada curso para a caracterização sócio-econômica e demográfica da população alvo dos cursos de 1987/1988 e de 1992

CURSO/ANO	1987/1988	1992
1º	11	08
2º	09	07
3º	09	10
4º	04	08
TOTAL	33	33

Os dados obtidos foram categorizados, codificados, digitados e analisados quantitativamente utilizando o programa EPIINFO 5.1 (DEAN e col., 1994). Foram usadas frequências e porcentagens para a descrição da população alvo e, também, foram realizadas comparações entre algumas situações pré e pós cursos (escolaridade, ocupação, condições de moradia). Com relação a algumas outras informações, do tipo motivação para participar do curso e participação no movimento, procurou-se verificar se o tipo de resposta obtida diferia ou não, dependendo de qual curso havia sido frequentado pelo indivíduo: cursos de 1987/1988 e de 1992. Vale destacar que as respostas às questões abertas e/ou opinativas não eram mutuamente excludentes. As respostas mais significativas a estas questões opinativas foram utilizadas para a interpretação dos dados analisados quantitativamente.

Na terceira etapa foram realizadas *entrevistas individuais, em profundidade*, com pessoas consideradas *informantes-chave*, pela posição que ocuparam no desenvolvimento dos cursos: membros da equipe técnica, monitores e ex-participantes. As entrevistas individuais (MINAYO, 1993; LUDKE & ANDRÉ, 1986; BRIOSCHI & TRIGO, 1987) foram semi estruturadas, combinando perguntas fechadas e abertas, seguindo um roteiro básico. Neste roteiro foram contempladas questões dirigidas para a equipe técnica e monitores e para os participantes dos cursos (Anexo 2 - Roteiro de entrevista individual para a equipe técnica, monitores e ex-participantes dos cursos).

O critério para a seleção destes informantes não foi numérico, já que, do ponto de vista da metodologia qualitativa, a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. De acordo com MINAYO (1993), os critérios básicos para a amostragem são: definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; não considerá-lo esgotado enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa, prevendo um processo de inclusão progressiva, encaminhado pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria.

A entrevista permite tanto a obtenção de informações denominadas mais objetivas, como outras de caráter mais subjetivo, referente às atitudes, opiniões e valores dos indivíduos entrevistados (MINAYO, 1993). No caso deste projeto, a entrevista também teve por objetivo captar a percepção dos participantes dos cursos sobre estes cursos e

como as discussões e atividades desenvolvidas neles se traduziram nas suas atuações, quer como membros do movimento de saúde, quer como cidadãos.

Os depoimentos colhidos nas entrevistas individuais tiveram seus conteúdos analisados tematicamente (MINAYO, 1993).

Foram realizadas doze entrevistas individuais e os informantes-chave podem ser agrupados em três categorias: (A) militantes do Movimento de Saúde da Zona Leste (“membros da população”) que trabalharam como integrantes da equipe técnica que coordenou os cursos centralizados com duração de cinco meses que foram realizados nos anos de 1987 e 1988, os mini-cursos com duração de três meses realizados nos bairros no ano de 1989 e os cursos centralizados com duração de três meses realizados no ano de 1992; (B) militantes do Movimento de Saúde da Zona Leste (“técnicos militantes”) que também eram profissionais da área de saúde e técnicos da Organização Não Governamental “Serviço de Orientação da Família” que trabalharam como integrantes da equipe técnica que coordenou os cursos centralizados com duração de cinco meses que foram realizados nos anos de 1987 e 1988 e os mini-cursos nos bairros com duração de três meses realizados no ano de 1989; (C) participantes dos cursos realizados nos anos de 1987/1988 e 1992.

Em 1987 e 1988 foram realizados quatro cursos centralizados com cinco meses de duração, em período integral. A equipe de coordenação era de oito pessoas: quatro eram membros do MSZL e quatro eram profissionais do SOF. Dentre os membros do MSZL duas eram técnicas na área de saúde e militantes do movimento e as outras duas eram militantes da comunidade da região. Estas quatro mulheres foram entrevistadas.

Quanto aos profissionais do SOF foram entrevistadas duas pessoas, das outras duas, uma já é falecida e a outra não reside mais no Estado de São Paulo, o que inviabilizou a realização da entrevista.

No ano de 1989 foram realizados mini-cursos descentralizados em diversos bairros das sub-regiões da zona leste do município, conduzidos por ex-participantes dos cursos de 1987 e 1988. No total foram doze pessoas que compuseram seis duplas. Destas doze pessoas, uma já é falecida e quatro não residem mais no município de São Paulo e não foi possível localizá-las. Das sete restantes, duas foram entrevistadas individualmente e as

outras cinco foram contatadas para responderem o formulário de caracterização dos participantes dos cursos de 1987/1988 e 1992 (Anexo 1).

Também foi realizada uma entrevista com uma terceira técnica do SOF que acompanhou e assessorou o desenvolvimento das atividades de formação do MSZL, entre os anos de 1987 e 1991, principalmente durante a realização dos mini-cursos nos bairros.

No ano de 1992, foram realizados outros quatro cursos centralizados, mas com período de duração de três meses cada um. A equipe de coordenação destes cursos foi composta somente por cinco membros do MSZL. Estas cinco pessoas foram entrevistadas.

Quanto aos participantes dos cursos dos anos de 1987 e 1988 foram entrevistadas três pessoas, sendo que, duas delas, posteriormente, também fizeram parte da equipe técnica dos cursos realizados em 1992.

No caso dos participantes dos cursos de 1992, só foi possível realizar uma entrevista individual. Por coincidência esta participante também havia participado de um dos mini-cursos realizados em 1989.

Como já descrito acima, alguns dos informantes-chave podem ser colocados como pertencentes a mais de uma dessas categorias, porque sua atuação modificou-se durante o transcorrer do período de realização dos cursos. A seguir, está a listagem dos entrevistados, de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas, indicando a que categorias pertencem, segundo a classificação apresentada anteriormente:

Entrevistada 1 - Categoria A

Entrevistada 2 - Categoria B

Entrevistada 3 - Categoria B

Entrevistada 4 - Categorias C e A

Entrevistada 5 - Categoria B

Entrevistada 6 - Categoria C

Entrevistada 7 - Categoria A

Entrevistada 8 - Categorias C e A

Entrevistada 9 - Categoria C

Entrevistada 10 - Categoria C e A

Entrevistada 11 - Categoria B

Entrevistada 12 - Categoria B

A apresentação dos resultados

Na apresentação dos resultados as falas dos entrevistados serão precedidas da indicação de sua categoria. Quando os relatos não forem precedidos deste tipo de indicação é porque são referentes ao material coletado por meio dos formulários utilizados para a caracterização da população alvo.

Em cada fala transcrita, os trechos com conteúdos mais importantes e significativos, para este trabalho, foram destacados em **negrito**.

PARTE III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*O Brasil não é só
verde, anil e amarelo.
O Brasil também é
cor de rosa e carvão.*

(Seo Zé/Marisa Monte, Nando Reis e Carlinhos Brown)

As pessoas vão cruzando o barbante e essas pessoas vão contando porque estão no Movimento, então cada um vai contando um pouquinho de como começou e porque começou e a gente fica uns quarenta minutos. É um momento de contar história, conquista que já teve, de expectativas, o que está esperando (...) cada um vai cruzando e depois que todo mundo se apresentou a gente faz uma reflexão que o barbante está firme porque as pessoas estão segurando. O porquê dos buracos que ficaram (...). É muito bom isso, acho que elas não vão esquecer isso.

(Ex-participante dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do MSZL)

1 - OS CURSOS DE FORMAÇÃO POLÍTICA DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE

• HISTÓRICO

Antecedentes

Como já foi mencionado anteriormente, a formação política iniciou-se, informalmente, com a militância na Igreja e, depois, no contato com os estudantes de medicina e com os profissionais de saúde da rede pública.

Um aspecto, que é fundamental para o entendimento do que tem sido o processo de formação e capacitação dentro do MSZL, é a informação, obtida com o relato de antigas lideranças do Movimento, de que sempre houve preocupação com a formação de seus membros fundadores, com a preparação de novas lideranças emergentes e com a capacitação de pessoas para ocuparem os espaços de participação popular institucionais, por exemplo, os conselhos de saúde em suas várias instâncias:

(A) “(...) Desde o começo do movimento sempre teve. Só que assim: nós éramos poucas pessoas, então, assim, era muito mais fácil. A gente fazia seminários, a gente, no dia-a-dia. Você conseguia fazer a formação porque, sempre, você tinha do lado uma assessoria, alguma pessoa técnica do movimento e aí aquela pessoa ajudava a gente a refletir. Ajudava na questão de você preparar qualquer atividade que a gente ia fazer. Depois você avaliava, depois de você executar, você avalia. A gente sempre teve esse processo, mas era uma coisa natural do dia-a-dia, não era uma coisa elaborada, sabe (...)”.

(A) “(...) então, ela vinha e tinha uma farmacinha na Igreja. O pessoal dava remédio, tinha amostra grátis e a doutora atendia e os estudantes conversavam e todo domingo eles vinham. Cativaram o povo, eram populares e toda quinta-feira fazia reunião e a formação começou aí. Discutia o que era doença, saúde, posto de saúde, centro de saúde, para que serviam as vacinas, porque a gente cansava de dar lombrigueiro para as crianças (...). A formação era feita por grupo pequeno, com

discussão. Lembro-me quando pela primeira vez nós fomos na Secretaria, fomos enfrentar o Walter Leser. Quando chegamos da reunião (...) lembrou tudo o que se passou, depois analisou o comportamento nosso, porque se comportamos daquele jeito, o comportamento da secretária, do secretário (...)".

Essas falas ilustram o papel importante que os "agentes externos" desempenharam no histórico do Movimento de Saúde. Os estudantes de medicina citados, posteriormente assumiram cargos políticos e/ou executivos em que procuraram enfatizar a atuação na área de saúde. Muitos deles, ainda hoje, são identificados como importantes lideranças para o MSZL e, a partir da vinculação partidária de alguns, não é possível negar a proximidade do próprio movimento com o Partido dos Trabalhadores, mesmo que o MSZL, enquanto grupo organizado, não se auto identifique com qualquer partido político.

Um dos relatos, acima, citou a Igreja Católica como o local onde as primeiras discussões sobre o tema da saúde ocorreram, como também o desenvolvimento de ações assistenciais. Desta forma, confirma-se a importância, na época, do papel da Igreja no sentido de viabilizar o desencadeamento de ações comunitárias e reivindicativas entre os moradores da periferia do Município de São Paulo.

(A) *"No comecinho, quando entrei, nem tinha meu filho, meu filho já tem 26 anos. No começo tinha os bairros e o que existia eram as Igrejas, o povo em redor das comunidades. Existia aquele espírito, (...) tinha idéia de comunidade, tinha o povo em redor e assim as coisas aconteceram em alguns locais. Por exemplo, no meu bairro, aconteceu no Parque Bristol, aconteceu também em São Mateus e na zona sul. (...) sobre a questão da reforma sanitária: o pessoal técnico estudando e vocês pensando lá e os estudantes indo para a periferia e os técnicos. Era ditadura fechada, época difícil, época brava, então o pessoal chegou no meu bairro, quem chegou foi o C., que era estudante de medicina, e o R.. Eram estudantes (...)"*.

Participação no MSZL e/ou outros movimentos sociais antes da participação nos cursos

O formulário de caracterização da população alvo identificou que, quando os ex-participantes tinham, antes da participação nos cursos, envolvimento anterior com algum tipo de atividade comunitária, social ou reivindicativa, ela, geralmente, estava relacionada com a Igreja ou com o próprio Movimento de Saúde, através de Conselhos de Saúde ou outras atividades do MSZL. Isto ocorreu entre os ex-participantes dos dois tipos de Cursos (1987/1988 e 1992).

É interessante observar, no Gráfico 1, que a participação anterior em outros tipos de conselhos populares também é significativa entre os dois grupos. Da mesma forma o vínculo com partidos políticos. Somente entre os ex-participantes dos Cursos de 1992 havia pessoas sem nenhum tipo de participação anterior. Isto pode indicar que os participantes dos primeiros cursos, em comparação com os dos cursos de 1992, eram pessoas que tinham maior proximidade com atividades movimentalistas, como também é indicado pelo item outros movimentos sociais.

O item sociedade amigos de bairro indica que este tipo de participação tem um caráter diferenciado da participação no MSZL. Poucos dos que participaram dos cursos pertenciam a sociedades amigos de bairro.

Os dados confirmam a importância da participação da Igreja Católica que, desde o início, era um local que a população freqüentava e onde podia assumir posições que deixavam emergir sua capacidade de liderança.

Assim como SMEKE (1990), outros autores (ZIONI, 1994) comentam a influência da Igreja Católica para o surgimento dos movimentos sociais, enquanto instituição representante da ação dos “agentes externos” (JACOBI, 1989 b). Recentemente a posição da Igreja Católica vem se modificando, a partir de pressões que vem sofrendo do clero mais tradicional, hoje majoritário, que tem reprimido atividades e ações mais comprometidas com as demandas populares, de acordo com os princípios da Teologia da Libertação (GOHN, 1994). Entretanto, no período em que os canais institucionais de participação estavam fechados pela repressão do regime militar, a Igreja

Católica e as Comunidades Eclesiais de Base eram as instituições da sociedade civil capazes de articular certa oposição e canalizar algumas das demandas populares.

É possível acrescentar um comentário, obtido através de uma entrevista individual, realizada com uma das técnicas da ONG SOF, sobre a vinculação inicial do MSZL e suas lideranças com a Igreja Católica:

“(B) (...) podia contar que as lideranças do bairro não eram soltas, elas tinham um vínculo com a Igreja, com a Igreja Católica, com as Comunidades de Base. Mas, então, era um pouco isso, a partir da questão da justiça, você trazia mais e mais pessoas e era isso que era a base do movimento”.

GRÁFICO 1 - PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E/OU OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS ANTES DA PARTICIPAÇÃO NOS CURSOS

- Movimento de Saúde da Zona Leste
- Conselhos de Saúde
- Atividades da Igreja Católica
- Conselhos organizados por faixa etária (adolescentes, idosos), problemas específicos de saúde (saúde mental, saúde da mulher) ou institucionais (escolas, creches)
- Sociedade amigos de bairro
- Partidos políticos
- Outros movimentos sociais
- Sem participação anterior
- CURSOS DE 1987/1988
- CURSOS DE 1992

Os critérios estabelecidos para a escolha dos participantes dos cursos ajuda a esclarecer porque a maioria dos ex-participantes já tinha algum tipo de vínculo com movimentos sociais:

(B) “E aí, voltando à questão inicial da contratação, se estabeleceram alguns critérios: que a pessoa tivesse, já, algum tempo de caminhada no movimento, envolvimento, disponibilidade”.

(B) “(Todos eram conselheiros?) - Sim era requisito básico e as experiências de militância eram muito variadas, tinha pessoas que tinham experiência em participação popular, ou outra experiência como base”.

Um dos documentos relata que o início dos cursos foi precedido de uma fase preparatória. Esta fase incluía várias etapas, entre elas a definição de critérios para a participação nos cursos. Isto mostra que o MSZL valorizava a existência de algum tipo de experiência anterior em atividades comunitárias, reivindicativas ou sociais, dentro da perspectiva de que os cursos deveriam capacitar e fortalecer agentes para o exercício de lideranças dentro do próprio movimento e do bairro. Em função disto, é que se considerava que deveriam ser privilegiados, num primeiro momento, moradores de bairros onde já existissem conselhos de saúde atuantes e, neste caso, a indicação do nome do participante deveria ser feita pelos seus membros.

Fase preparatória

A descrição da fase preparatória já apontava para uma característica metodológica que os cursos procurariam assumir: o estabelecimento de uma relação horizontal entre participantes e equipe técnica que, conjuntamente, iriam construindo os cursos:

- “a) processo de discussão no movimento sobre **necessidade de formação mais sistematizada** e a curto prazo para a formação de lideranças e sobre o conteúdo programático;
- b) definição de **critérios para participantes do curso**: alunos e equipe técnica;
- c) processo de **escolha dos bairros** que serão envolvidos;

- d) processo de escolha de cada participante nos seus conselhos;
- e) elaboração conjunta do processo e normas do curso: alunos e equipe técnica” (CAPACITAÇÃO, 1985).

Reforçando a preocupação, presente no MSZL, desde seu início, com a formação contínua de lideranças, no documento de oficialização da criação da ONG “Saúde é Vida”, é apontado como objetivo geral desta entidade: “**capacitação dos participantes** dos conselhos e comissões de saúde para uma atuação mais ativa no controle social (...)” (PROJETO, 1990).

A equipe técnica dos cursos de 1987/1988

A fase preparatória incluiu, também, a definição dos critérios para a constituição da equipe técnica dos cursos. Esta equipe foi constituída procurando privilegiar a experiência acumulada, pelas lideranças do movimento, e a realização de um trabalho conjunto entre o MSZL e os técnicos do SOF. Assim, a equipe técnica, dos quatro cursos centralizados nos anos de 1987 e 1988, contou com oito membros, sendo quatro profissionais do SOF e quatro militantes do movimento. Dentre os militantes do Movimento, dois eram da “comunidade” (um deles era responsável mais diretamente pela parte administrativa) e dois eram técnicos da área de saúde.

(A) “(...) e aí foi formar a equipe que iria executar o projeto: (...) tava lá que deveria ter uma enfermeira, uma pessoa da comunidade, **que fui eu, e uma auxiliar de enfermagem. Então, seriam duas pessoas da área técnica e uma da comunidade, então nós três formamos uma equipe e tinha a (responsável) administrativa, também, que ajudou bastante (...)**”.

(B) “É, era período integral, tendo aulas teóricas e práticas. **A equipe que realizava os cursos era formada de quatro ou cinco pessoas, eu não me lembro direito o número exato agora, que eram do Movimento de Saúde e que foram escolhidas. Houve um processo de seleção, de escolha, a partir da coordenação do movimento de saúde e, essas pessoas, como eu já disse, foram contratadas pelo SOF. Essas pessoas eram a Z., era a C., a I., que é uma enfermeira militante na saúde, e uma pessoa que era uma**

conselheira que não tinha a função de ministrar aulas. Era mais a função administrativa, era a L.. E acho que eram essas quatro. E eu e mais uma pessoa do SOF, integrávamos essa equipe”.

As quatro integrantes da equipe técnica, que eram militantes do MSZL, foram escolhidas pelos outros membros do Movimento, num processo eletivo, que ocorreu dentro de uma assembléia do MSZL.

A equipe técnica dos mini-cursos

Como já foi descrito, depois da realização dos quatro cursos centralizados, houve uma segunda etapa em que foram realizados mini-cursos em diversos bairros de seis sub-regiões, que compunham a área de abrangência do MSZL e arredores: São Miguel Paulista/Itaim Paulista, Carmosina/Penha, Ermelindo Matarazzo/Guaianazes, Sapopemba, Guarulhos/Ferraz de Vasconcelos e Itaquera/São Mateus.

A equipe técnica, destes cursos, foi composta por militantes do MSZL, doze ex-participantes dos cursos de 1987/1988. Elas se dividiram em seis duplas e atuaram, geralmente, em bairros próximos de suas residências, dentro da perspectiva de que é importante que as lideranças sejam pessoas vinculadas aos bairros onde atuam.

(A) “Depois dos primeiros quatro cursos foram escolhidas as melhores: doze (ex-participantes) e a I. elaborou um projeto específico, para desenvolvê-las mais. E, então, elas foram responsáveis em realizar mini-cursos nas suas regiões. Trabalharam em duplas”.

(A) “(...) elas foram nos bairros e elas não vinham num lugar central. Ai, elas iam numa região duas a duas, a gente dividia e fazia duplas, e elas iam na região. Ajudavam as pessoas daquela região e fazia ali, para repassar os conhecimentos e um pouco de tudo aquilo que a gente tinha dado em seis meses, só que bem espremidinho e mais simplificado, para aquelas pessoas. Ai, a gente conseguiu atingir muita gente também. (...) a gente achou que esses mini-cursos era legal, que era uma coisa boa e ele não era tão técnico, não precisaria de ser uma pessoa técnica”.

Dos cursos “longos” para os mini-cursos

Com um caráter mais prático e menos técnico, pretendia-se atingir, mais facilmente, as pessoas com menos tempo de participação em atividades do Movimento e, portanto, com mais dificuldade de teorização a partir de suas vivências. Avaliou-se que, para tal grupo de participantes, era mais importante priorizar atividades práticas que mostrassem o que o Movimento faz e colocassem as pessoas em ação, na medida em que fossem encarregadas de promover atividades nos bairros. A flexibilidade dos cursos oferecia-lhes oportunidades de participação em eventos diversos, onde pudessem contextualizar melhor o espaço de atuação do MSZL.

(B) “(...) depois, foram cursos mais curtos, partindo para coisas mais práticas, porque a gente percebeu que aquele de cinco meses a pessoa ficava muito teórica e que, em termos de participação, se a gente colocasse só no final, não contribuía tanto para o movimento como se você fizesse um curso mais curto, refletindo a parte teórica já aplicada na prática. Você perdia em acompanhamento teórico, mas ganhava em aprofundamento prático (...)”.

Quanto ao tempo de duração dos cursos, a avaliação predominante é de que a duração inferior a cinco meses foi prejudicial quanto a oferecer oportunidades de maior desenvolvimento teórico para seus participantes, um aspecto que, para a capacitação de lideranças, revelou-se fundamental. Ou seja, aqueles que se consolidaram como militantes ativos do MSZL seguiram participando de outras atividades. Na verdade, os mini-cursos tiveram um papel de despertar o interesse para o Movimento de Saúde.

(C/A) “ Não, eu acho que não é suficiente, não. A L. fez um de três meses (...) mas ela sempre foi completando com seminários que a gente fazia (...)”.

(C/A) “ Eu acho que o tempo mais adequado era o de seis meses (...) dava para aprofundar mais os temas porque, quando eles foram de três meses, a gente precisou resumir muito, teve que abordar os temas muito resumido. Então, seria interessante que fossem de seis meses e o pessoal aprendia muito mais (...)”.

O MSZL e a gestão do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo (1989-1992)

Nos anos de 1990 e 1991 o investimento voltou-se para a formação dos membros da coordenação do MSZL e não foram realizados cursos nos moldes descritos anteriormente.

(A) “ (...) a gente ficou durante dois anos com um projeto diferente, era um projeto, assim, de formação da coordenação, apenas da coordenação, eram apenas doze pessoas (...)”.

Também no MSZL, assim como em outros movimentos sociais, refletiram-se os efeitos do processo de redemocratização do país e a conseqüente reorganização dos partidos políticos de esquerda. Principalmente a partir do final da década de 80, muitas lideranças dos movimentos passaram a atuar mais nos partidos políticos ou na própria administração pública, onde se instalaram administrações populares (GOHN, 1994).

Os militantes do MSZL, também, têm consciência de que os acontecimentos deste período, que correspondeu à administração do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo, tiveram reflexos diretos na atuação do Movimento de Saúde, permitindo, aos seus militantes, a participação em eventos e atividades, até então, pouco existentes. Além disso, a participação da coordenação do Movimento, neste tipo de atividade permitiu-lhe ter a oportunidade de se envolver mais em discussões no campo da saúde, que estavam ocorrendo na época. De certa forma, avaliava-se que o grupo envolvido nos cursos estava avançando mais do que a própria coordenação do MSZL. A coordenação sentiu, portanto, necessidade de se colocar mais ao par das pautas em vigor.

(A) “(...) foi a época da administração da Erundina. Foi uma época de mudança muito profunda no movimento. Em relação a recursos humanos, o pessoal que dava assessoria e o pessoal que trabalhava com a gente, saiu todo mundo para prestar serviço para a Prefeitura e nós ficamos, assim, com poucas pessoas que tinham tempo. Aí, a gente começou a aproveitar o que tinha de formação e de discussão na cidade. Foi uma época que a gente só ia para a cidade. A gente participava mais dos debates, tinha muito debate, tinha muita plenária. Aí, a gente mudou um pouco, a gente

teve que se adaptar a levar o pessoal para a cidade. Por causa disso que a gente mudou um pouco o projeto, foi um projeto mais, assim, do pessoal ter dinheiro de condução para a cidade e para gente se adaptar ao que estava acontecendo porque mudou muita coisa então(...)”.

De certa forma, foi proveitoso para o Movimento, poder contar com recursos financeiros para viabilizar a participação de seus militantes, principalmente da coordenação, nas várias atividades que eram promovidas pela administração municipal, interessada em realizar uma gestão com participação popular. Como muitos dos ocupantes de cargos executivos tinham sido militantes do Movimento e a vitória nas eleições havia se concretizado pelo significativo apoio dos movimentos populares, havia uma expectativa, implícita, que o MSZL, como outros movimentos, participasse de todos os eventos, dando respaldo às políticas e ações da administração. Para a administração municipal era evidente que um dos sustentáculos da gestão era o relacionamento intenso e recíproco entre a própria administração e os movimentos populares.

Aparece, novamente, a questão da vinculação do MSZL com o Partido dos Trabalhadores e as limitações que isto pode significar para o Movimento no sentido de seu fortalecimento com um caráter de independência. Apesar de ter sido uma grande e importante experiência para o Movimento de Saúde, assim como para diversos outros setores populares, o contexto deste período fez com que os conflitos que os movimentos sociais enfrentam, relacionados com as questões de autonomia e manipulação, emergissem.

(B) “O Movimento não tinha um mandato e, então, você via pessoas do curso de formação tendo que ir para atos e tudo mais sem discutir, sem ter clareza. Então foi um atropelo. Pelo outro lado, com todas as críticas, a C. entendeu isso, ela entendeu que as coisas tinham que andar naquele ritmo porque tinha um tempo, tinha um mandato para ser cumprido. (...) tinham tantas metas a serem cumpridas, tinha que descentralizar, tinha que ter tantos conselhos (...) então era um tempo cronológico e “tratorou” o Movimento (...)”.

Em certo sentido, essa participação, apesar de seus aspectos positivos, causou o enfraquecimento do Movimento, na medida em que provocou o surgimento de crises de

identidade dentro do mesmo. Muitas vezes, os ocupantes de cargos administrativos e políticos, que haviam sido lideranças nos movimentos sociais, passaram a “cobrar” do Movimento e de seus militantes um apoio total, como se, automaticamente, os objetivos dos movimentos populares tivessem sido incorporados pela administração pública ou, inversamente, que os movimentos devessem incorporar e assumir os objetivos e as propostas do partido que, então, estava no governo, porque era uma administração “comprometida” com as demandas e interesses dos grupos populares.

JACOBI (1992 a), analisando a experiência da participação popular em saúde no Município de São Paulo, no período da gestão “petista” (1989-1992), apontou o “fantasma da cooptação” como uma das expressões do descompasso na relação administração - movimentos sociais, desencadeado pelas crises de identidade do Movimento de Saúde em São Paulo.

Sem dúvida, a participação é o instrumento de governo mais adequado para construir um regime democrático. Para isto é importante que o Estado crie mecanismos participativos que visem a incorporação dos cidadãos aos programas de governo. Assim, a descentralização de competências e recursos para níveis mais locais torna-se um instrumento valioso. O risco, nestes casos, em que a participação é estimulada pelo Estado, é que podem ocorrer situações de pseudo participação, onde não se descentraliza o processo decisório, mantendo-se a mesma lógica tradicional de gerência verticalizada. Outro risco é que os movimentos apoiem-se muito nas garantias e nos canais oferecidos pela gestão que incentiva este tipo de relação entre Estado e movimentos e, quando não há mais este tipo de apoio, os movimentos sintam-se um pouco desamparados e com dificuldades de continuidade.

Talvez seja importante considerar a possibilidade de que a forma como o Estado, no caso da administração “petista” no Município de São Paulo, tratou e se vinculou aos movimentos tenha sido, em parte, responsável pelo atual esvaziamento, sentido por seus militantes, do MSZL, a partir das questões abordadas acima.

A equipe técnica dos cursos de 1992

A retomada dos cursos centralizados, no ano de 1992, foi justificada pelo crescimento do número de militantes do Movimento de Saúde. Esta foi uma das consequências da realização de novas eleições para a composição dos Conselhos de Saúde na região.

Verifica-se, assim, que os cursos, de fato, cumpriam um duplo papel, de capacitar pessoas para o trabalho de conselheiros de saúde nas instâncias institucionais, e, ao mesmo tempo, apresentar o MSZL para os recém eleitos que ainda não o conhecessem ou o conhecessem pouco. Não é possível negar que os cursos procuravam mostrar a importância de que os conselheiros estivessem vinculados a algum tipo de movimento de base para fazerem melhor a articulação com a população que representavam.

É provável que os que vieram a participar desses cursos já tivessem algum tipo de vínculo com o MSZL ou com seus militantes. Havia o interesse de privilegiar a participação deste tipo de pessoas, ou porque já eram lideranças ou militantes do Movimento ou porque tinham mais possibilidade de virem a ser, o que era importante para o MSZL porque engrossava suas bases.

Apesar de, novamente, centralizados, estes cursos mantiveram a característica dos mini-cursos quanto a sua duração de três meses.

(A) “(...) porque tinha sido eleito novas pessoas e a gente pensou que já estava na hora de voltar a se preocupar. (...) era organizando seminários, chamando pessoas, sempre chamando pessoas e assessorias. Mas era coisa mais geral, bem mais geral: os programas, o que é o papel do conselho, o papel do conselho gestor, a questão do Sistema Único de Saúde, as resoluções das conferências, essas coisas mais gerais (...)”.

Dentre os fatos que constituíram a história do MSZL e dos cursos, destaca-se o fato do MSZL ter sido influenciado, tanto na sua origem, como no seu desenvolvimento, por “agentes externos”: assessores e articuladores de partidos ou instituições da sociedade civil como a Igreja Católica. Este fato, ao mesmo tempo que determinou sua consolidação, permanência e maturação, também significou o estabelecimento de conflitos com relação a questões como sua identidade e autonomia. No caso dos próprios cursos,

que tinham uma proposta emancipatória, essas influências representaram algumas limitações.

• OBJETIVOS

Reforçando a preocupação presente no MSZL desde seu início, com a formação contínua de lideranças, no documento de oficialização da criação da ONG “Saúde é Vida”, é apontado como objetivo geral desta entidade:

“capacitação dos participantes dos conselhos e comissões de saúde para uma atuação mais ativa no controle social, possibilitando o crescimento da consciência crítica e criadora no sentido de perceber que o trabalho exige necessariamente um plano e uma direção, para que os grupos possam crescer e colaborar no desenvolvimento e na organização do sistema de saúde” (PROJETO, 1990).

Tal objetivo é perfeitamente compatível com os objetivos dos cursos apresentados no material documental do MSZL. É possível sumarizar como objetivos que justificaram a proposição dos cursos:

“- Capacitação dos participantes dos conselhos populares de saúde visando:

- a) garantir a efetiva participação dos conselhos na condução dos programas de saúde;**
- b) garantir que os conselhos tenham acesso às informações essenciais à sua função, para que os mesmos possam efetivamente participar da tomada de decisões das unidades de saúde;**
- c) garantir que os conselhos sejam agentes de conscientização da população a partir dos problemas de saúde, buscando organizá-lo para o desenvolvimento da sociedade;**
- d) garantir que a prestação de serviços em saúde sejam integradas às ações educativas. Para isso é necessária uma mudança de atitude que permita à população intervir como sujeito determinante de sua própria condição de vida” (CAPACITAÇÃO, 1985).**

No relato dos membros das equipes técnicas, os objetivos dos cursos são apresentados mostrando que havia uma unidade, entre o proposto nos documentos e o que se traduziu na prática.

(A) *“Os objetivos dos cursos era justamente isso: **fazer com que as pessoas entendessem as políticas** (...)”.*

(B) *“É, quando a gente fez em São Miguel, a gente fez porque precisávamos **formar as pessoas, capacitar, formar liderança ou capacitar as lideranças**. Não só formar as lideranças, muito mais capacitar as lideranças, porque quem vem acaba sendo um representante”.*

A motivação para a participação nos cursos foi identificada por meio da aplicação do formulário de caracterização da população alvo (Gráfico 2).

O motivo principal para a participação nos cursos foi, sempre, a possibilidade de adquirir conhecimentos, principalmente na área de política de saúde e dos direitos do cidadão, para subsidiar as lutas para conseguir melhorias para o bairro.

Não apareceu com muito destaque, como motivo para a participação nos cursos, conhecer o papel dos conselheiros de saúde. Talvez isto possa ser atribuído ao fato da maior parte dos participantes já desempenharem este papel e associarem o curso a uma ampliação do que já realizavam.

Entre os ex-participantes dos cursos de 1992, houve um aumento dessa justificativa. Provavelmente porque tais pessoas, na época em que participaram dos cursos, não eram militantes do MSZL e haviam sido eleitas, recentemente, para atuarem como conselheiras. Da mesma forma, isto pode explicar o aumento do interesse em conhecer melhor o MSZL.

GRÁFICO 2 - MOTIVOS REFERIDOS PARA A PARTICIPAÇÃO NOS CURSOS

Algumas frases, selecionadas dos próprios formulários, ilustram como foram expressas estas motivações:

*“(...) queria **arrumar mais caminhos para reivindicar** (...)”;*

*“(...) para mim **saber a questão política**, (...), a falta de médico, tanta morte, tanta negligência, saber sobre essa situação. Tive problema de apêndice e se não tivesse conhecimento de um médico, teria morrido. Eu quis saber sobre chegar num posto e não ser atendida. Não depende só dos médicos, existe toda uma administração por trás.”*

“Eu era do movimento de saúde e precisava me conscientizar sobre política e saúde. A maioria do povo não é conscientizada e por isso não luta pelos seus direitos (...).”

“Eu já participava do conselho de saúde do bairro e queria saber como funcionava a política de saúde. Queria conhecer lá em cima, o poder. Ter mais conhecimento”.

“Porque a gente já era conselheira do posto. O curso dava uma visão da política de saúde, via a questão da economia e política do país, como um todo, até chegar à questão da saúde. O curso seria interessante para a atuação das conselheiras (...).”

“O motivo foi o seguinte: vi nos postos de saúde que faltavam médicos, remédios. O pessoal no bairro era muito carente. Então, quis saber mais quais eram os meus direitos, saber como falar com as autoridades para, assim, poder atuar no Movimento”.

O gráfico mostra, também, que a possibilidade de ganho monetário representou um aspecto importante para alguns dos participantes. O valor da “bolsa de estudos” correspondia a um salário mínimo.

Além dessas falas, retiradas dos formulários aplicados, é interessante adicionar a opinião de uma das entrevistadas, pertencente à categoria B (técnicos militantes do MSZL e técnicos da ONG SOF), sobre a razão pela qual a participação nos cursos despertou tanto interesse naquelas mulheres e porque a adesão foi tão grande:

(B) “Eu percebia, assim, que as pessoas eram muito motivadas pelo curso e na minha opinião tinha dois motivos. O primeiro foi esse que eu coloquei da sensação do retorno aos bancos escolares. Retorno à possibilidade de estudo. (...) e o segundo, eu falei dois, mas acho que são três. O segundo é porque ganhavam, recebiam um salário e a maioria era dona-de-casa e era também a estratégia de sobrevivência das mulheres militantes. Eu percebo que a maioria não trabalha fora, as mulheres do movimento popular não trabalham fora formalmente, mas fazem os chamados bicos. E a terceira coisa que me ocorreu agora, é a possibilidade de se reforçar enquanto liderança, era um espaço de poder para elas. Elas passavam a ser mais reconhecidas pelo movimento

como um todo, pelo conselho onde elas atuavam, dava “status” fazer parte do curso de formação do movimento popular de saúde, entendeu?”

Essa fala confirma o fato de que a “bolsa de estudos” que as participantes recebiam era um aspecto importante. Isto facilitava a aderência ao curso porque permitia que elas se dedicassem a eles, já que não precisavam procurar outras formas alternativas de geração de renda e de contribuição com o orçamento doméstico. Este relato também indica o valor que era atribuído, pelos participantes e pelo próprio Movimento, aos cursos: os participantes eram “escolhidos” entre os militantes, ou seja, isto os distinguia dos demais. Isso mostra o valor que é atribuído às atividades de educação formal: a instrução e a escolarização são valores sociais importantes, principalmente entre aqueles grupos com mais dificuldades de acesso à escola.

Considerando esse depoimento, já é possível destacar algumas características da maior parte do grupo de participantes: mulheres que não trabalhavam fora de casa, com baixo nível de escolaridade e de situação sócio-econômica precária.

Nota-se, analisando os objetivos dos cursos, o Gráfico 2 e os depoimentos dos ex-participantes dos cursos, que a percepção quanto aos objetivos dos cursos pelos militantes do MSZL, que participaram da equipe técnica (Categoria A) e dos representantes da população é bastante semelhante entre si. Refere-se, de forma geral, ao atendimento da necessidade que os participantes sentiam de ter uma visão crítica da realidade, especialmente quanto ao contexto dos problemas na área de saúde.

- PARTICIPANTES

As mulheres compunham a grande maioria dos participantes dos cursos, conforme pode ser visto no Gráfico 3.

GRÁFICO 3 - COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE PARTICIPANTES DOS CURSOS, SEGUNDO SEXO

Este resultado é confirmado pelo fato de que, na maior parte das falas e relatos obtidos nesta pesquisa, o grupo de participantes dos cursos foi sempre referido como elas ou as mulheres. O interessante é que isto é considerado como um aspecto natural, como se já se esperasse que são “elas” que devem participar desse tipo de atividade. Na verdade, pode-se concluir que eles foram organizados com esta perspectiva já que ocorriam durante o dia. A própria coordenação do MSZL pensou a organização dos cursos deste modo. Isto pode revelar uma lógica de pensamento que deposita na mulher a ocupação com um tipo de atividade não profissional e que está relacionada, de certa forma, com seu papel social de esposa e mãe, a que cuida e é responsável pelo bem-estar e pela saúde da família; ao homem cabe o trabalho fora de casa e a garantia do sustento da casa, ele não tem tempo para outras atividades. A análise dos movimentos sociais e seus atores, mostra como esta divisão social de papéis e responsabilidades reflete-se na composição dos grupos que militam em cada tipo de movimento.

Assim, não é por acaso que foram as donas-de-casa que participaram dos Cursos de Formação. Eram elas que dispunham de mais tempo, durante o dia, para a realização de atividades paralelas àquelas referentes aos cuidados da casa e da família.

É muito provável que a participação nos cursos significasse, de início, a possibilidade de “sair” de casa e da rotina imposta pelo cotidiano de dona-de-casa, esposa e mãe, sem representar, aparentemente, um rompimento com o papel social desempenhado até então. A participação nestes cursos incluía-se em um rol de atividades comunitárias a serem desenvolvidas no bairro, próximo do local de moradia, e vinculadas às reivindicações na área de saúde, identificada como espaço de atuação feminina por se relacionar ao “cuidado”.

Segundo SPOSITO (1993), justifica-se uma maior presença feminina nos movimentos sociais referentes às demandas nas áreas de educação e saúde porque estas áreas referem-se ao ambiente mais próximo das questões mais cotidianas das pessoas, relacionadas com as suas vidas em casa e seu entorno. Em síntese, estas questões estão relacionadas ao espaço feminino, ao que ocorre no mundo privado, em oposição ao mundo público.

(B) “(...) nós estávamos sentindo uma falta muito grande de ter mais gente formada, que assumisse a liderança do Movimento e, então, a gente achou a idéia de se fazer o projeto que custeasse o curso e, aí, as mulheres estariam fazendo o curso deixando as tarefas domésticas, deixando o ganha-pão delas - que muitas costumam para fora, vendem cosméticos, fazem alguma coisa, têm algum quebra-galho -, e deixariam as suas atividades sem prejuízo, porque esse curso daria uma verba para elas se sustentarem no curso. (...) e, aí, deu super certo isso porque, na medida que ela vem para o curso e não está tendo prejuízo financeiro, ela se mantém no curso e até acham ruim quando termina”.

Essa característica do grupo de participantes, majoritariamente feminino, foi determinante na condução que se deu aos cursos e que permitiram os resultados alcançados, principalmente no que diz respeito às questões de gênero e no desencadeamento de mudanças na vida das participantes.

GRÁFICO 4 - COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE PARTICIPANTES DOS CURSOS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA ATUAL

Um número considerável de alunos, mais de 50%, encontra-se, hoje, na faixa etária dos 45 aos 60 anos (Gráfico 4). Isto significa que na época de realização dos cursos de 87/88 a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária compreendida entre 35 e 50 anos, aproximadamente. Quanto às participantes dos cursos de 92, encontravam-se na faixa etária compreendida entre 40 e 55 anos, aproximadamente. Nestas faixas etárias é mais comum que as mulheres já estejam mais liberadas de alguns afazeres domésticos relacionados com o cuidado da casa e dos filhos. Isto permite um espaço de atuação fora de casa.

FIGURA 1

Pirâmide Populacional 1994, Zona Leste do Município de São Paulo

FONTE: FUNDAÇÃO SEADE

A pirâmide populacional da Zona Leste do Município de São Paulo apresenta as características típicas de um país em desenvolvimento, com indicações de transição demográfica, com o aumento da população de idosos (Figura 1).

As faixas etárias atuais das mulheres que participaram dos cursos (mais ou menos entre 45 e 60 anos de idade) são faixas em que ocorre diminuição da população. Isto pode indicar um risco para a permanência e continuidade do MSZL porque as lideranças não têm sido renovadas e, principalmente, porque tem ocorrido, cada vez mais, a inserção de mulheres mais jovens no mercado de trabalho. Isto pode significar, no mínimo, uma necessidade do Movimento procurar novos modelos de militância, diferentes dos predominantes até agora, que estão, basicamente, apoiados na atuação de donas-de-casa.

GRÁFICO 5 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

A maior parte dos ex-participantes, na época dos cursos, tinha o curso de 1º grau incompleto e havia alguns que eram somente alfabetizados (Gráfico 5). Isto teve implicações nas técnicas empregadas para o desenvolvimento dos mesmos, como será abordado mais adiante. Dentro desse contexto é que, para estas pessoas, o fato de poderem participar de um “curso”, no qual iriam ter acesso a informações e conteúdos e iriam “aprender”, tinha um significado especial e fazia com que se destacassem e fossem valorizadas e, mais facilmente, reconhecidas como lideranças.

GRÁFICO 6 - EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

Conforme pode ser visto no Gráfico 6, a maior parte dos ex-participantes não exercia atividade remunerada e era dona-de-casa.

O Gráfico 7 mostra que, aproximadamente 60% da amostra, não pertencia à força de trabalho na época dos cursos, o que se aplica à quase totalidade dos militantes do MSZL, na época. Entre aqueles que pertenciam à força de trabalho, a maior parte trabalhava no comércio, onde é pequena a exigência quanto à qualificação. Isto, também, pode estar associado ao fato de que muitas trabalhavam na venda de produtos, mas sem horário fixo. O Gráfico 8 mostra que, aproximadamente, 70% dos entrevistados não tinham renda na época dos cursos.

GRÁFICO 7 - CLASSIFICAÇÃO DE OCUPAÇÃO DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

GRÁFICO 8 - RENDA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS) DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

Essas informações, quanto ao exercício de atividade remunerada, classificação de ocupação e renda, reforçam a idéia de que os cursos foram montados e dirigidos para mulheres que exerciam atividades de donas-de-casa.

GRÁFICO 9 - RENDA PER CAPITA ATUAL DAS FAMÍLIAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS.

Mais da metade dos ex-participantes dos cursos pertencem a famílias (57%) que possuem, atualmente, renda per capita de até 1,99 salários mínimos (Gráfico 9). Os bairros da zona leste, onde reside a população atingida pelos cursos, são identificados como locais onde residem pessoas que não têm um poder aquisitivo alto. Considerando

os gastos com despesas de alimentação, transporte, moradia e vestuário verificamos que este valor é bastante reduzido frente às necessidades de sobrevivência dos indivíduos. Levando em conta que, atualmente, a renda familiar está acrescida do salário da mulher pois, como será visto mais adiante, muitas ex-participantes dos cursos ingressaram no mercado de trabalho, é possível supor que a situação dos ex-participantes e de suas famílias era mais precária no período em que os cursos se iniciaram.

GRÁFICO 10 - BAIRRO DE RESIDÊNCIA ATUAL DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS

A quase totalidade dos participantes dos cursos reside, atualmente, em bairros pertencentes à zona leste, região de atuação do MSZL (Gráfico 10).

É possível supor que esses ex-participantes sejam moradores fixos na região. O Gráfico 11 mostra que a maioria já era proprietário de suas residências quando participaram dos cursos, o que favorece uma atuação interessada em obter benefícios para os bairros. Este fato, também, favorece o estabelecimento de uma rede de relações interpessoais, entre pessoas que se conhecem e se identificam. É um fator a mais que desperta o interesse em participar dos cursos.

Isto demonstra que, iniciativas como estes cursos ou outros programas educativos similares, ao serem desenvolvidos regionalmente, facilitam a participação daqueles que se pretende atingir, principalmente quando são indivíduos pertencentes às classes

populares, considerando a grande dificuldade de locomoção dentro de um município como São Paulo.

GRÁFICO 11 - PROPRIEDADE DA CASA DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

Considerando a área de atuação do MSZL (sub-regiões de Vila Prudente, Penha, Itaquera, Guaianazes e São Miguel Paulista e arredores, segundo o próprio relato das militantes) e comparando com a divisão em dez Administrações Regionais de Saúde (ARS's) implantada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo na gestão 1989-1992, tem-se que o movimento cobria a totalidade da região das ARS's 5 e 6 e parte das ARS's 3 e 4 (Figura 2). É significativo observar que, de acordo com os dados do **BOLETIM PARTICIPAÇÃO E SAÚDE** nº 4 (1992) publicado pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC) (Figura 3), ao se comparar o número de conselhos de gestão que cada uma das ARS's poderia potencialmente ter (a somatória de todos os equipamentos, dos distritos e da ARS) e o número de conselhos implantados de fato, as ARS's 5 e 6 ocupavam os dois primeiros lugares em termos percentuais (ARS-5 com 82,1% de conselhos potenciais implantados e ARS-6 com 68,2%) e as ARS's 4 e 3 ocupavam o 5º e o 6º lugares, respectivamente (ARS-4 com 38,5% de conselhos potenciais implantados e ARS-3 com 36,0%). Estes dados parecem indicar que a região de atuação do MSZL, de fato, destacou-se no sentido de consolidar uma participação popular na área da saúde. Um fator importante para isso foi o tempo de atuação do MSZL

e sua “tradição”. Além disso, a realização dos cursos ajudou na preparação e capacitação de lideranças para a ocupação dos espaços institucionais abertos.

FIGURA 2 - MAPA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO COM AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE E DISTRITOS DE SAÚDE E A REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE

FONTE: Boletim Informativo Participação e Saúde nº 1 (Abril/91) do CEDEC

FIGURA 3 - BALANÇO DAS COMISSÕES DE GESTÃO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SÃO PAULO

FONTE: Boletim Informativo Participação e Saúde nº 4 (Fevereiro /92) do
CEDEC

Em relação à disponibilidade de equipamentos coletivos de uso doméstico, identificou-se que quase 100% das casas, dos ex-participantes dos Cursos de Formação, contavam com água da rede da SABESP, coleta regular de lixo e eletricidade. Quanto à rede coletora de esgoto, apenas cerca de 55% dispunha deste benefício (Gráficos 12, 13, 14 e 15).

GRÁFICO 12 - ORIGEM DA ÁGUA USADA NAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

GRÁFICO 13 - DESTINO DO ESGOTO DAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

GRÁFICO 14 - EXISTÊNCIA DE COLETA REGULAR DE LIXO NAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

GRÁFICO 15- EXISTÊNCIA DE ELETRICIDADE NAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS

De forma geral, as condições de moradia dos ex-participantes dos cursos não eram muito precárias mas, mesmo assim, um dos ex-participantes, em seu depoimento para justificar a sua inserção nos cursos, revelou que sua motivação era decorrente da insatisfação com as condições básicas de infra-estrutura da região, muito provavelmente porque elas eram comparadas com as condições oferecidas nos bairros mais centrais.

“(...) por vários motivos: (...) o fato de ser periferia, os problemas de saneamento básico e falta de esgoto, não era asfaltada a rua, o terreno em frente era baldio e jogavam lixo e tinha muito mosquito. Eu tinha criança pequena (...)”.

• CONTEÚDO

A educação popular, como qualquer processo educativo, pretende causar mudanças no comportamento das pessoas, por meio da incorporação de alguns conteúdos. O que se deve problematizar, nesta situação, é quais são estes conteúdos, como e por quem eles são definidos e de que forma se pretende que sejam incorporados.

É necessário que, em qualquer trabalho educativo, seja mantida a coerência entre os princípios e objetivos, o conteúdo e as técnicas utilizadas.

O programa desenvolvido nos vários cursos realizados teve pequenas modificações em função de aspectos circunstanciais mas, de forma geral, seguiram os seguintes eixos temáticos, denominados de módulos:

“I - A Estrutura da Sociedade

- Histórico da sociedade
- Evolução do papel da mulher na sociedade
- História do Brasil e sua situação econômica atual

II - Política de Saúde

- Histórico da Saúde Pública
- Análise da estrutura do Sistema de Saúde
- Análise das propostas de mudanças da VIII Conferência Nacional de Saúde
- Central de Medicamentos (CEME) e Indústria Farmacêutica
- Programas de Saúde a Nível Local: ações coletivas e preventivas, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde e meio ambiente
- Saúde da Mulher: sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis
- Saúde e Sociedade

III - Movimentos Sociais

- Papel, Objetivos e Características
- Conjuntura Política
- Conselhos Populares
- Unificação dos Movimentos Populares

IV - Participação Popular e Saúde

- Organização e Participação Popular
- História e Estrutura do Movimento de Saúde
- Conselhos e Comissões de saúde
- Estratégias de Trabalho com a População”

(RELATÓRIO, 1987 a; RELATÓRIO, 1987 b)

A seguir, tem-se o relato das entrevistadas, que compunham a equipe técnica, sobre os temas desenvolvidos:

(B) “Os temas que eu mais desenvolvi, nos cursos, foram temas ligados a um módulo chamado estrutura da sociedade, uma coisa assim, que era um módulo que lidava como a sociedade funciona, o que é capitalismo, o que é poder, qual é a função dos movimentos sociais, era mais ou menos por aí, e eu desenvolvia alguns desses temas. E um outro módulo, que eu também fazia parte, era um módulo que discutia metodologia de trabalho,(...) depois tinha outro que era mais voltado ao sistema de saúde, como funciona o sistema de saúde, o que é o Ministério da Saúde, (...) quais são as relações que tem em termos do ministério e dos braços estatais, (...) as instâncias estatais, qual a relação que se tem com o legislativo, o executivo. Então, esse foi o campo com a saúde, até chegar à discussão de como se implementa a saúde no bairro. E tinha um módulo, como eu já disse, que era um módulo mais de metodologia, de prática, onde a gente discutia o porquê planejar, o porquê organizar, qual era o papel das conselheiras enquanto coordenadoras, formadoras e agentes nas comunidades, lideranças. Por onde começar o trabalho, enfim, nesse âmbito. Então, era esse o módulo que eu participava, também, e tinha um outro módulo que era o papel dos movimentos sociais e, dentro disso, o papel da saúde, o papel de movimento de saúde. A partir disso, a relação do papel dele com os demais, relação com partidos, sindicatos e neste módulo eu não me lembro bem qual era a sequência, mas tinha um momento em que a gente discutia qual a condição da mulher e a necessidade da organização específica ou não e como o movimento de saúde poderia incorporar a questão da mulher e, nessa época, eu também contribuía nisso”.

(B) *“(...) uma área de políticas de saúde e uma área de participação popular, de movimento de saúde. Então, a gente fazia, assim, nessa ordem”.*

(B) *“De um modo geral era assim: política geral, políticas de saúde, dinâmica de grupo, programas de saúde, programas das secretarias, tanto do Estado quanto da Prefeitura, e, aí, a gente discutia. (...) saúde pública e organização de bairro, essa organização de bairro estava dentro da organização popular, que a gente discutia na região, tudo como um todo. Tudo que existia de organização popular na região e aí as reivindicações com relação à saúde e a gente discutia, também, formas de organização do movimento (...)”.*

(B) *“Então falava assim da política de saúde, (...) e a gente tentava dar uma idéia, discutir o SUS, o quê que era, o que é essa coisa que a gente luta e percepção de saúde. Isso! Tinha o que é saúde e, aí, a gente entra em tudo que, aí, todo mundo começa a falar de outras coisas, tinha o momento que as pessoas falavam das dificuldades da região do seu bairro, dos conselhos. Cada um trazia as suas dificuldades, as coisas assim dos seus conselhos e era assim: - Eu não sei coordenar a reunião porque lá o diretor é assim, é assado. Como a gente lida com uma pessoa desse jeito?”.*

Os relatos dos participantes apontam para os temas que mais interessaram a eles:

(C) *“O mais importante era o objetivo das políticas de saúde.”.*

(C) *“O papel da mulher e a sociedade (...)”.*

(C/A) *“Sobre política de saúde em geral. Política de saúde no Estado, na Prefeitura e no Federal (...) que mais, deixa eu ver se eu me lembro sobre saneamento básico, o que é preciso para se ter saúde, porque não é só o posto de saúde, é a questão da prevenção de saúde”.*

As referências mais freqüentes, nos diferentes grupos de entrevistados, foram com relação ao tema das políticas de saúde, conteúdo fundamental para o preparo de conselheiros de saúde, como, também, a questão dos movimentos sociais e a organização popular.

Não é por acaso que isso é coincidente com a principal motivação referida para a participação nos cursos.

Os cursos sempre tiveram como eixo condutor o tema da “saúde”, analisada dentro de uma perspectiva crítica, como decorrente de condições de vida e de trabalho. No decorrer das discussões, os determinantes sócio-econômicos e políticos foram enfatizados como conteúdos que deveriam embasar a atuação dos conselheiros nos Conselhos de Saúde (função, importância, formação) e do MSZL e seus militantes.

Aqui, já aparece com destaque, o tema do papel social da mulher, que é um outro aspecto que foi sendo destacado nos relatórios de avaliação dos cursos. Os temas da saúde da mulher e do papel social da mulher foram ganhando importância porque despertavam muito interesse por parte das participantes, colaborando no desencadeamento de processos pessoais significativos, entre várias das participantes dos cursos.

A proposição dos conteúdos foi pré-determinada pela coordenação dos cursos. Esta coordenação era composta por profissionais do SOF e militantes do MSZL (pessoas da população e técnicos). A própria apresentação do programa indica que os técnicos tiveram um papel importante na elaboração do planejamento dos cursos. De certa forma, mesmo que não explicitamente ou intencionalmente, era esperado, pelo grupo que conduzia os cursos e, também, por seus participantes, que esta tarefa fosse realizada pelos técnicos. Principalmente no caso dos primeiros cursos.

Apesar das experiências de formação, dentro dos movimentos sociais, terem procurado privilegiar as experiências pedagógicas que diluíam, na sua prática, as dicotomias entre educadores e educandos, nem sempre se conseguiu superar a idéia de que cabia aos técnicos a sistematização dos conteúdos a serem trabalhados.

Mas, isso não significou, no caso dos cursos do MSZL, um distanciamento entre o conteúdo proposto e o que seria de interesse da população alvo. Mesmo porque a metodologia utilizada permitiu flexibilidade na condução dos cursos e o seu não enrijecimento em torno de planejamentos pré-determinados.

• METODOLOGIA

Nos programas e relatórios a metodologia era descrita como:

“a) levantamento e análise das condições de vida no bairro e na zona leste e, a partir daí, análise da estrutura da sociedade e propostas de mudanças;

b) levantamento e análise das condições e recursos de saúde dos bairros e da zona leste e, a partir daí, análise do sistema, política e programas de saúde;

c) resgate e avaliação das experiências desenvolvidas pelos participantes nos bairros e nos movimentos populares, troca de experiências e discussão de propostas de atuação que foram discutidas no trabalho de cada um;

d) análise da prática do movimento de saúde nos bairros, regiões, coordenação, comissões de trabalho. Participação ativa no Movimento de Saúde da Zona Leste;

e) troca de experiências com grupos de outros movimentos por melhores condições de vida (transporte, educação, sem terra, mulheres)”
(RELATÓRIO, 1987 b).

Os depoimentos das Categorias A e B dos entrevistados, foram os que mais contribuíram para a reconstrução da metodologia dos cursos.

Os relatos mostraram que a experiência de organizar esses cursos com uma proposta que respeitasse a trajetória anterior dos participantes, quanto às suas experiências escolares, pessoais e políticas, exigiu um alto grau de iniciativa, empenho e criatividade da equipe técnica. De fato, o princípio da construção de uma relação democrática e o uso da metodologia participativa, permearam a experiência de realização dos cursos e de preparo dos monitores para os novos cursos, conforme os relatos dos que participaram da equipe técnica.

(B) “A gente não tinha experiência de fazer isso, fomos aprendendo a fazer isso e a gente percebeu, de um curso para o outro, os nossos avanços. Fazia as

modificações. O grupo e o pessoal que fazia o curso participaram de uma situação de muita euforia também, e foram momentos, assim, de muita produção dentro do movimento. Os monitores se empolgaram com a idéia e trabalharam num clima muito eufórico mesmo e o pessoal que a gente chamava de estagiários também participaram num clima de euforia, porque havia unidade e todo mundo estava vivendo a primeira experiência de vida nesse tipo de trabalho. E, aí, todo mundo contribuía para as coisas, para melhorar o curso com as críticas, com as sugestões e a gente fazia, tentava fazer, o mais democraticamente possível, as coisas, as decisões dentro do curso e dentro do movimento”.

(C/A) “(...) a gente preparava bem o tema antes e a técnica. (...) Por exemplo, eu dominava mais um tema e a outra estava ali mais para completar quando eu estava falando e esquecia alguma coisa, a I. estava ali do meu lado, para me ajudar. A dupla era sempre assim”.

(B) “Então, para discutir sociedade, a gente começava a discutir o bairro onde a pessoa morava, fazia mapeamento do bairro, as classes sociais que tinha no bairro. Antes, a gente usava só a pirâmide, né?! E, depois, usava a pirâmide aplicável ao bairro e, aí, estudava as atitudes das pessoas, as atitudes de classes, qual as diferenças das pessoas, por exemplo, que eram do comércio (...)”.

Os cursos, segundo a equipe técnica, foram dinâmicos, com ênfase nas atividades práticas, e baseados na vivência dos alunos, que participavam ativamente das discussões, expondo suas experiências, vivências e opiniões em relação aos temas em pauta. Esta metodologia levou em consideração a baixa escolaridade, a condição sócio-econômica e o período que muitas destas pessoas passaram sem estudar. Assim, não seria coerente que os cursos fossem baseados apenas em aulas expositivas, leitura e discussão de textos.

Os participantes dos cursos, que responderam ao formulário para caracterização da população alvo, ao avaliarem os cursos, referiram-se à metodologia como um aspecto muito importante e positivo dos cursos, responsável pelo desenvolvimento da autoconfiança e autonomia dos ex-alunos. O depoimento a seguir, de um dos entrevistados, ilustra bem este aspecto:

“Eu acho que foi muito importante, tanto para os outros como para mim. Gostaria que fosse mais freqüente. A gente fazia ginástica, fazia visitas às favelas, via a realidade de perto”.

A participação do SOF

(A) “(...) nós não éramos uma entidade jurídica e, aí, a gente precisava do SOF. Então, a gente se juntou, fizemos uma parceria. (...) eles administravam financeiramente o projeto e auxiliavam na parte de formação (...) entraram com duas pessoas técnicas e, aí, a gente dividiu. Elas ficaram com a parte da questão da saúde da mulher, que é o forte delas, a questão também de jogos dramáticos e a metodologia do curso também (...)”.

O SOF e seus técnicos colaboraram prestando assessoria na realização desses cursos. Desde o início, o SOF teve uma participação importante, conforme depoimentos de militantes do MSZL, especificamente, na área da metodologia de trabalho e na preparação das monitoras. Os técnicos da ONG preparavam alguns dos temas junto com elas, lendo e discutindo os textos. Além disso, não é possível negar sua influência na aplicação de algumas técnicas, como o psicodrama, pois muitos de seus profissionais tinham formação psicodramatista (SILVEIRA, 1994).

As propostas de trabalho do MSZL junto aos seus militantes e do SOF, como órgão de assessoria técnica e de atuação junto a movimentos sociais, comunitários e grupos de mulheres, confluíam quanto aos objetivos de oferecer condições para que seus participantes desenvolvessem habilidades de observação, análise, avaliação, compreensão e extrapolação, através de uma aprendizagem que estivesse vinculada aos aspectos significativos da realidade. Evidentemente, além destes objetivos a nível individual, havia outros objetivos, também considerados fundamentais ao nível social: grupo conhecedor de sua própria realidade e cooperação dentro do grupo.

O SOF, ao trazer para o trabalho junto aos militantes do MSZL, sua experiência de trabalho, principalmente com grupos de mulheres (METODOLOGIA, s.d.), contribuiu com um tipo de metodologia que privilegiava a grupalização e a utilização de técnicas

vivenciais e projetivas e uma boa dose de atividades com abordagem corporal. Assim, os cursos aconteceram utilizando, não exclusivamente, mas, em muitos momentos, “Oficinas Educativas ou de Reflexão” e “Psicodrama Pedagógico”.

O trabalho com as Oficinas Educativas ou de Reflexão possibilitam a conjugação da reflexão e da ação e facilitam o emergir dos conhecimentos ou das representações, dos participantes do grupo, acerca da temática abordada, a partir da utilização de estratégias facilitadoras da expressão (CHIESA & WESTPHAL, 1995).

O psicodrama tem como conceito mais importante a tele-espontaneidade-relação. A idéia de tele pode ser descrita como um fenômeno inter-relacional que aproxima os envolvidos em uma mesma situação. A espontaneidade é a tentativa de garantir a libertação dos comportamentos coletivos, de formas rígidas e convencionais. Ambos os fenômenos acontecem na relação entre as pessoas e entre as pessoas e as situações concretas que enfrentam (ROMAÑA, 1992).

Pelas características descritas, a técnica psicodramática adequa-se ao trabalho com Oficinas Educativas ou de Reflexão e permite a articulação entre aspectos específicos das vivências individuais e a totalidade da sociedade, que é um dos objetivos principais das organizações que desenvolvem este tipo de atividade com grupos de mulheres.

Essas duas metodologias, de trabalho educativo, permitiam a utilização de técnicas didáticas mais integradoras da condição humana porque tentavam combinar a aquisição do conhecimento ao nível intuitivo e intelectual. Este tipo de trabalho só tem sentido quando acontece em grupo porque a experiência da troca é enriquecedora e fundamental. O conhecimento, que é trazido ao nível intuitivo, refere-se, num primeiro momento, aos conteúdos relativos às experiências anteriores e garante, de acordo com a condução do coordenador, uma maior participação dos educandos.

A abordagem corporal, apesar de muitas vezes causar um pouco de inibição inicial, também facilitava o envolvimento e a aproximação dos participantes nas atividades. No caso das mulheres e da discussão de temas relacionados com a saúde da mulher e com questões de gênero, envolver o corpo fazia parte do processo. De acordo com CARNEIRO & AGOSTINI (1994), que discutem o uso das Oficinas Educativas ou de Reflexão em trabalhos com mulheres na área de saúde, a abordagem corporal nestas

Oficinas é importante porque é no corpo, e na vivência que cada mulher tem dele, que estão representadas e registradas as experiências cotidianas sobre a questão do papel social da mulher.

Na avaliação das profissionais do SOF (SILVEIRA, 1994) a relação entre o SOF e o MSZL não foi harmoniosa em todos os momentos. O SOF foi se definindo como entidade feminista e concentrando seu eixo de trabalho na área de saúde da mulher. O tema do gênero, cada vez mais, foi ocupando um lugar importante no MSZL, mas não era visto, por seus militantes, como a questão principal em torno da qual deveriam organizar suas atividades. Assim, encaminhou-se para uma separação em função das prioridades de trabalho de cada organização.

Ao mesmo tempo, o MSZL e seus membros, que coordenavam os cursos, passaram a se sentir mais seguros e capazes para desenvolverem os Cursos de Formação, independentes do SOF e seus técnicos. O amadurecimento da relação fez com que o vínculo de trabalho entre o SOF e o MSZL se encaminhasse para uma linha de assessoria propriamente dita, em que era o MSZL que definia em que circunstâncias, em que áreas temáticas e em que atividades, solicitava a colaboração do SOF.

De qualquer forma, é inegável que a participação do SOF imprimiu aos cursos características peculiares, que tiveram influência significativa nos resultados finais dos cursos, especialmente quanto às mudanças produzidas nas vidas pessoais das mulheres participantes dos cursos.

O material didático

Só foi possível recuperar parte do material didático utilizado nos cursos. O material recuperado era composto de cartilhas ou textos, sendo, a maior parte deles, elaborado pelo MSZL ou pelo SOF. Os temas mais freqüentes eram referentes ao sistema de saúde brasileiro (histórico, políticas, hierarquização, papéis e funções, indicadores), participação popular na área de saúde (conselhos de saúde, conferências de saúde, movimentos populares), o papel social da mulher. Os demais temas, que eram abordados nos textos, tentavam oferecer uma contextualização da situação política e social do país.

De forma geral, eram materiais que procuravam defender a gestão pública na área da saúde, colocando a prestação de serviços e o atendimento às necessidades da população, nesta área, como dever do Estado.

A cartilha “Vamos eleger o Conselho de Saúde” (Anexo 3), elaborada em meados da década de 80 e já referida, foi a precursora de outros materiais, como os “Cadernos de Política de Saúde” (Anexo 4). Ambos os materiais tinham uma linguagem simples e propunham atividades e dinâmicas para serem desenvolvidas em grupos. Pretendia-se que estes materiais também fossem utilizados em outras situações, além dos Cursos de Formação.

Os textos eram lidos em conjunto. Havia um certo grupo com dificuldades de leitura. A percepção que se tem hoje, quanto às pessoas que tinham dificuldades de leitura, é que este grupo acabava sendo, um pouco, atropelado no processo porque, em alguns momentos, não havia possibilidade de atender às especificidades de cada participante. Como foi mencionado na caracterização dos participantes dos cursos, mesmo entre os que tinham escolaridade, ela era muito precária. A maioria tinha 1º grau incompleto, em função de serem migrantes (grande parte das pessoas eram migrantes nordestinos) e não terem tido acesso à escola.

(B) “Primário da Bahia, acho que nem é aceito aqui para validação do diploma”.

Procurava-se abordar esse tema, discutindo com o grupo o significado de ser analfabeto no Brasil e os limites e deficiências do sistema educacional no país.

De qualquer forma, é possível afirmar que, de forma geral, a metodologia, as técnicas empregadas e o material utilizado, foram bastante adequados à população alvo, considerando seu nível de escolaridade. Uma indicação, neste sentido, foi a aderência dos participantes aos cursos e os resultados alcançados pelos mesmos.

Além disso, eram pessoas que estavam afastadas há muito tempo da escola, com dificuldade para participar de cursos, com ênfase na transmissão de conteúdos e informações, em moldes mais tradicionais.

(B) *“(...) porque as mulheres (...) você começa a falar e depois de meia hora de fala elas estão dormindo, não estão acostumadas com isso e então você tem que mudar muito, tem que inventar muitas técnicas para o pessoal não dormir”.*

As técnicas didáticas

As estratégias empregadas incluíam atividades de aprofundamento teórico, de reflexão sobre a prática e de reflexão sobre o papel dos conselheiros.

Tais atividades envolviam a realização de leituras, pesquisas, entrevistas, discussões em pequenos grupos, visitas a diversas instituições e entidades, participação em palestras com convidados, debates, seminários, jogos dramáticos e oficinas/vivências que incluíam abordagem corporal.

(B) *“Houve acertos e erros, mas o princípio foi garantido. A metodologia e a continuidade eram garantidas pelas várias reuniões que aconteciam. Nestes momentos a Z. (Categoria A) era que garantia um certo equilíbrio, por se aproximar mais da realidade do grupo”.*

(A) *“Era uma coisa bem solta. Se você falasse para o pessoal que queria dramatização, você dava o tema e o pessoal que se virasse. Uma coisa que eu esqueci de falar é que a gente sempre teve essa preocupação de escolher para palestradores pessoas que a gente sabia que ia dar conta, pessoas que a gente sabia que estava por dentro do tema. (...) às vezes tinha pessoas que só ia lá e ficava falando, falando e o pessoal não gostava. Eles gostavam quando o pessoal ia lá dava dinâmica e botava o pessoal para trabalhar porque, dos que só ficavam na explanação, o pessoal não gostava”.*

(B) *“(...) Colagens, desenhos, expressão corporal, também dramatização e encenação (...)”.*

(A) *“Tinha muita metodologia: tinha dramatização, tinha psicodrama, o psicodrama era muito bom. Desenho. Tinha, até, a questão da música. Fazíamos visitas”.*

(B) *“Colagens, plenárias, slides. Usava demais papel manilha, a gente escrevendo algumas coisas, fazia desenhos. Eu lembro de uma dramatização sobre o*

conhecimento do corpo da mulher, o que ela conhecia, se ela conhecia o corpo dela, o que era útero, trompa, o que era ovário e eu lembro que a gente fazia isso com dramatização. Então uma era a trompa, a outra era o ovário, a outra o espermatozóide. Quando era a estrutura da política de saúde então uma era o Ministro da Saúde, a outra era Secretário, a outra era o outro Secretário e outra era um Diretor do ERSA, a outra era conselheira e qual era o papel de todas elas (...)”.

(A) *“Quando precisava discutir capitalismo com o pessoal a gente ia visitar empresas e, aí, naquela época, havia um empresário que eu conhecia na Patriarca. Falei com ele: - Ah! Tudo bem! E lá iam 16, 18 mulheres. Faziam visita na fábrica e faziam pergunta aos funcionários, trabalhadores: quanto ganhavam (...). Eles pensavam que perguntava sobre questão de saúde, sem compromisso, mas o pessoal começou a escarafunchar o capitalismo, todas as questões: mais valia, a questão do trabalho. Depois o homem ligou para mim: - Oi, Dona Z., que povo é aquele lá, o que eles queriam? - Não é nada, não Seu F., é que estamos dando curso de saúde e o pessoal queria conhecer uma firma que os operários são bem tratados, que têm saúde. Tem uma outra que fomos visitar aqui em baixo, era fundição. Muito interessante! A gente fazia cada uma mesmo: ia visitar fábricas, hospitais”*.

Procurava-se proporcionar aos participantes outras atividades como: visita aos acampamentos dos sem casa para observação e orientação sobre higiene e saúde, visitas às favelas do bairro para orientação sobre: doenças mais comuns, planejamento familiar, orientação de puericultura; acompanhamento de reuniões de conselhos e comissões de saúde, de reuniões com funcionários dos serviços de saúde, de reuniões regionais do movimento, de reuniões da coordenação do movimento, de reuniões das comissões específicas sobre saúde mental, saúde da mulher, política de saúde, saneamento básico, abastecimento, de reuniões da Plenária das Entidades de Saúde, de debates com autoridades, de eventos diversos como atos públicos, assembléias e passeatas relacionados com o tema da saúde.

A sequência de atividades de um dia do curso poderia ser descrita assim:

“Período da manhã:

- Atividades centralizadas constando de: vivências grupais, realização de estudos e debates, seminários, visitas a equipamentos de saúde e visitas a outros grupos organizados.

Período da tarde:

- Atividades descentralizadas nos bairros: preparação de material pedagógico (coordenadoras e monitoras), reunião com moradores, reuniões de Conselhos de Saúde, Comissões de Saúde e outros movimentos locais, participação em atos públicos, movimentos reivindicatórios” (PROJETO, 1990).

(B) “(...) essas coisas assim mais práticas também. A gente ia para a UBS fazer pesquisa nas UBS's, a gente usou muito pesquisa com usuário, com diretor. Esse método foi muito usado para esse trabalho: entrevista com pessoas (...).”

(B) “Se tinha teoria de manhã, à tarde elas tinham que ir para a prática. Então, à tarde, elas iam para as reuniões no bairro, nas regiões. Reunião com as autoridades. As visitas. Eu acho que essa junção entre a teoria e a prática foi muito importante (...).”

Mesmo utilizando linguagens e formas de expressão diferentes, as falas das Categorias A e B, revelam a preocupação que existia quanto à relação entre a teoria e a prática. A diferença, que transpareceu nos depoimentos das duas categorias, mostra que a Categoria B (técnicos do SOF) utilizou uma linguagem mais técnica, condizente com a formação escolar de seus membros. Este é um outro aspecto que foi positivo na composição “mista” da equipe técnica: a troca entre diferentes, o que enriqueceu os componentes dos dois grupos.

Os cursos faziam com que os participantes desenvolvessem atividades relacionadas com o papel de conselheiros de saúde e, então, promoviam uma reflexão sobre tais ações. O espaço para a reflexão ocorria no diálogo entre sujeitos que buscavam o significado das coisas. O conhecimento desencadeava uma nova ação, que atendia aos interesses de mudança, decorrentes do diagnóstico realizado.

A realização de visitas aos equipamentos de saúde e de entrevistas com os usuários dos serviços fornecia elementos para as discussões e aproximava as participantes dos moradores dos bairros e, alargava as bases do Movimento.

Através do estudo do material coletado, percebe-se que, no decorrer do período de realização dos cursos e como resultado das avaliações periódicas que foram sendo feitas, cada vez mais os cursos enfatizavam as atividades relacionadas com a prática dos conselhos e conselheiros de saúde, valorizando a aproximação dos participantes com os moradores dos bairros onde atuavam. Isto se refletiu na utilização de estratégias metodológicas que permitissem a sistematização dos conteúdos pretendidos, a partir dos conhecimentos prévios que o grupo detinha, por meio da sua vivência cotidiana de moradores da periferia urbana da Cidade de São Paulo. Como exemplo, podemos citar: construção do mapa dos bairros da zona leste com localização dos equipamentos sociais existentes, infra-estrutura existente; construção da pirâmide social dos moradores dos bairros; visitas às fábricas nas redondezas e análise da relação entre produção e ganho dos operários.

A leitura dos relatórios de avaliação dos cursos mostra que outros temas (eleições presidenciais, planos econômicos e outros), circunstanciais ao período de realização de cada um dos cursos, também eram contemplados no desenvolvimento das atividades cotidianas. Ou seja, os cursos, mesmo mantendo uma programação, tinham flexibilidade para se adaptarem às necessidades que iam surgindo. Uma das entrevistadas exemplificou com o caso da implantação do “Real” (situação hipotética já que foi um acontecimento posterior ao término dos cursos) como um tema que poderia ter sido incorporado na época de realização dos cursos:

(B) “Considerando o Real como exemplo, a gente com certeza teria incluído o Real dentro do curso, teria modificado a estrutura em função do momento conjuntural. Aconteceu várias vezes, não me lembro um exemplo explícito. Eu estou usando o Real como uma analogia para o momento. Então, é assim, eu não poderia te dizer agora em relação ao conteúdo, falando de temas, mas o que eu estou me lembrando é isso: houve adaptação de um curso para o outro, acho que modificou temática, seqüências e tal, mas também se modificava dentro do próprio decorrer do curso”.

Um outro aspecto que aparece nos relatórios é que as participantes sempre valorizavam os cursos não só pelos conteúdos abordados mas, também, por significar a garantia de um espaço para a socialização de questões pessoais. Todas sentiam a necessidade de partilhar algumas de suas vivências particulares com outras mulheres, com as quais se identificavam. Muitas vezes, as participantes avaliavam que não havia sido garantido tempo suficiente para este tipo de experiência que, para elas, era tão importante quanto outras atividades.

A fala, de uma ex-participante, revela a importância desses momentos de troca de experiências pessoais e de atividades mais “lúdicas”, principalmente, por proporcionarem a criação de vínculos entre a equipe técnica e as participantes:

(C) “As pessoas vão cruzando o barbante e essas pessoas vão contando porque estão no movimento, então cada um vai contando um pouquinho de como começou e porque começou e a gente fica uns quarenta minutos. É um momento de contar história, conquista que já teve, de expectativas, o que está esperando (...) cada um vai cruzando e depois que todo mundo se apresentou a gente faz uma reflexão que o barbante está firme porque as pessoas estão segurando, o porquê dos buracos que ficaram (...) é muito bom isso, acho que elas não vão esquecer isso”.

Esses momentos também contribuíam, geralmente, para o aprofundamento de discussões sobre o tema da mulher.

(C/A) “Então, eu me lembro pouco (...) uma dinâmica de ginástica, um relaxamento antes de começar, dependendo do tema. Por exemplo, tinha dias que era um tema muito pesado, como era a saúde da mulher, a gente tinha que fazer alguma coisa para a mulher relaxar, até no meio do trabalho. Então, a gente fazia relaxamento, deitava a mulherada toda no chão (...) então fazia aquele relaxamento, ginástica”.

De modo geral, as entrevistas demonstraram que as mulheres, quando iniciam atividades participativas, começam a discutir e querem entender suas vidas e as condições em que vivem. Isto vai além das questões diretamente relacionadas com as demandas que desencadearam sua participação. Este processo é muito importante para o crescimento

pessoal e permite a possibilidade de uma nova forma de reapropriação da sua vida e de suas relações mais próximas, no mundo privado (SPOSITO, 1993).

O material sistematizado, documentos e falas, indicaram, ainda, que o exercício da participação, assim como os cursos, ofereceram novas situações de socialização e, foram, também, momentos de educação política e de inovação cultural. A questão da inovação cultural, em uma sociedade como a nossa, absolutamente desigual nas ofertas neste campo, é fundamental para a busca de uma maior igualdade.

A opção metodológica dos cursos foi apoiada no princípio do estabelecimento do diálogo entre os envolvidos: equipe técnica e participantes. Esta idéia do diálogo, baseada nos princípios da educação popular, não pressupunha uma igualdade entre todos, mas a possibilidade de trabalho conjunto e da troca de saberes e o crescimento da vivência compartilhada e o intercâmbio das interpretações construídas e da produção de significados para as situações problematizadas.

Ao ter como temas principais a política de saúde e a participação popular, os cursos abordaram a questão da relação entre os movimentos sociais e o Estado. Uma relação que envolve, muitas vezes, o confronto de interesses diferentes. Neste sentido, é útil a interpretação de Paulo Freire de que o grande desafio da ação política educativa é “pedagogizar o conflito”, ou seja, explicitá-lo e utilizá-lo como material de reflexão e análise (PONTUAL, 1994).

2 - AVALIAÇÃO DO PROCESSO E DO IMPACTO DOS CURSOS

- A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO ATRAVÉS DO DIÁLOGO

De acordo com a hipótese elaborada, tem-se que a proposta pedagógica dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde procurava privilegiar a construção do conhecimento, através do diálogo, numa relação horizontal, de troca, entre os envolvidos. O intuito é buscar indícios deste diálogo, baseado numa ação comunicativa, que garantisse a transparência dos objetivos pretendidos e do processo.

A descrição, pela Categoria B, da forma de trabalho empregada, mostra que havia uma preocupação com a construção do processo pedagógico, no sentido de que o desenvolvimento dos cursos seguisse algum fio condutor:

(B) “(...) mas o básico, a forma que a gente encontrou de trabalhar, foi de propiciar o resgate das experiências que as pessoas já tinham e ligar com o conhecimento, com a teoria. Como uma forma de ampliar esses conhecimentos e poder possibilitar que as pessoas se sentissem mais capazes, mais seguras para, após o curso, seguir o seu próprio caminho, inclusive, multiplicar esses conhecimentos. (...) não existe uma forma de trabalho única, mas a gente acabou assimilando muitos dos princípios da educação popular. Assim, para traduzir o que estou querendo dizer, assim, um exemplo para uma fórmula de trabalho: para realizar um determinado tema, a primeira coisa que a gente fazia era utilizar alguma técnica para propiciar que o grupo expressasse o que sabia daquilo. Usávamos técnica para, diante do tema tratado, as pessoas problematizarem suas percepções e, a partir de suas percepções e de suas informações, usávamos vídeos,...). Nós, próprias, preparávamos as aulas e fazíamos as exposições e debates com o grupo. Em algumas situações colocávamos uma tarefa, para o grupo pesquisar determinado tema. As leituras e a seqüência das aulas variavam de acordo com as temáticas. Era sempre um primeiro momento de resgate do grupo, depois, alguma parte mais informativa, através de exposições ou de outro recurso, e síntese com o grupo. E para alguns temas, a gente utilizava oficinas: que é uma proposta mais vivencial, mais de colocar o grupo na situação de construir

conhecimentos a partir de suas percepções e, também, essa relação de o que acontecia no curso com a sua intervenção fora. (...) A gente partia do princípio que o grupo não eram alunos, eram pessoas em processo de formação, logo, o seu conhecimento, as suas buscas, a sua apreensão, deveria se dar a partir dessa relação da teoria e da prática, da vivência do dia-a-dia”.

De acordo com o quadro teórico apresentado, é possível identificar o trabalho numa perspectiva comunicativa, que se estabelecia a partir da troca, sem que se atribuísem valores distintos aos “conteúdos” que os membros de cada grupo de interlocutores apresentava: equipe de coordenação e participantes:

(B) “Metodologia era sempre participativa, né?! Esperando o máximo do pessoal, construindo o máximo junto com eles os temas. Procurando dinâmicas que envolvessem na participação (...)”.

Ainda caracterizando esta mesma linha de atuação aparece, nos relatos dos técnicos envolvidos com a coordenação dos cursos, a questão fundamental do compromisso com um determinado tipo de curso a ser construído:

(B) “Se você me perguntar ou pedir: mostra os planos de aula ou, então, assim, qual é o autor em que vocês se baseavam, não era uma coisa, assim, muito esquematizada. A gente também foi descobrindo e aprendendo a fazer isso na prática. O que nós tínhamos era uma forma assumida pela equipe, era essa visão de que estávamos lá para contribuir com novas informações, com teorias, com conhecimento mais elaborado que o grupo, mas que tínhamos que puxar do grupo e resgatar do grupo as suas experiências. Era juntar essas duas coisas, e nós fomos aprendendo a fazer”.

O compromisso com a construção dos cursos em moldes democráticos e participativos revela-se desde o início, com a própria forma de escolha da equipe de coordenação. A formação da equipe ocorria por meio de um processo eleitoral que era desencadeado no interior do MSZL, baseado na argumentação apresentada pelos potenciais “candidatos” ou seus “partidários”:

(B) “A equipe dos cursos era votada em assembléia ou eram escolhidas em algum outro espaço participativo”.

(B) “Esse projeto teve a preocupação de ter uma situação de rodízio dentro do movimento, para que as pessoas pudessem aproveitar da experiência, vivenciassem a experiência e que isso abrangesse o maior número de pessoas dentro do movimento, mesmo na equipe dos monitores a gente propôs rodízio dos monitores”.

Os monitores eram ex-participantes que auxiliavam no desenvolvimento de algumas atividades dos cursos seguintes aos que haviam participado.

Como já foi abordado anteriormente, um dos aspectos, que teve que ser considerado na condução dos cursos, foi o grau de instrução dos participantes, além do fato de que a maior parte deles estava afastado de atividades escolares há muito tempo. Os cursos procuravam respeitar e criar situações em que as possíveis dificuldades fossem objeto de conversa entre os participantes e a equipe técnica. Assim, as causas e consequências foram enfrentadas pelos grupos.

(B) “Mas, pelo menos eu acho, que, pela visão que nós tivemos de organizar esse curso, de respeito às experiências do grupo, o respeito às condições em que as pessoas viviam, eu tenho avaliação que deu certo. E eu acho que é assim: como nós tivemos seis meses de convivência e todo mundo era adulto com experiências, com mais ou menos experiência no movimento. E, quando a coisa estava muito puxada e eles não estavam entendendo, eles costumavam chiar: - Hei, o que está acontecendo agora? Não estou entendendo nada, está muito difícil. Vocês estão falando muito difícil e eu não estou entendendo nada. Então, era assim, eu acho que a gente errou e acertou, mas o princípio foi garantido”.

Um outro aspecto que caracterizava o grupo de participantes, na visão da equipe técnica, e que facilitou o desenvolvimento dos cursos, era a sua homogeneidade e identidade, garantida pelo fato de residirem na mesma região, convivendo com condições de vida similares, definidas pela ocupação da periferia da cidade com as típicas carências urbanas.

(B) “A comunicação com o grupo sempre foi muito fácil porque a gente já conhecia a maioria do pessoal. E o fato de você juntar a liderança de vários bairros, de vinte bairros, o pessoal gostava muito desse ambiente e você tinha uma facilidade muito grande (...) tudo que era proposta caía em terra fértil, caía que era uma maravilha (...)”.

A participação de eventuais convidados, também procurava seguir a linha de uma proposta pedagógica que buscava aproximar os conteúdos abordados com a realidade vivenciada pelas participantes:

(B) “Na verdade, era assim: se a gente estava discutindo com o pessoal o que era a luta dos trabalhadores então, a gente discutia organização popular e organização sindical e, aí, eles vinham, faziam uma palestra sobre organização sindical, como eles conseguiram um sindicato, o que faz um sindicato, qual a luta daquela categoria e tal. E, a partir daí, num outro dia, a gente avaliava com o grupo o que eles tinham entendido disso. Verificava se alguém já tinha participado de uma luta sindical ou se os maridos participavam, né?! Então, fazia uma ligação com o dia-a-dia deles”.

Nas entrevistas, membros da equipe técnica, fizeram questão de referir alguns exemplos de técnicas utilizadas, selecionadas com a intenção de preservar o princípio pedagógico da troca de experiências, da valorização de conteúdos pré-estabelecidos, da dialogicidade, da aproximação com a realidade vivenciada. Sempre considerando as características da população alvo, adultos com baixa escolarização, há muito tempo afastados da escola:

(B) “Mas, a gente criou umas coisas muito interessantes dentro de políticas de saúde. A gente criou algumas dramatizações. Por exemplo, quando a gente ia falar sobre o distrito, a gente punha as pessoas: uma representava o hospital, outra representava o PS, outra representava o hospital geral, o ambulatório de especialidades, outro fazia o usuário. Então, a gente usava isso. No centro, o hospital, (...) a gente colocava vários alunos representando a UBS e a gente usava o papel higiênico ou barbante para fazer as ligações, para o pessoal entender que é uma coisa interligada. Usávamos, também, para entender a hierarquia dos serviços. A gente punha uma pessoa que ficava mais alta: era o Ministério da Saúde; as outras Secretarias estaduais, Secretarias municipais; quais serviços eram ligados a determinadas secretarias. Então, a gente usava essas formas, assim, que iam dando visualização para aquelas coisas teóricas, difíceis para a pessoa entender”.

As falas de representantes dos outros grupos entrevistados, demonstra haver consenso a respeito do processo democrático, seguido na condução dos cursos.

(C/A) “A gente começava com o tema, falava um pouco sobre o tema e, depois, a gente colocava as mulheres para trabalhar. Formava grupo, dava revista, um monte de coisa, copinho, como vou dizer, sucata, dava sucata para elas usarem (...) ou ensaiar, fazer um teatrinho, deixava para elas e elas faziam umas coisas bem legal, até assustava a gente. (...) deixando a pessoa desenvolver a capacidade dela, a gente aprende muito, além da gente estar ensinando, (...) a gente aprende um monte de coisas com elas (...)”.

(C/A) “Então era grupo (...) aí voltava, cada grupo se apresentava e aí a gente fazia o fechamento, ligando aqueles trabalhos que elas fizeram, ligando ao próprio tema e retomando algumas coisas daquilo que elas tinham feito, botando um resumo na lousa porque a gente acabava fazendo pergunta para o próprio grupo: o que elas entenderam com aquela colagem. Então, ali se fazia um resumo e ia para as apostilas. Além da gente se preparar para fazer tudo aquilo a gente tirava das próprias mulheres o próprio trabalho”.

O período de duração dos cursos e a intensidade com que as pessoas se envolviam acabava por criar um forte vínculo entre todos, na opinião dos que compunham a Categoria B (técnicos do SOF):

(B) “Sim, contatos diários (...) assim, de levar comida e dividir comida e, por fim, a M. e a L. (técnicas do SOF) eram as “mocinhas” que moravam no centro da cidade e as participantes eram donas-de-casa e na hora do almoço era uma troca-troca de comidas, mas era uma coisa assim muito intensa, muito intensa mesmo”.

(B) “Não, eu acho que três meses não era o ideal porque até que você consiga ter uma relação com as pessoas nada acontece e você não tem essa relação próxima, demora. (...) eu acho que o mínimo de seis meses (...)”.

Dentro de um enfoque comunicativo, pressupõe-se a transparência do processo e que os atos da fala, que compõem o diálogo, devem ter efeitos ilocucionários, contendo na sua própria expressão, suas pretensões.

Um dos aspectos abordados nos diálogos, que se foi construindo, procurando garantir a transparência do processo, foi a questão da instrução escolar. A necessidade de instrução na sociedade atual e os motivos da exclusão de grupos sociais deste direito

social foi discutida. A idéia da equipe técnica sempre foi de abordar esta questão de modo claro, de forma a permitir que o grupo fosse construindo argumentação e crítica a respeito do tema, a partir de vários elementos, dados e informações que iam se somando.

(B) “(...) e as pessoas têm muita dificuldade de ler e escrever e, então, a gente procurava não usar muito esse recurso. Teve caso de pessoas analfabetas, aí, por exemplo, se tinha alguma atividade que tinha que escrever, então, a gente procurava discutir com o grupo o que significa escrever, o que significa ser analfabeto no Brasil, que não é uma incapacidade pessoal, que é uma deficiência do sistema. Então, que não era demérito a pessoa não saber ler e quando usávamos alguma técnica de trabalho que precisava ler e escrever, a gente procurava dividir o grupo de forma que quem não soubesse, ou tivesse assistência nossa, enquanto coordenadoras, ou do próprio grupo. Então, foram coisas que a gente foi se preocupando no meio do caminho e o retorno que as pessoas davam era esse: se estava muito difícil, sempre alguém chiava ou mesmo se o nível de compreensão estava muito baixo, às vezes, a gente parava para fazer uma avaliação, para ver porque isso estava acontecendo. Enfim, tivemos muitas dificuldades, percebemos muitos buracos e falhas nossas, mas era uma preocupação”.

(B) “É, porque no momento que você quer esconder isso, aquelas pessoas estavam doidas para adquirir isso, o que eu acho que é legítimo. Não adianta você dizer que não precisa de escola, tá aí a sociedade que fala todo dia que precisa: o cara vai lá procurar emprego e eles perguntam se tem colegial para ser jardineiro. Você quer negar uma coisa que a sociedade cobra a toda hora e se você perguntar a qualquer pessoa do movimento se elas tivessem condição de voltar a estudar, se elas voltavam, todas vão querer. Eu duvido que tenha alguém que não queira”.

Com a intenção de manter o caráter comunicativo do processo educativo (FLECHA, 1996), não se procurava “disfarçar” a diferença causada pela desigualdade de instrução, ao contrário, a idéia era explicitar a questão, a partir de argumentos colhidos na vivência do grupo.

(B) “Não adianta a gente falar: - Olha, é uma troca. É uma troca, mas entre quem sabe mais e quem sabe menos. É uma troca diferente. Não adianta. Porque é uma coisa que não é nem do movimento, nem do partido. Porque não adianta tapar o

sol com a peneira.(...) porque qual o problema de saber, ter alguns conhecimentos a mais. O certo é fazer a troca, mas não adianta não admitir que há diferença. É que nem essa relação: - Olha, a gente vai lá para o bairro e você é técnico e você é diferente das pessoas, você não é a dona Maria. Não adianta você se trajar diferente, tirar os anéis do dedo e colocar a roupa igual. Não vai adiantar, porque você nunca vai falar a linguagem dele, entendeu?! Você pode até viver lá, entender muito tudo o que eles estão falando, mas você vai mudar a sua linguagem “acadêmica”? E eu acho que houve uma época de nossa história que a pessoa vestia um macacão e carregava marmitta e você era igual a eles. Falar errado. Eu vi isso da pessoa falar errado por achar que isso dava credenciamento para alguma coisa. Eu acho, assim, que isso é muito mais problema dos técnicos, nosso, do que deles. Porque eles não têm conflito, nem preconceito uns com outros. A gente sim, é que tem problema, tem conflito”.

A igualdade deve ser uma meta, o ponto de chegada do processo educacional. Da mesma forma, condições igualitárias plenas, para a ocorrência de um diálogo ideal, não existem no início da situação, mas poderão ser alcançadas e, este, deve ser um dos objetivos. Se não se tem clareza disto, todo o processo pode se tornar falso e/ou planfetário, esvaziado de sentido e de consequências significativas. Como, também, não é legítimo apoiar-se nestes argumentos para justificar o estabelecimento de relações autoritárias, fundadas na idéia de que só alguns sabem e, enquanto assim for, só as pessoas deste grupo é que podem determinar conteúdos, programas, atividades, sem nem oferecer espaços para troca de idéias.

Diretamente relacionado com conteúdos mais específicos dos cursos - as causas das condições de saúde da população - foram sendo elaborados enunciados com o objetivo de permitir a construção de argumentação com crítica. A partir de uma percepção empírica inicial dos participantes dos cursos, caminhava-se para o “entendimento” de que as condições sócio-econômicas relacionam-se com as condições de saúde dos diferentes grupos sociais:

(A) “Fazia o mapa do bairro e o pessoal ficava com os mapas e falava: - Engraçado, nunca vi onde morava, onde eu moro! Nunca tinham visto um mapa. Ai, ia mapear em volta e descobrir com quem podia contar. (...) também mapeava a questão

dos equipamentos de saúde, educação, lazer e transporte. Como também mapeava, por exemplo, se houver uma eleição: - Com quem posso contar? Quem são as pessoas com quem pode conversar? Para não perder tempo conversando com empresário (...)”.

(B) “Eu lembro que tinha um módulo que o grande eixo era a estrutura da sociedade. Ai, dentro disso, a gente conversava e discutia como as pessoas vivem, o que é que são as relações sociais e aí entrava dentro das classe sociais, de trabalho e a organização das sociedades. Era um pouco por aí e, aí, tinha um outro módulo que era o módulo de saúde que a gente discutia o que é saúde, doença, políticas de saúde. Porque as pessoas adoecem, como as pessoas são atendidas, quem são os responsáveis pela saúde e por aí afora. Tinha um outro que era movimentos sociais: o que eram movimentos sociais, atuação em movimentos sociais”.

O interesse e a participação na busca e entendimento da questão saúde e seus determinantes, foram assim expressas:

(C) “O curso era sobre qual é o papel de conselheira e aí eu fui e, minha filha, fiz o primeiro de três meses, depois fiz o de seis e aí tudo que tinha, quanto mais tinha, mais eu ia e a ansiedade minha era muita. (...) e quando eu fazia o curso, ele só não me completava, e quando chegava à noite eu corria lá para a casa dela (membro da equipe técnica) e ela nem conseguia fazer comida de tanto que eu perguntava: porque e porque. Ia no curso e voltava com mais curiosidade ainda: que sociedade é essa? E o que é aquela pirâmide grandona que a C. colocou na lousa?”.

O desejo dos técnicos de que a vivência, a troca e o diálogo colaborassem na construção do conhecimento era evidente:

(B) “(...) ter que fazer pesquisa nas Secretarias de Saúde, ir circular em outros bairros. A gente propunha isso, que uma ia para o bairro da outra, para uma ampliação da visão. Um óculos novo, um pouco mais de longo alcance (...)”.

Realmente, para alguns participantes, a vivência dos cursos e as discussões ali travadas significou a possibilidade de acesso a informações e dados novos que foram permitindo avaliar situações antes vivenciadas como “dadas”:

(C/A) “Amigas minhas me incentivaram para mim estar vindo aprender mais. Estar discutindo política. E o objetivo nosso era estar organizando, reivindicando

melhores e mais Unidades Básicas de Saúde. Reivindicando uma série de coisas com relação à saúde. E eu não sabia nada porque, até então, eu só usava o convênio da Sul América Seguros. Eu fiquei muito tempo, uns 10, 14 anos, usando esse convênio. Então eu não tinha noção do que era a saúde pública, do que era o SUS (Sistema Único de Saúde), o posto, porque eu só usava o convênio (...)”.

A possibilidade de ir tendo acesso a todo esse conjunto de informações e mais a sistematização de conteúdos empiricamente vivenciados foi permitindo que as participantes avaliassem situações com maior racionalidade.

Os cursos, ao trabalharem com conteúdos que ofereciam informações e conhecimentos, referentes ao tema da saúde, criou condições para a realização de julgamentos, como mostram os depoimentos de um representante do grupo de militantes que atuou na equipe técnica.

(A) *“Um dia eu fui ao hospital fazer um exame, bem cedo, aí eu estava sentada lá e eu vi duas moças novas conversando. Todas as duas com bebezinho e o nenenzinho estava cheirando diarreia, estava com uma diarreia danada. Aí, a menina falava assim: - Eu não sei, o médico mandou fazer (...) eu já trouxe no médico, o médico mandou dar soro mas ele não bebe. A criancinha estava com roupinha de lã, enrolada num cobertor e se esvaindo em cocô. E aí a outra falando para ela: - Ah! Isso não é nada, você dá água com maizena e limão para ele. Gente mas como é isso? Ainda falei para a minha filha R.: - Como é que pode? A criança desidratada com tudo agasalhado, cheio de roupa. Como a gente já passou essa época e você sabe alguma coisa então você acha que o pessoal já sabe alguma coisa, que nada! Tem que ter muito trabalho de educação”.*

O mesmo tipo de situação ocorreu com outros conteúdos abordados nos cursos, como foi descrito por uma ex-participante:

(C/A) *“Então, outra questão de quando você faz a divisão da sociedade: porque as pessoas acham que só porque tem um carrinho, uma casa, um pequeno comércio, elas se sentem a elite do bairro e nesse momento ela se choca porque o que é ter o “poder”? É complicado, e ela passa a ser igual. Também está na mesma camada da sociedade, apenas tem um pequeno privilégio de não passar dificuldade”.*

Outras discussões, com relação a outros conteúdos de saúde, foram permitindo a explicitação da relação de poder, normalmente estabelecida, entre a população usuária dos serviços de saúde e seus profissionais:

(A) “É, qualquer coisa que o doutor falar elas acham bonito, bate palmas e pede bis”.

(A) “(...) como os conselheiros podem ter acesso à formação? Porque você não fica conhecendo políticas de saúde de uma hora para outra. (...) E quem fica sempre representando a gente é o doutor que conhece tudo e a gente fica na dependência de quem sabe e isso não é certo, está errado”.

Entre as relações de poder, experienciadas pelos entrevistados, também foram explicitadas as relações de gênero que começaram a ser questionadas, conforme mencionou uma militante do MSZL envolvida na coordenação dos cursos.

(A) “Tinha muitos blocos que agora eu não me lembro direito. Começava por a gente mudar a história da mulher e a mulherada descobriu que valia um zero à esquerda e ficavam danadas da vida”.

Esta frase permite verificar a importância da problematização para que a população atinja a essência do conteúdo transmitido. Certos problemas do cotidiano nada significam se não forem provocados questionamentos a partir de novos pontos-de-vista.

A utilização de estratégias para promover a aproximação de códigos e significados, foi uma característica fundamental no desenvolvimento dos cursos, porque era a condição necessária para que a comunicação e o diálogo se estabelecessem. As falas dos membros da equipe técnica mostram que a abordagem dos vários temas, com a utilização destas estratégias realmente facilitaram o acesso dos indivíduos e grupos às informações na medida em que procuraram respeitar o grau de instrução dos grupos, suas características sócio-econômicas, culturais e demográficas e não repetir conteúdos já ministrados, a não ser que fossem solicitado.

(B) “E, então, nesses esquemas, a gente considerava como se fosse um debate ou a pessoa ia lá para fazer uma exposição e a pessoa debatia. Se a pessoa tinha uma experiência, dentro do que era o nosso processo do curso a gente preparava junto e tal. (...) Aliás, com todas as pessoas, a gente tinha a preocupação, senão de sentar e

preparar tudo junto o que ela iria dizer de, pelo menos, localizá-la onde estava o grupo, o que o grupo já tinha visto. Ai, a pessoa ia lá e fazia a sua parte, em geral era uma exposição e, depois, a gente ia lá e retomava no que era o nosso esquema de trabalho”.

(B) “(...) a forma como a gente abordava o curso facilitava a compreensão e o envolvimento das pessoas. Porque era assim: a gente partia do princípio que a nossa linguagem deveria ser uma linguagem simples, não simplificada. A gente poderia falar de coisas difíceis de maneira fácil. E, também a forma, com esse esquema de resgate do saber delas, elas produzirem e refletirem diante das temáticas apresentadas. É a mania de contato direto com as mulheres, não tem jeito e essa proximidade com o que era a realidade de vida delas. Por exemplo, a gente poderia falar de capitalismo, de Marx, (...) mas sempre fazendo relação com que é a vida delas e eu acho que esse esquema é o que mais deu certo durante o processo do curso. Lógico que isso é muito difícil mas, pelo menos eu acho que, pela visão que nós tivemos para organizar esse curso, de respeito às experiências do grupo, o respeito das condições em que as pessoas viviam, eu tenho avaliação de que deu certo”.

Neste último relato aparece claramente a preocupação com a valorização dos conhecimentos prévios das participantes, bastante de acordo com os princípios pedagógicos valorizados pela equipe que era responsável pela condução dos cursos.

A sistematização das informações, presentes na vida cotidiana das pessoas, quanto ao tema da saúde/doença, também permitia o “desvelamento” de conteúdos:

(A) “Pois é, na medida que o pessoal começa a entender o que é a saúde, o que é a doença (...) e que nós somos responsáveis pela saúde e não só o médico é responsável pela saúde e pela doença (...)”.

• AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DA VIDA

Um dos componentes da hipótese deste trabalho é de que a participação nos Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde desencadeou entre as participantes um processo de transformação em vários aspectos: na área da vida pessoal; quanto à compreensão das questões de saúde e suas práticas; quanto a questões diversas na área política e no estabelecimento das relações interpessoais.

O depoimento de uma militante do MSZL já indica o grau de transformações ocorrido e como a própria equipe técnica surpreendeu-se com o impacto alcançado.

(A) “Olha! Você vai ficar encantada! Eu acho que foi uma coisa tão boa! A gente via e sentia a mudança nas pessoas (...)”.

Na análise dessas transformações no mundo da vida percebeu-se uma grande semelhança na percepção dos militantes do MSZL, que pertenciam à equipe técnica dos cursos (Categoria A), e dos participantes dos cursos. Neste sentido, alguns depoimentos dos militantes da equipe técnica, também foram aproveitados como uma aproximação da avaliação dos ex-alunos.

♦ VIDA PESSOAL

Na área da vida pessoal a maior parte das transformações refletiu-se, em maior ou menor grau, nas condições anteriormente estabelecidas pelo pertencimento ao gênero feminino. Para muitas das participantes dos cursos (Categoria C), vários aspectos de suas vidas pessoais haviam sido determinadas por serem mulheres com as características sócio-econômicas e demográficas já descritas no item Participantes do capítulo Os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde do Movimento de Saúde da Zona Leste (páginas 86 a 99).

Na avaliação de ex-coordenadoras (Categorias A e B), o tema da mulher ou a questão de gênero, foi, por si só, ganhando espaço dentro dos cursos, como consequência do caminho que começou a ser percorrido pelos próprios grupos.

Vários aspectos relacionados com este tema foram discutidos nos cursos e os relatos obtidos foram reconstituindo os processos de mudança desencadeados na vida das mulheres e mostrando a sequência dos passos da caminhada. Inicialmente, a percepção quanto à sua situação social e, posteriormente, as mudanças relacionadas ao seu papel social: formação educacional, atuação profissional e relacionamentos familiares

A situação social da mulher, a condição feminina e os problemas de saúde decorrentes

O valor da mulher na sociedade tem sido construído, pelas próprias mulheres, como mostra o relato de ex-participantes dos cursos, a partir do aprendizado de que “valem menos”. Isto passa, indiretamente, a justificar seu posicionamento enquanto ser político na sociedade e, também, as questões relacionadas com sua condição de saúde (OLIVEIRA e col., 1993).

(C) “Gostaria de completar o que ela está falando, já está dando até coceira na garganta. Porque essa (técnica) do barbante é o primeiro ponto e o primeiro incentivo para a mulher participar. Depois que você dá o barbante na mão dela ela vai falar dela, porque nós, mulheres que sempre ficamos em casa cuidando de filhos e maridos, nunca pensamos na gente. Ai você pergunta: - Quem é você? Conta só um pouquinho! Ai ela começa a contar: quantos filhos tem, se é casada, como chegou, o que espera daqui, o que é um movimento de saúde, o que espera desse curso. Porque a gente nunca sabe o que espera, o que vai vir. De repente, quando chega na última (...) que todas já contaram as suas historinhas, você vê que as histórias são sempre as mesmas, que tudo é a mesma coisa: cuidar de marido, filho, escola, creche, supermercado (...). E de você, mulher, você já pensou em você? Qual é a sua realização? O que você sonha, o que você quer da vida?(...) Você pergunta:- Você pegou o barbante e se viu sozinha nesse grupo de 20 mulheres, todas segurando esse barbante? Qual é mais forte: você segurando sozinha ou o grupo todo segurando? Uma olha para a cara da outra e a gente sente que sozinha não é nada e a gente vê que sem aquele barbante a gente não é nada (...).”

O último depoimento ilustra bem o desvelamento que algumas atividades dos cursos permitiam que as participantes fizessem quanto à sua condição de mulher.

A situação social da mulher e a condição feminina são as duas áreas de tensão em que se manifestam as situações vividas, especificamente, pelas mulheres e, que, muitas vezes, ainda estão encobertas (CARNEIRO & AGOSTINI, 1994).

Ao esclarecer o feminino como decorrente de uma construção social e a mulher como ser com características próprias, abre-se a possibilidade do entendimento de alguns dos aspectos relacionados com a assistência à saúde da mulher.

Os cursos auxiliaram as mulheres na passagem para um outro estágio, em que se assumiram mais como sujeitos de suas histórias e, também, com papéis mais ativos nas suas vidas cotidianas, conforme depoimentos de participantes da equipe técnica, que ratificam a fala anterior.

(B) “(...) deveria ter sido mais amplo porque acho que, assim, muita coisa é determinada por conta da questão da mulher na sociedade. Quer dizer, acho que não adianta a mulher entender várias coisas se ela não entende essa sua questão. Assim: qual é o papel que ela cumpre mesmo, (...) esse movimento maior da sociedade e tudo de reivindicar e tudo mais. Isso tudo não pode estar descolado dessa questão da mulher. (...) a determinação social da doença, por exemplo, se você for ver a quantidade de mulheres que morrem por aborto, a quantidade de mulheres que morrem no mau atendimento no parto, o fato de você não ter direito ao pré-natal, tem tudo a ver com a questão da mulher (...).”

(B) “(...) a gente foi modificando com o tempo. (...) uma coisa de grande interesse foi a saúde da mulher, a condição da mulher”.

Esses depoimentos são complementados por mais um relato de uma participante:

“Eu acho que é muito importante para desalienar a gente, a gente tem um valor, principalmente mulheres, eu sou sujeito da história. A gente se descobriu, a gente tem que lutar pelo nossos direitos (...).”

A constituição do espaço do grupo

Alguns outros relatos mostram, claramente, que os cursos acabaram cumprindo um papel de proporcionar “espaço e tempo” para uma aproximação intuitiva-emocional entre as mulheres que compunham os grupos (aqui é importante ressaltar que este processo incluía as coordenadoras e as participantes). Os depoimentos transmitem a idéia de que tal necessidade era latente. Além disso, não havia muitos outros locais que propiciassem a troca de experiências e vivências das mulheres entre si. A participação em espaços como estes permitiram a tomada de consciência da existência da sociedade patriarcal e suas conseqüências para a inserção das mulheres na sociedade e na família e para as suas condições de saúde.

(B) “(...) tinha um grupo de pessoas querendo falar de si, então qualquer espaço e situação desse tipo já tinha um papel facilitador (...)”.

(B) (...) então era um espaço para isso: (...) falar das suas angústias com relação ao trabalho e como mulher, pessoa. (...) porque, na verdade, elas iam fazer aquilo lá mas levavam todo aquele dilema junto: o marido que implica de ir nas reuniões, é o filho, (como fazer) para ela ir ao movimento lutar por alguma coisa. Então, são todos os problemas e conflitos de qualquer pessoa (...)”.

(B) “Eu acho assim, uma coisa primeira que faz é das pessoas estarem com outras pessoas. O primeiro compromisso é de estar com outras pessoas, encontrar. Eu brincava muito porque em algumas horas eu dizia para as pessoas: - Isso também é lazer! Quando não se tem nada, ir para uma reunião e conversar com uma colega já é alguma coisa porque não tem nada de lazer na região (...)”.

A comprovação de que o processo promoveu, realmente, a abertura de um espaço de comunicação sobre a questão feminina, com todos os aspectos psicológicos e sociais envolvidos nela, está expresso na fala que se segue, de uma das ex-participantes:

(C/A) “ (...) até para conversar sobre assuntos que a gente não conversava, porque a gente era tímida, não tinha convívio com outras mulheres. Esta história era difícil para nós, mulheres. Eu me lembro que quando se tratava dessas questões eu não tinha muito acesso e eu, muito tímida, eu chorava muito, eu chorava o tempo todo,

porque mexia comigo na questão psicológica. Não sei o quê que era que me marcou muito, então eu chorava e outras vezes eu me fechava, não queria fazer pergunta, porque eu achava que ia fazer pergunta boba (...)”.

Autoconfiança e auto-estima

Um dos resultados dos cursos que se relaciona com as mudanças provocadas nas vidas pessoais dos participantes, é a aquisição ou aumento da autoconfiança e da auto-estima. Este foi o primeiro passo para a mudança do papel social. O curso ajudou a provocar um novo olhar sobre a situação da mulher em seus vários papéis sociais que, até então, eram vividos como previamente estabelecidos, sem nenhuma chance de serem construídos de outra forma. Para isto foi necessário que se articulassem, nas atividades desenvolvidas, a questão da opressão de gênero às estruturas econômicas, políticas e culturais da sociedade. Significa ter auto-estima acreditar que se tem valor e que se tem alguma contribuição a dar para a sociedade e para os com quem se convive.

O desenvolvimento da auto-estima tem a ver com o sentir-se capaz. Assim, os cursos também auxiliaram, ao propiciarem um aumento do conhecimento que as pessoas tinham sobre o tema da mulher e dos conselhos de saúde. O esclarecimento de dúvidas gerou mais segurança para a tomada de atitudes e decisões e, conseqüentemente, maior auto-estima.

O fato dos cursos terem sido desenvolvidos em grupos cujos participantes tinham, de forma geral, uma certa identidade quanto à formação, informação, valores, crenças, nível sócio-econômico e que era distinta dos valores difundidos como hegemônicos pela sociedade como um todo, facilitou a construção de uma confiança, entre seus membros, de que eles, ao se caracterizarem como um grupo, tinham porque valorizar a diversidade e a multiculturalidade existente.

Realmente era intenção da equipe de coordenação dos cursos que o potencial de autonomia e autoconfiança das participantes fosse desenvolvido.

(A) “(...) é isso: a gente conseguiu com todas (...) **promover as mulheres, elas adquiriram confiança.** (...) depois elas sabiam brigar, principalmente com os maridos, **reivindicar os direitos**”.

*“Antes, eu era muito tímida, **fiquei menos tímida com o curso.** Hoje já gosto de política, leio jornais, **fiquei mais interessada, despertou a vontade de saber mais.** Achei o curso importante porque as pessoas têm que saber para poder lutar”.*

O desenvolvimento e a aquisição da autoconfiança e da auto-estima são etapas de uma aprendizagem emancipadora. Além da aprendizagem dos conteúdos, existem ganhos significativos para suas vidas pessoais e suas relações intersubjetivas (FLECHA, 1996).

HADDAD (1986; 1992), destacou a importância de que a escola possa significar, para o adulto trabalhador e migrante em São Paulo, um espaço de convivência e de relações sociais. Aí, o indivíduo pode buscar sua identidade com outros que têm origens e trajetórias sociais semelhantes e pode estabelecer laços de solidariedade. No caso dos Cursos de Formação e seus participantes, as questões são similares. Ali, os cursos não tinham um papel de transmissão de conteúdos escolares formais, mas tinham um conteúdo a ser abordado e, entre os participantes, muitos, também, eram migrantes carentes, sempre procurando formas para interagirem melhor com o espaço urbano de uma metrópole como São Paulo. E, o que também se verificou, foi a necessidade da constituição do espaço do grupo para trocas de caráter social e a construção de vínculos solidários mais firmes, entre aqueles com quem se pode contar.

Retorno aos estudos

A autoconfiança adquirida impulsionou para fora de casa. O primeiro passo para a conquista de um espaço próprio foi a participação nos cursos e, em seguida, o retorno aos estudos. Apesar dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde não serem nos moldes da educação escolar, eles revelaram que elas tinham condições de aprender coisas novas, adquirir novas informações e realizar interpretações a partir delas.

GRÁFICO 16 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E NA ATUALIDADE

O Gráfico 16 comprova, principalmente pela diminuição da porcentagem de ex-participantes com 1º grau incompleto e o aumento da porcentagem com 1º grau completo, que muitos alunos sentiram necessidade ou vontade de voltar a estudar após a participação nos cursos.

Os depoimentos que se seguem, de representantes de todas as categorias de entrevistados, reafirma este resultado.

(A) *“É, muitas voltaram a estudar. (...) muitas falavam assim: agora meu marido me ajuda, porque eu, devagarinho, fui fazendo a cabeça dele. (...) porque seis meses você ouvindo falar de política de saúde e uma coisa é ligada com a outra: a educação dos filhos. (...) Era muito legal o curso porque tinha muita coisa (...)”*.

(B) *“(...) tem as pessoas que não estão fazendo nada, que é uma minoria, felizmente. E tem as pessoas que continuam morando no seu bairro e que continuam na luta e que resolveram estudar. Resolveram ter uma profissão, resolveram ir trabalhar fora, resolveram ganhar a vida. Deu fogo nas mulheres: de ganhar a vida e ninguém mais queria ficar dependente do salário do marido (...)”.*

Depois do fim de cada curso era sempre significativo o número de ex-participantes que retomava os estudos interrompidos pelo casamento ou pela maternidade, conforme o relato das mesmas:

(C) *“É, retomei desde a quinta (série) porque a gente não se preocupava com as coisas então deixei para lá e, aí, tive que voltar desde a quinta e eu comecei e deu certo (...)”.*

(C) *“Eu pensei: como eu sou tapada, porque eu era uma mulher neutra na sociedade. Hoje tenho algum conhecimentozinho. Graças ao Movimento de Saúde voltei a estudar (...)”.*

(C) *“(...) e essa questão de quanto a mulher é importante para a sociedade, de quanto ela é soma e tal (...) então, ela vai dar um passo diferente na vida dela. A L. foi estudar, ela foi fazer o segundo grau que ela não tinha feito. Depois, ela foi fazer o curso de auxiliar de enfermagem e assim foram muitas e para o movimento não foi perdido essa parte porque uma das questões do movimento é essa mudança mesmo. Então, tem que estar mexendo com quem está quieto (...)”.*

Os depoimentos a seguir, destacam o valor que era atribuído aos cursos como possibilidade de acesso à educação formal, uma oportunidade desigualmente oferecida no mundo urbano.

(A) *“Tem alguma carregando a cruz, que nem a O. É uma liderança antiga no movimento, muito boa. Mas nesta questão de curso a O. ficou um pouco de fora por causa dela, não sei, ter dificuldade de leitura e, aí, ficava difícil. Mas ela foi aprender: entrou na escola. Muitas mulheres, mas muitas mulheres mesmo, foram estudar, trabalhar”.*

(B) *“O que tinha era assim: você fazia leitura junto, cada um lia um pedacinho. Porque eu lembro que tinha uma pessoa que, na medida que aprendeu a ler, parece que*

deu, assim, uma convulsão, uma vontade de ler, que parecia querer recuperar todos os anos que não leu. (...) a gente foi fazer uma faxina no consultório, ela pegava um jornal no chão e ela lia, lia, lia e demorava para ler e se perdia naquilo porque não queria perder nada, queria ler tudo. Então, tinha muito isso: as pessoas tinham muita vontade (...) uma coisa que eu percebia é que a participação nos cursos parece que dava condição das pessoas pensarem assim: eu estou estudando. Sabe, aquilo tinha um peso, não era só uma atividade no movimento, aquilo tinha importância para as pessoas. Para mim estava muito associado a essa coisa de estudar porque as pessoas pararam de estudar por falta de oportunidade. (...) porque tinha os técnicos, tinha as pessoas que tinham o conhecimento e que iam passar coisas (...)".

Segundo a equipe técnica, procurava-se enfrentar diretamente esta questão nos cursos. Ao mesmo tempo, que promoviam a discussão dos motivos de alguns terem acesso aos estudos e outros serem excluídos, mostravam a importância do domínio deste código na sociedade urbana atual e mesmo no exercício do papel de conselheiros de saúde.

Inserção no mercado de trabalho

Além da aproximação do campo da educação formal, a participação nos cursos também desencadeou uma aproximação do mercado de trabalho.

Os dados comparativos, de exercício de atividade remunerada e classificação da ocupação dos ex-participantes, durante os cursos e atualmente, corroboram as referências sobre o trabalho fora de casa como um efeito secundário dos cursos (Gráfico 17).

GRÁFICO 17 - EXERCÍCIO DE ATIVIDADE REMUNERADA DOS EX-PARTICIPANTES NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

Houve aumento da porcentagem de ex-participantes que passaram a ter atividades remuneradas e diminuição do número de pessoas que eram apenas donas-de-casa. O número de aposentadas cresceu um pouco, em função da própria passagem do tempo, entre a participação nos cursos e a aplicação dos formulários. A porcentagem de estudantes, como única atividade, permaneceu igual.

Todos os segmentos entrevistados concordaram que, para muitas, a atividade laboral produtiva foi uma novidade. Para outras significou, igualmente como no caso dos estudos, a retomada de atividades abandonadas por ocasião do casamento ou do nascimento dos filhos:

(A) “(...) uma coisa que foi legal para a mulherada é que tinha muitas mulheres bitoladas dentro de casa e quando elas foram para o Curso de Formação o que aconteceu: a cabeça delas abriu de tal jeito que elas foram trabalhar fora e aí largaram

o movimento. Foi o tiro que saiu pela culatra. A gente teve várias pessoas que fizeram isso quando elas começaram a fazer o Curso de Formação. Porque falava muito do feminismo e o que acontecia: dava um estalo na cabeça delas, deixavam o movimento para ir trabalhar fora (...)”.

(A) *“(...) eu vou contar o que aconteceu, que é engraçado: solicitamos para estas mulheres uma ajuda de custo, então elas começaram a ter um dinheiro próprio, delas. Aí, depois que terminavam o curso, as mulheres iam trabalhar”*.

(B) *“(...) mas a gente teve como efeito secundário do curso um aumento de participação de mulheres no trabalho fora de casa”*.

(C) *“(...) pois todas da minha época foram trabalhar fora, quase todas. Foi uma revolução! Hoje a mulher trabalha fora (...)”*.

(C/A) *“Depois é que ela foi perceber que não dava só para ela ficar em casa. Não. Tinha que trabalhar fora também. Porque ela via outros caminhos se abrindo. Porque você, só ficando em casa, você só vê tanque, fogão, casa, roupa e quando você começa a ter um mundo maior você começa a perceber que dá para conciliar ou até pagar uma pessoa para fazer o serviço da casa e você ir trabalhar fora, porque você tem outra vida, outra liberdade. Você é outra pessoa quando você começa a trabalhar fora e serviu também para as mulheres verem que não deveriam ficar a vida inteira pedindo dinheiro para o marido; que elas tinham capacidade, que todo mundo tem de batalhar e trabalhar e arranjar um emprego para trabalhar fora. Eu acho que serviu muito para essa mulherada toda, porque para mim serviu. Então eu acho que serviu para uma porção de gente, para elas irem trabalhar fora (...)”*.

A valorização da inserção no mercado de trabalho, do trabalho fora de casa e a decisão pelo exercício de atividades laborais produtivas também representou para os participantes uma conquista em termos de independência pessoal, através da geração de renda, além de significar a abertura de novas possibilidades de interação com o “mundo externo”.

Analisando o Gráfico 18 observa-se, principalmente, que a porcentagem de pessoas que se encontravam na categoria de não pertencentes à força de trabalho diminuiu após a realização dos cursos.

GRÁFICO 18 - CLASSIFICAÇÃO DE OCUPAÇÃO DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

Pode-se dizer que, após a participação nos cursos, muitas participantes descobriram sua capacidade em realizar outras tarefas fora do espaço da casa e da esfera familiar e que este papel não se restringe só às pessoas do sexo masculino. A partir da percepção sobre a capacidade de inserção na força de trabalho, seu papel em relação à sociedade e à família e, em muitos casos, somado à necessidade financeira, levou muitas mulheres, ex-alunas dos cursos, a iniciar ou voltar a exercer atividade laboral

conselhos de saúde dos postos ou centros de saúde ou dentro do próprio Movimento de Saúde.

O tipo de ocupação ao qual se dedicaram aquelas que, inicialmente já tinham maior escolaridade, foram cargos técnicos especializados, chegando, alguns participantes, a se tornarem trabalhadores do ensino. A maior parte, entretanto, ocupou-se no comércio, que não exige uma qualificação mais especializada.

Interesse profissional pela área de saúde

Um fato mencionado pela equipe técnica, mas que não apareceu com destaque na análise dos formulários de caracterização da população alvo dos cursos, foi o interesse suscitado para uma atuação mais profissional na área de saúde. Desta forma, muitas das que voltaram a estudar ou a trabalhar fora de casa, buscaram formação ou emprego nesta área:

(B) “Quer dizer: gostava de me ver. E foi tão depressa que um dia numa passeata lá estava ela em cima de um caminhão de som dirigindo a passeata. Isto é dois anos depois, uma pessoa que não participava de nada. A primeira participação dela tinha sido nesses cursos. Ela não tinha nenhuma participação política. (...) Agora ela nem está participando porque depois dos cursos ela começou a estudar, foi fazer auxiliar de enfermagem e está trabalhando. Eu falei: - Você dizia que queria ser igual a mim mas não precisava ser tão igual: até auxiliar de enfermagem! Podia ter passado adiante, podia ser enfermeira e aí ela falou: - É, ainda não deu!”.

Ao longo do tempo também foi surgindo, dentro do MSZL, uma preocupação com uma formação mais profissionalizante das pessoas, no sentido de aproximar as necessidades e interesses pessoais de estudo e trabalho com a área de atuação do movimento:

(A) “(...) porque a gente fala assim: elas passaram todo esse tempo de reivindicação, trabalharam no movimento, agora estariam numa outra fase, passar de como a gente fala que é fazer saúde prá acontecer mesmo no equipamento de saúde. E também seria uma promoção para estas mulheres. Ia ser legal para o movimento, para pôr as nossas idéias na prática”.

GRÁFICO 19 - RENDA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS) DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

Em relação ao salário, a mudança mais significativa foi o aumento do número de participantes dos cursos que passaram a contribuir para a renda familiar (Gráfico 19). Este fato pode ser explicado pela maior inserção no mercado de trabalho, como já foi mencionado anteriormente.

A atitude de muitas das ex-participantes dos cursos, de retomarem os estudos ou o trabalho, causou, inicialmente, certo constrangimento e ressentimento por parte das lideranças do MSZL e da equipe de coordenação dos cursos porque parecia que os esforços de formação teriam sido em vão. Mas, após uma avaliação mais aprofundada, percebeu-se que os ganhos não poderiam ser mensurados somente pela vinculação, exclusiva, às atividades do MSZL:

(B) “Até me lembro da Z. como uma das pessoas que, num primeiro momento, ficaram meio ressentidas com isso porque a gente se dedica seis meses pelo movimento e depois a pessoa se forma, vai trabalhar, estudar e nem liga para o movimento? E a gente fez muita reflexão sobre isso no ganho que isso é para a vida de uma pessoa e o fato de uma pessoa trabalhar e estudar não quer dizer que ela não tenha absorvido o conhecimento que ela adquiriu durante o curso. E o ganho foi esse: a pessoa se sentir capaz para isso (...)”.

Essa contraposição que aparece entre o retorno aos estudos e/ou a inserção no mercado de trabalho e a dedicação ao MSZL, exemplifica a idéia do confronto que se instala entre o mundo da vida e o sistema. A participação nos cursos e a atuação no MSZL estão localizados no espaço do mundo da vida mas, eles acabaram instrumentalizando os ex-participantes e preparando-os para uma atuação no espaço do sistema, que acabou por absorvê-los. O sistema, que é regido pelo poder administrativo e financeiro, sobrepõe-se ao mundo da vida porque, de forma geral, os elementos que o regem são os que regem a sociedade e a vida das pessoas como um todo. É a colonização do mundo da vida.

Por outro lado, no caso desses ex-participantes, sua forma de atuar no mundo sistêmico é distinto, com mais condições de reflexão e proposição. Isto pode oferecer possibilidades de realizar um outro movimento que é o de descolonização do mundo da vida, além da busca de estabelecer, nos vários campos do mundo sistêmico, relações baseadas mais no diálogo a partir de pretensões de validade.

Essa relação, entre mundo da vida e mundo sistêmico, é dinâmica e dialética e o controle possível sobre ela é relativo. Mas os Cursos de Formação do MSZL, mostraram que existem espaços e brechas, dentro da rigidez do mundo sistêmico e da relação que ele

estabelece com o mundo da vida, para ações descolonizadoras do mundo da vida e que elas podem ser eficazes ao democratizarem informações, desmistificarem conteúdos e papéis técnicos e relativizarem uma certa unidimensionalização vigente na área cultural.

Diminuição do “poder masculino”

Dentro da vida cotidiana muitas vezes as mudanças começam a ocorrer em alguns detalhes, a partir da percepção que as coisas não têm um único modo, já estabelecido, de ser ou de acontecer. O depoimento de ex-participantes dos cursos e de membros da equipe técnica, que partilhavam o mesmo processo ilustram este aspecto:

(C) “(Eu) não era nada, dona-de-casa só. O marido chegava e levava o chinelinho no pezinho do marido e o que o marido falava, amém. (...) porque eu casei para ser dona-de-casa e se eu for contar a história, minha amiga.(...) Nossa! É uma história muito grande. Eu mudei muito a minha vida a partir daí. E você tem que ser muito firme para poder mudar dez anos de casamento. (...) minha vida mudou porque você vê uma porção de coisas e você diz: - Meu Deus! Eu estava doente ou nunca vivi”.

(A) “(...) eu comecei a ver como era diferente. Teve uma mudança no meu modo de pensar e agir. Eu acho que o curso contribuiu muito para essas coisas. Por exemplo: o papel da mulher, porque eu não tinha nem noção daquilo. (...) quando eu comecei a ver foi quando eu cai em si. E a gente precisa tomar muito cuidado com isso aí, porque pode até haver uma separação, porque você fica tão afoita com aquela novidade e o resto não muda. Assim é complicado (...)”.

Essas manifestações demonstram que os participantes dos cursos e os militantes do MSZL, que eram da equipe técnica, perceberam a organização da sociedade como estabelecida a partir de preceitos da sociedade patriarcal em que vivemos, que se refletem nas relações familiares.

Em seu trabalho ZIONI (1994) também destacou que as mudanças dessas relações não são superadas facilmente porque estão no campo das relações interpessoais e sociais, que dependem de fatores externos, como a estrutura mais global da sociedade.

Mudança de papel dentro da família

A participação nos cursos foi um fator significativo para a assunção de um papel social fora da família e que se refletiu em mudanças no relacionamento com os companheiros e na criação dos filhos. A seguir, tem-se a opinião a respeito, de um membro da equipe técnica dos cursos:

(B) “E também uma libertação daqueles padrões domésticos de dona-de-casa. Foi um efeito secundário, não planejado. Mas que depois a gente passou a investir também nisso porque sempre, desde o início, a gente teve uma discussão sobre a mulher (...).”

Os depoimentos dos ex-participantes confirmam a afirmação inicial.

(C) “Primeiro transformei o marido que era técnico numa firma multinacional. Era puxa-saco da firma, puxa-saco do patrão, ele era puxa-saco da burguesia e aí a revolução foi muito grande. Tive que pegar as minhas roupinhas muitas vezes e falar: - Eu vou embora. E ele via que eu não desistia e acabava cedendo. Muitas mulheres vão para o movimento e começa a ter essa transformação e o marido já breca porque, infelizmente, existe muito esse tipo de homem que só quer a mulher para a casa. Ela não vê nada, não enxerga nada, tudo que ele fala está certo e, de repente, você olha que tem outro jeito para a vida (...).”

(C A) “É, na época de 88, fazem 8 anos, (meus filhos) não eram muito pequenos. A gente vai mudando conforme o tempo vai passando e eles também. Hoje eles me cobram, mas bem menos que na época, porque hoje acho que eles adquiriram a consciência de que se eu não estou, eles fazem. Se está com fome esquentam a comida, fazem a comida, lava a louça. Na época, eles ainda não tinham essa visão de fazerem as coisas, então só cobravam de mim. Se eu atrasava para o almoço a minha filha não fazia e eu chegava lá e tinha que fazer, hoje ela já faz (...).”

Apesar da busca pela mudança de papéis dentro da família: a igualdade de direitos e a divisão de tarefas, as mudanças não aconteceram de modo imediato e a participação nos cursos significou, desde o início, ter uma dupla jornada acarretando em uma certa

dose de “sacrifício” a mais, porque os antigos papéis - de mãe, dona-de-casa e esposa - continuavam a ter que ser cumpridos:

(C) “(...) chegava a lavar roupa à noite ou passar. Outras vezes eu levantava quatro horas da manhã e passava toda a roupa e também deixava o almoço pronto”.

Em algumas situações, ex-coordenadoras dos cursos avaliam que estas mudanças chegaram a gerar conflitos, dúvidas e insatisfações por representarem situações-limite:

(A) “Teve época que eu não parava na minha casa: era de segunda a segunda, porque além de fazer o curso na parte da tarde fazia a parte administrativa. Aí, chegava sábado e domingo e tinha não sei quantas reuniões para ir e aí ficava um pouco de lado a minha vida em casa e isso para mim não foi muito bom porque acabei perdendo um pouco da identidade da minha família e havia muita cobrança na época. Eu era tão voltada para essas coisas que eu não percebia. Teve uma época que eu quase me separei do meu marido, não porque ele me proibia mas, foi assim, quando eu me dei conta não foi ele que me perdeu, fui eu que perdi ele. Então foi um negócio complicado para mim (...)”.

O significado da participação no Movimento de Saúde tornou-se mais definido e, em muitos casos, algumas ex-participantes dos cursos acabaram por assumir papéis de destaque na condução deste movimento. A inserção em outros movimentos sociais no meio urbano também tornou-se mais frequente, limitando-se a uma ação mais localizada nos bairros de residência.

A partir dessas situações pode-se verificar a existência de relações entre as três estruturas simbólicas que compõem o mundo da vida: cultura, personalidade e sociedade. Com um acervo de saber (informações e interpretações adquiridas) somado às competências pessoais, que possibilitam sua expressão e ação, o sujeito age na sociedade, onde estão as ordenações legítimas e normatizadas que regulam seu pertencimento e sua participação em grupos sociais, com é no caso da atuação no MSZL, Conselhos de Saúde ou outros movimentos sociais.

Habilidades adquiridas

Outros trabalhos (WESTPHAL e col., 1980; TOWARD, 1990) também abordam a importância da aquisição de habilidades e da capacitação dos indivíduos, no sentido de incorporarem novas posturas, mais ativas e propositivas e menos determinadas a partir das atitudes dos outros, para que as organizações a que pertencem adquiram identidade e autonomia.

Para a equipe técnica este foi um dos resultados obtidos com os cursos:

(B) “Mudou fundamentalmente a capacitação das pessoas. Eu passei a ver as mulheres fazendo coisas que elas não faziam antes. Uma delas, a mais simples: falar em público. Eu percebo assim, mulheres que chegavam não só com barreiras na expressão verbal, mas também eu vi assim, pessoas curvadas para baixo, sem uma postura mais ativa”.

(B) “(...) da própria capacidade de se colocar, (...) de postura, que parece que é uma coisa assim, pessoal. Mas eu acho que mudou. Mudanças políticas das pessoas perante o mundo. Então, durante esse curso, pelas mudanças que aconteceram, a coordenação do movimento funcionou de forma mais efetiva. Na minha avaliação as pessoas se colocavam de forma mais propositiva para as coisas, (...) aprendiam a negociar. Tinham essas atividades práticas dentro do curso: a gente simulava situações em que elas iam reivindicar postos de saúde junto ao governo, junto ao prefeito e então elas passaram a se colocar mais. (...) ocorreram casos em que a coisa não foi tão visível assim, óbvio! Pois as coisas não são cem por cento assim, mas, do ponto de vista geral, eu acho que cresceu em qualidade para o movimento de saúde e para as vidas das pessoas”.

Avalia-se que a obtenção desses resultados deveu-se às estratégias didáticas adotadas e, principalmente, à opção metodológica

♦ QUESTÕES DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS

Quanto à compreensão das questões de saúde e suas práticas, é possível afirmar que as transformações ocorreram no que diz respeito à atuação como militância, no setor saúde, e quanto à compreensão do que é o cuidado com a saúde de cada indivíduo, como esclarecem os depoimentos de dois ex-participantes dos cursos:

“Foi ótimo, me desenvolvi muito, aprendi sobre saúde. Antes, ficava muito dentro de casa, agora saio mais, não consigo ficar só em casa”.

“A saúde da mulher foi um trabalho muito bonito feito no posto de saúde, o corpo da mulher era desenhado em papelão para ensinar às pessoas. O papanicolau que as mulheres não sabiam o que era, era incentivado, uma fazia e as outras assistiam”.

A atuação, enquanto militância, passou de um estágio mais reivindicativo por equipamentos e outros aspectos de infra-estrutura, para um posicionamento não só mais propositivo como também mais “global”, decorrente da própria ampliação do conceito de saúde e do processo saúde - doença. Os cursos permitiram o entendimento mais elaborado e sistematizado da relação existente entre as condições de vida (habitação, transporte, educação, instrução, acesso a serviços sociais, saneamento) e de trabalho e as condições de saúde da população: os determinantes sociais da doença. Tal sistematização ocorreu a partir da problematização da vivência cotidiana das participantes que, em si, já continham esses dados.

A concepção de saúde, como qualidade de vida, foi expressa em manifestações sobre os objetivos do MSZL, cuidados com a saúde, análises sobre o sistema de saúde e outros.

Os objetivos do MSZL

(A) “Eu acho que hoje em dia o objetivo do movimento, que é o maior desafio que está acontecendo no país, é a questão da saúde em si. Como é que você consegue ter uma saúde de qualidade e outra coisa é a prevenção da doença que é o mais importante”.

O cuidado com a saúde: a saúde da mulher

Quanto às questões do cuidado com a saúde e, especificamente com relação à saúde da mulher, a participação nos cursos permitiu que as mulheres passassem a valorizar os cuidados preventivos relacionados com a saúde da mulher e a adotar uma atitude mais “positiva” também quanto ao auto-cuidado. Para isto foram fundamentais as discussões realizadas em torno do tema do papel social da mulher e da condição feminina.

(A) “(...) principalmente quando é da saúde da mulher. Nós fizemos um encontro bom aqui em Guaianazes, tinha mais de cem mulheres e aí a A. veio para falar daquele trabalho que ela fez sobre o aborto e foi tão bom. Foi ótimo e nós descobrimos que nem as lideranças faz papanicolau, que dirá as outras pessoas”.

(A) “Uma das coisas no curso que nós fizemos foi o grupo de papanicolau da própria mulherada do curso. E era assim: - Quem quer fazer? Ah! Eu quero fazer. Então a C. (auxiliar) colhia e a I. (enfermeira) ajudava e as outras todas olhando e vendo para perder aquele tabu: primeiro que é só o médico que pode fazer, segundo as mulheres têm vergonha. Foi tão legal! Funcionou tão bem! Então todos os cursos tinha o bloco e aí a mulherada fazia o papanicolau e se conscientizava da necessidade de fazer, além de todo o resto com o corpo”.

A questão da saúde do ponto de vista do sistema de saúde

(A) “O pessoal aprendeu muito e aprendeu a sair daquela preocupação pequenininha: o centro de saúde, (...) as coisas não acontecem só aqui perto (...)”.

A partir disso, procurou-se averiguar se a participação nos cursos teria influenciado os alunos no sentido de buscarem alternativas para a melhoria da sua qualidade de vida, considerando suas condições de moradia.

Os gráficos 20, 21, 22, 23 e 24 comparam as condições de moradia dos ex-participantes na época dos cursos e na atualidade. Quanto à propriedade da casa, observa-se que diminuiu o número de ex-participantes que moram em casas cedidas, bem como a porcentagem dos que pagam financiamento e aumentou o número dos que moram em

casas próprias e dos que pagam aluguéis. Revela-se uma possível fixação de residência no mesmo local, o que despertaria o interesse e facilitaria a atuação dos ex-participantes para solucionar possíveis problemas locais.

Em relação aos temas que dizem respeito ao saneamento do meio (água, esgoto e coleta de lixo) e eletricidade, pode-se notar que o destino do esgoto, no que diz respeito à abrangência da rede coletora nas cinco sub-regiões da Zona Leste onde foi realizado este estudo, aumentou consideravelmente após a realização dos cursos, enquanto os outros itens não variaram muito, pois já contavam com uma boa infra-estrutura na época em que os cursos ocorreram. É preciso considerar que lutas populares reivindicando a implantação de serviços de infra-estrutura já vinham ocorrendo com frequência na região (JACOBI, 1989 b).

GRÁFICO 20 - PROPRIEDADE DA CASA DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

GRÁFICO 21 - ORIGEM DA ÁGUA USADA NAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

GRÁFICO 22 - DESTINO DO ESGOTO DAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

GRÁFICO 23 - EXISTÊNCIA DE COLETA REGULAR DE LIXO NAS CASAS
DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E
ATUALMENTE

GRÁFICO 24 - EXISTÊNCIA DE ELETRICIDADE NAS CASAS DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS NA ÉPOCA DOS CURSOS E ATUALMENTE

Os ex-participantes também emitiram opiniões sobre a situação atual do bairro, o que permitiu o conhecimento das suas expectativas que têm sobre aspectos que ainda teriam que ser modificados e qual seria a participação da população moradora neste sentido.

GRÁFICO 25 - OPINIÕES DOS EX-PARTICIPANTES SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL DOS BAIRROS ONDE RESIDEM

Os resultados apresentados no Gráfico 25, mostram que a região ainda é percebida como carente em vários aspectos e, inclusive, em relação à saúde, pois nem todos os serviços funcionam adequadamente. Os entrevistados indicaram o fato das pessoas da região serem acomodadas e da comunidade ser desmotivada e desunida, mostrando, novamente, as dificuldades para a participação. As dificuldades podem ser atribuídas à falta de tempo disponível e, principalmente, à descrença e sentimento de fracasso causado pela situação, atual, de desconsideração com os Conselhos de Saúde e pelo

enfraquecimento e refluxo do Movimento, aspectos que serão abordados mais detalhadamente na discussão dos limites sistêmicos impostos aos resultados alcançados.

♦ POLÍTICA

O exercício da cidadania

Na área política as transformações relacionaram-se com a assunção de um papel mais ativo de cidadão e, conseqüentemente a percepção da clara necessidade de vinculação entre os vários movimentos gerados a partir das carências urbanas.

A Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1988, v. 1 e v. 2) apoia-se na idéia de democracia deliberativa e, conseqüentemente, na possibilidade do exercício pleno da cidadania a partir do uso da argumentação.

A educação para o exercício da cidadania foi uma demanda predominante na sociedade brasileira na década de 80 (GOHN, 1994) e também se constituiu num dos produtos dos cursos.

Segundo as representantes das equipes técnicas dos cursos, muitos ex-participantes passaram a atuar em diversos movimentos, dentro de uma perspectiva de que cabe a cada cidadão posicionar-se frente às atuações governamentais.

(A) *“Porque, na medida que vocês valorizam uma pessoa, faz dela uma cidadã. Onde ela estiver ela vai estar melhor do que ela estava enfiada dentro de casa”.*

(B) *“Porque também tem uma coisa que você vai ver, as pessoas que fazem parte do conselho são pessoas que são do bairro e foram as pessoas que foram lutar por asfalto, luz, creche, posto e as que trabalham na igreja são as mesmas pessoas (...)”.*

Outros trabalhos (ZIONI, 1994), também mostram que, na medida em que tais competências para o exercício da cidadania são desenvolvidas, elas não se limitam à uma única área de atuação, mas são incorporadas nas atitudes das pessoas, através de uma cidadania ativa (BENEVIDES, 1994).

Os participantes dos cursos avaliaram os cursos como eficientes na estratégia de formação de cidadãos:

(C/A) *“Era muito produtivo mesmo. (...) teve várias pessoas que participaram daqueles cursos que hoje não estão no movimento de saúde porque foram trabalhar para sobreviver, mas a gente percebe que, seja onde eles estiverem, eles estão fazendo*

alguma coisa daquilo que eles aprenderam. Eles não conseguem mais ficar parados, eles sempre estão em movimento, sempre estão questionando alguma coisa, brigando por alguma coisa, seja em movimento de moradia, movimento de favela, escola, creche. A gente encontra as pessoas e elas dizem: - Olha! Eu não estou mais no movimento, mas estou batalhando pela escola, estou no grupo das mães (...). Então a gente vê que valeu a pena, elas não pararam. O Movimento de Saúde plantou uma semente e onde quer que elas estejam batalhando elas estão levando essa coisa da luta. Mesmo porque o que a gente quer é que ela exerça a sua cidadania, não fique alienada das coisas. Esse é o objetivo maior do curso”.

(C/A) “Onde eu faço um trabalho político também consigo conversar: quando vem alguém lá e diz: - Eu preciso de uma vaga na escola. A escola é de graça. Será que eu consigo? Ai eu aproveito e falo: - Não é de graça, não. O posto de saúde não é de graça, o hospital não é de graça. O serviço público não é de graça. É tudo nosso, é nós que sustenta tudo aquilo. É legal fazer um trabalho assim. Não calar a boca quando vê uma coisa errada. (...) a gente fica muito briguenta”.

Compromisso com o MSZL

Também é possível notar que os participantes assumiram uma postura comprometida e madura com o Movimento de Saúde, sentindo-se em condições de explicitar sua adesão.

(C) “(...) porque quando teve o encontro do movimento eu queria mudar o dia da minha folga (no hospital onde trabalha) e ele me perguntou porque eu fazia questão de mudar a minha folga e a menina me chamou e escreveu não sei o quê da igreja. Então eu expliquei que o movimento da zona leste não é Pastoral da Saúde da zona leste. É Movimento de Saúde da Zona Leste e eu ia a um encontro do Movimento de Saúde da Zona Leste. Ai mandaram me chamar para saber o que é que eu fazia (...)”.

A vivência em movimentos sociais é que vai permitir a construção, no grupo, de uma identidade, que é expressa pelas suas práticas. Tais práticas revelam a representação que o grupo tem de si próprio e do contexto social em que se insere.

A relação do MSZL com o Estado

A relação do Estado com os movimentos sociais, como já foi destacado a partir das análises desenvolvidas por Offe, é contraditória. Conseqüentemente, aparecem as dificuldades para a negociação com o Estado (WESTPHAL, 1992) e a necessidade do estabelecimento de relações flexíveis, cujo caráter vai se modificando, dependendo do contexto sócio-econômico, do momento político e da demanda pretendida.

Ao mesmo tempo, também existe a convicção de que a negociação e a atuação reivindicativa do MSZL foi importante para a conquista dos equipamentos para a região e que é uma etapa necessária para o alcance dos objetivos do movimento:

(A) “Eu acho primeiro é que a gente tem aqui (zona leste) mais unidades básicas e mais hospital.(...) quer dizer não é ainda o necessário, mais tem bastante. Porque onde tinha bastante hospital era no centro e a gente conseguiu trazer para cá”.

Na medida em que os dirigentes e os participantes vão adquirindo conhecimentos e habilidades para negociar com o Estado, também vão se modificando as demandas sociais. O processo de problematização vai desencadeando a tomada de consciência quanto aos determinantes da saúde e a mudança do nível das reivindicações, ocorrendo a passagem do nível reivindicatório para o propositivo.

(B) “Eu acho que o objetivo do movimento permanece, o que mudou é que na medida que vai mudando a conjuntura você vai alterando também a sua forma de relação com o Estado. Por exemplo, o movimento lutou, lutou, até conseguir. Teve um momento que o objetivo era construir hospital e postos de saúde, conseguiu. Então ele viu que não bastava isso, que precisava ter atendimento e passou a brigar por atendimento, para ter programas. Teve um momento que brigou para ter programas, conseguiu os programas. Noutro momento brigou para ter o médico lá e para ele não ir embora. (...) Mas o objetivo é conseguir o Sistema Único de Saúde, você vai direcionando de um lado para outro (...)”.

Os objetivos políticos do MSZL e dos cursos

Os novos referenciais utilizados na área de Promoção da Saúde, como a idéia de “empowerment” (ROBERTSON & MINKLER, 1994; TONES, 1994) inserem, nesta área, a explicitação do papel político que as atividades educativas formativas sempre têm, contribuindo para a organização e fortalecimento de movimentos, para uma ação política, reivindicatória ou propositiva.

As falas das equipes técnicas confirmam os objetivos políticos dos cursos de formação:

(B) “(...) eu acho que é o mesmo, continua sendo a formação da população e de levar a população a ser dona do seu nariz e de contribuir para a população assumir o papel de cidadã mesmo. (...) O objetivo desses cursos era fazer uma formação política geral e de política de saúde e contribuir com esse trabalho, treinar um pouquinho o pessoal no trabalho comunitário. Além do trabalho das reivindicações de saúde, que era uma coisa assim presente em todos os cursos, também fazer esse de estar formando essas lideranças para estar assumindo esse papel de liderança junto”.

(A) “(...) sempre você tinha do lado uma assessoria, alguma pessoa técnica do movimento e aí aquela pessoa ajudava a gente a refletir, ajudava na questão de você preparar qualquer atividade que a gente ia fazer. Depois você avaliava, depois de você executar, você avalia”.

Os relatos demonstram que, desde o início do MSZL, existia uma preocupação com uma avaliação contínua da atuação do movimento dentro de uma perspectiva política. Ou seja, mesmo nas origens do MSZL e mesmo que de forma incipiente, seus militantes tinham a noção quanto ao significado político das ações que desencadeavam.

A “institucionalização” do MSZL e a ocupação das instâncias legais

Dentro de uma perspectiva mais institucional, os cursos auxiliaram na definição de que o MSZL deveria constituir-se numa entidade jurídica (ONG) com o objetivo de facilitar sua representatividade e também sua atuação nas atividades de formação:

(A) “Agora eu faço parte da coordenação do movimento e sou presidente de uma entidade que nós criamos. A entidade chama “Saúde é Vida”, que é uma entidade que está a serviço do movimento. (...) por exemplo nós temos algum projeto que a gente manda para o exterior e precisa de uma entidade, né?! De uma pessoa jurídica”.

Além disso, os militantes foram assumindo papéis fora do MSZL na área de saúde, como uma decorrência do trabalho que foi sendo realizado ao longo do tempo de existência do movimento. Isto é demonstrado através das falas de uma militante da equipe técnica e de uma ex-participante dos cursos.

(A) “Então sempre tem que cuidar dessas coisas mais burocráticas (...) eu também sou representante do movimento no Conselho Estadual de Saúde”.

(C/A) “(...) conseguiu elaborar o regimento do conselho de saúde, dos conselhos de saúde na região leste, que serviu para quase toda São Paulo. Quando começou os cursos o objetivo era conseguir formar os conselhos de saúde, depois o objetivo foi muito mais além, era formar gente, ensinar política de saúde para o pessoal que era do movimento porque era um monte de conselho de saúde e um monte de gente que não sabia nada de política de saúde”.

Para os militantes, envolvidos com os cursos, ficou muito claro que a conquista dos espaços de participação institucionais foi muito importante e precisa ser mantida:

(A) “Mas, sem dúvida, agora existem instâncias legais e que não dá para deixar de participar”.

A ocupação de espaços nestas instâncias legais foi um dos resultados alcançados pela capacitação de lideranças nos cursos. Os cursos trabalharam os conteúdos referentes às questões da legislação no setor saúde.

As entrevistadas referem que, cada vez mais, o MSZL e seus militantes eram requisitados para participarem de atividades em instâncias diversas e junto com outras entidades. Este processo significou um amadurecimento do MSZL:

(A) “(...) depois teve solicitação que começou aparecer, era demais: plenária disso, plenária daquilo, Conselho Gestor, Conselho Municipal. (...) foi muito que a gente conseguiu um avanço na unificação na cidade, a nível de cidade. Através da

administração conhecemos outros movimentos, fizemos vários atos conjuntos. Fortaleceu, abriu. Foi um avanço!”.

A participação atual em atividades comunitárias, sociais ou reivindicativas

As informações dos formulários, representadas nos Gráficos 26 e 27, a seguir, sobre a participação atual em atividades comunitárias, sociais ou reivindicativas, mostra que muitos seguiram tendo algum tipo de atuação na área de movimentos sociais. De forma geral, houve certa diversificação quanto ao tipo de participação, mas continua havendo maior concentração nas atividades relacionadas com o trabalho em Conselhos de Saúde, especialmente entre os que participaram dos cursos de 1992. Isto era esperado porque os cursos tinham este objetivo e a programação privilegiava estratégias para que assumissem o papel de conselheiros de saúde. Secundariamente, continuaram participando de atividades relacionadas com a Igreja Católica.

Depois, aparece a participação em partidos políticos, principalmente entre os que fizeram os primeiros cursos e tiveram uma formação política mais aprofundada, conforme foi mencionado na apresentação do conteúdo e da metodologia dos cursos.

Apesar da concentração nas atividades relacionadas com o MSZL, Conselhos de Saúde e Igreja Católica, houve diminuição na porcentagem relativa a cada um destes itens e aumento nos itens Conselhos organizados por faixa etária, problemas específicos de saúde ou institucionais e Sociedades amigos de bairro.

GRÁFICO 26 - PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E/OU OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS (CURSOS DE 1987/1988)

- Movimento de Saúde da Zona Leste
- Conselhos de Saúde
- Atividades da Igreja Católica
- Conselhos organizados por faixa etária (adolescentes, idosos), problemas específicos de saúde (saúde mental, saúde da mulher) ou institucionais (escolas, creches)
- Sociedade amigos de bairro
- Partidos políticos
- Outros movimentos sociais
- Sem participação anterior
- DURANTE O CURSO
- ATUAL

GRÁFICO 27 - PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E/OU OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS (CURSOS DE 1992)

Movimento de Saúde da Zona Leste

Conselhos de Saúde

Atividades da Igreja Católica

Conselhos organizados por faixa etária (adolescentes, idosos), problemas específicos de saúde (saúde mental, saúde da mulher) ou institucionais (escolas, creches)

Sociedade amigos de bairro

Partidos políticos

Outros movimentos sociais

Sem participação anterior

DURANTE O CURSO

ATUAL

GRÁFICO 28 - JUSTIFICATIVA DOS EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS PARA A NÃO PARTICIPAÇÃO ATUAL NO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E/OU OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS

Entre os que atualmente não estão participando de nenhum tipo de atividade comunitária, social ou reivindicativa, as justificativas são variadas (Gráfico 28). Uma grande parte dos ex-participantes dos cursos de 1992 justifica a não participação pela falta de tempo, ocasionada pelo trabalho ou por atividades como cuidar da casa ou dos netos. Uma frase típica foi selecionada entre os formulários aplicados:

“Não faço mais parte do conselho pois estudo e trabalho fora, não dá mais tempo”.

Mesmo assim é preciso considerar que muitas, apesar do trabalho fora de casa, procuram combinar as duas atividades na medida do possível. Um aspecto, já referido anteriormente, que dificulta muito a participação das pessoas que trabalham fora de casa é que, geralmente as atividades do MSZL, com exceção de encontros e assembléias periódicas, são realizadas nos dias de semana durante o dia. Parece que o Movimento ainda tem dificuldade em incorporar as pessoas com um perfil diferente das donas-de-

casa, pelo menos nas suas atividades mais cotidianas. Também, é possível pensar que esta seja uma dificuldade comum a alguns outros movimentos associativos ou reivindicativos que surgiram com as mesmas características do MSZL: composto basicamente por mulheres com baixa escolaridade, donas-de-casa, mães e moradoras da periferia e atuando num campo identificado com o “feminino” como as questões de saúde.

A justificativa da indisposição física pode ser relacionada com o fato de que a maior parte das militantes que não está exercendo algum tipo de atividade remunerada fora de casa, já está numa faixa etária mais avançada, dificultando uma maior dedicação às atividades do MSZL.

Aqui, considerando, por exemplo, o caso dos horários em que são realizadas a maior parte das atividades, cabe uma observação quanto a uma possível contradição dentro do próprio MSZL. Tanto a participação do MSZL e suas atividades diversas, quanto a participação nos seus Cursos de Formação, tiveram um potencial emancipador. Mas, na medida em que se mantém os mesmos padrões anteriores de organização, eles podem passar a ser fatores restritivos. Assim, talvez seja necessário que o MSZL reflita sobre algumas de suas estratégias de atuação.

♦ RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Quanto às relações interpessoais, os relatos mostram que a participação nos cursos também favoreceu mudanças nesta área.

Relacionamento entre equipe técnica e participantes

Em geral as ex-participantes referem que se foi construindo uma relação de igualdade entre os membros da equipe de coordenação e os participantes e isto se refletiu na condução dos cursos, na medida em que as atividades eram discutidas e avaliadas conjuntamente.

(C/A) “Ah, não era muito bom, não era legal igual agora. Eu não sei se era porque estava começando e eu não sabia me expressar como agora. Eu tinha vergonha de perguntar as coisas para elas, eu achava que elas eram muito superiores a mim. Agora não, agora é o mesmo nível de igualdade para perguntar qualquer assunto. (E como é que elas eram com relação aos alunos) Ah! Elas eram legais, expansivas, comunicativas, eram abertas, falavam besteira prá gente (...).”

(A) “(...) e outra coisa eram as avaliações porque o próprio grupo que estava fazendo o curso virava e falava: - “Pera” aí. Nós não estamos contentes com isso. Nós queremos avaliar fulana que veio falar sobre um tema que nós não concordamos, que não é assim (...). Aí, nós que fizemos um movimento voltado para a democracia, era difícil estar do outro lado. As pessoas queriam parar, discutir, avaliar e tinha sempre as avaliações periódicas mas, tinha dia que o próprio grupo pedia e descia a lenha”.

Relações interpessoais fora dos cursos

O desenvolvimento de habilidades de comunicação refletiu-se para fora do âmbito dos cursos e, junto com todas as outras capacidades adquiridas, garantiu avanços pessoais e mais segurança para a realização das atividades cotidianas pessoais e daquelas relacionadas com o MSZL, de acordo com o relato de uma ex-participante.

(C/A) “Ah! Me ajudou muito, né?! Porque aí eu aprendi mais como me comunicar com as pessoas. Até a minha timidez diminuiu, eu comecei a ter mais facilidade de conversar com as pessoas lá no bairro e depois, quando a gente saía para coletar os dados”.

Dois depoimentos

Alguns trechos de dois depoimentos mais detalhados podem ilustrar o significado dos cursos e a sua repercussão na vida das ex-participantes.

O primeiro mostra grandes mudanças em nível pessoal e familiar. O retorno aos estudos e posterior formação em curso técnico conferiu-lhe uma nova perspectiva de vida através da independência individual alcançada. Paralelamente, o curso proporcionou-lhe uma visão crítica social e política que, até então, não existia, abalando o seu relacionamento com o cônjuge e interferindo na educação dos filhos.

No caso do segundo depoimento, o curso não só promoveu o retorno aos estudos mas, também, aprofundou ainda mais o vínculo já existente com o movimento, o que, em parte, causou seu rompimento conjugal. Assumiu posições importantes nos Conselhos de Saúde como também em outras entidades, resistindo às mudanças promovidas pelo governo municipal que pudessem alterar as possibilidades de democratização de ações ligadas às questões de saúde em benefício da população.

Pode-se concluir que os Cursos de Formação afetaram profundamente a vida pessoal de muitas pessoas. Duas delas fizeram relatos muito emocionados, apontando que, tanto o curso, como a militância no MSZL colaboraram em sua emancipação, fazendo com que procurassem estudar e se profissionalizar para se tornarem pessoal e economicamente independentes. Tornaram-se capazes de desencadear ações de repercussão política importantes, resistir às pressões dos maridos, das chefias dos postos de saúde, dos políticos e das autoridades.

1 - sexo feminino, 41 anos de idade

1 - A migração

“(...) tudo era surpresa, era incrível, eu não esquecia das luzes e dos prédios, do tamanho daqueles prédios (...)”.

Até os dias de hoje, as regiões Sul e Sudeste do país depararam-se com esse problema social: a vinda de migrantes do Norte e Nordeste com esperança de um futuro promissor.

A mudança do meio social, a princípio causou enorme surpresa e euforia, pois vivia em um mundo rural isolado dos meios de comunicação de massa. No entanto, foi seguida de muita decepção com a pobreza e com a falta de conforto que a aguardavam.

2 - O casamento

O casamento e o relacionamento conjugal foram baseados nos padrões mais tradicionais, um modelo a partir do qual a mulher deve, somente, respeito e obrigações ao cônjuge e à sua casa e família.

Essa situação gerou uma série de conflitos agravados pelo machismo e pela falta de companheirismo.

3 - O Movimento de Saúde da Zona Leste

“(...) esse movimento assim foi uma coisa fantástica, eu me sinto gente, me sinto realizada, eu hoje sou uma outra mulher, e tudo eu agradeço a esse movimento (...) foi uma revolução total na minha vida, eu me descobri no movimento, eu amo esse movimento (...)”.

O contato com o Movimento de Saúde da Zona Leste aconteceu através de uma vizinha que já atuava como liderança. Este contato causou um grande impacto em sua vida conjugal e pessoal porque novas perspectivas de vida e de relações sociais se instalaram. O início de seu envolvimento com o Movimento de Saúde ocorreu através da participação no Curso de Formação. Este período foi marcado por grandes conflitos conjugais causados pelas mudanças em seu comportamento.

No curso as diferenças sócio-econômicas foram representadas através de uma pirâmide dividida em classes sociais, o que lhe despertou uma grande revolta. A

constatação das diferenças sociais e suas causas fez com que surgisse a necessidade de compreender a política como um todo.

“(...) aquela pirâmide eu carrego ela, vou carregar para o resto da minha vida, deu um desbloqueio total na hora, quando ela começava a mostrar a sociedade que nós vivíamos (...)”.

“O que você tem? O que você quer ter? O que a sociedade nos oferece? O que é sociedade?”

Na época de realização do curso, tinha um certo conforto monetário proporcionado pelo marido. Julgava que era alienada e inconsciente dos problemas e diferenças sociais que a rodeavam.

A aquisição de conhecimentos políticos relacionados, não somente às questões de saúde, como também à percepção da importância da mulher na sociedade, desencadearam impactos em sua vida familiar e o despertar de novos comportamentos.

O enriquecimento de sua visão de mundo foi devido à sua participação constante no Movimento de Saúde através de atos, assembléias, cursos e seminários. Foi monitora dos Cursos de Formação Política, teve participação ativa no Movimento da Moradia; e participou do processo eleitoral de onze Conselhos Populares de Saúde com outras lideranças do movimento. Sua auto estima foi crescendo sempre, juntamente com sua conscientização.

O casamento causou a interrupção dos estudos. Após 16 anos de casada, da participação no curso e algum tempo de militância política, um dos primeiros passos de independência conjugal, foi o retorno aos estudos, completando o curso secundário como auxiliar de enfermagem.

Atualmente, sua participação no movimento está reduzida à conselheira do Posto de Saúde da região. O motivo é a necessidade de trabalho, pois o marido está desempregado e agora ela é o arrimo da família. Devido à queda financeira do cônjuge e, a fim de manter seu patrimônio e a escolarização das filhas, tem que fazer dois turnos de trabalho, o que diminui muito o tempo que tem para se dedicar à militância política.

II - sexo feminino, 57 anos

Este relato mostra que a sua participação no Curso de Formação Política representou o fortalecimento de um vínculo político existente anteriormente.

1 - A migração

Nasceu na Bahia e veio com seus pais, para o Paraná morar num sítio produtor de café e algodão. Antes da separação dos pais, por volta dos sete anos de idade, chegou a morar em uma cidade pequena no interior do Estado.

“(...) e a vida nossa era assim: na cidade, no campo, cidade, campo (...)”.

2 - O casamento

A rigidez dos avós, que a criaram, causaram sua fuga, aos 17 anos, para uma nova fase em sua vida: o casamento.

Viveu em São Paulo durante alguns meses, retornando ao interior do Paraná devido às dificuldades encontradas pela falta de documentos do marido, necessários para trabalhar.

Aos 19 anos engravidou e voltou para São Paulo, para morar com os familiares de seu marido e trabalhar como diarista.

“(...) foi um casamento muito sofrido (...)”.

O relacionamento conjugal foi marcado por uma série de conflitos ocasionados pelo ciúme do marido. A dependência alcoólica do marido fez com que se mudassem para o campo, em uma tentativa de recuperação. Trabalhando num haras como caseiros, adquiriram um patrimônio financeiro que possibilitou a compra de um lote na região leste paulistana.

3 - O Movimento de Saúde da Zona Leste

O Jardim Iguatemi, em meados da década de 70, apresentava inúmeras carências sociais e econômicas. O contato com as CEB's, onde padres irlandeses faziam um trabalho de conscientização com a população local, propiciou o seu envolvimento em lutas por melhorias necessárias ao bairro (água, esgoto, luz, asfalto, construção de creches e postos de saúde).

“(...) a gente começou a participar na Igreja e fomos descobrindo a questão desse movimento popular (...) a gente foi descobrindo o que o povo, o que Deus queria para o povo (...)”.

Em 1979, passou a pertencer ao Movimento de Saúde de São Mateus constituído por representantes de bairros da região: Jardim Iguatemi, Parque Boa Esperança, Jardim Colonial, Jardim Tietê, Quarto Centenário,

“(...) a gente tentou priorizar a questão da saúde estando presente nos outros movimentos(...)”.

“(...) me sentia mais livre para estar articulando, trabalhando com o pessoal; então fiquei na Comissão, e até por causa do marido que pegava um pouco no pé (...)”.

Quando atuava como conselheira do posto de saúde do bairro foi indicada para participar de um dos Cursos de Formação desenvolvidos nos anos de 1987 e 1988.

“(...) cada aula do curso era uma descoberta muito grande; as questões políticas, até partidárias, a importância da gente conhecer a política de saúde, a política como um todo (...) ter uma visão como um todo dentro da sociedade. (...) até pelo fato da gente não ter tido estudo na escola, aprendido coisas novas, para mim era muito importante (...) então, a gente devorava aqueles Cursos de Formação. A gente aprendeu o Modelo Assistencial de Saúde (...)”.

Com a finalidade de transmitir sua experiência prática, foi monitora dos mini-cursos e dos cursos de três meses e, paralelamente, participou da criação da Comissão de Saúde da Mulher ligada ao SOF.

O seu enriquecimento pessoal, entretanto, abalou ainda mais as relações conjugais.

“(...) a gente não é um objeto. Descobriu que era um ser humano (...) procurava conciliar tudo na minha vida: a mulher mãe, a esposa, a companheira e também a mulher na vida política da sociedade (...)”.

Após o rompimento conjugal, retomou os estudos. Completou o 2º grau e formou-se auxiliar de enfermagem. Entretanto, por estar envolvida com o Movimento de Saúde, não chegou a trabalhar na profissão.

Atualmente, faz parte da assessoria de um vereador do município de São Paulo e acompanha os projetos relacionados com as questões de saúde. Também é membro suplente do Conselho Municipal de Saúde.

Considera o trabalho educativo muito importante e promove palestras e reuniões nos postos de saúde na região, onde mora, e confecciona boletins informativos para os usuários.

“(...) através de uma população consciente, organizada é que a sociedade pode mudar. O governo, por melhor que ele seja, tem que ter a sociedade junto, cobrando (...)”.

• APRENDIZAGEM COMUNICATIVA

A hipótese deste trabalho incluiu a suposição de que a participação nos Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde propiciou para as participantes, além de um processo de transformação em vários aspectos de suas vidas, aprendizagem “comunicativa” sobre diversos temas abordados nos cursos. Denominou-se aprendizagem comunicativa porque foram considerados, especificamente, os resultados desta experiência pedagógica que foi desenvolvida com o enfoque comunicativo já descrito.

O papel de formação dos cursos e do MSZL

Os militantes do MSZL e os outros membros da equipe técnica sempre consideraram que, enquanto movimento social, o MSZL sempre deveria desempenhar um papel de formação e os cursos também foram analisados e avaliados, pela equipe técnica, sob esta perspectiva:

(B) “Eu avalio que muitas pessoas ficaram e que o objetivo geral dos cursos foi atingido, na medida que você percebe a mudança da intervenção das pessoas. Isso é importante”.

(B) “Eu considero que a formação é tarefa permanente e a melhor maneira de se firmar e aprofundar lideranças é a formação. Eu continuo achando que é um método válido, eu não acho que está esgotado, não! Só que você descobre sempre novas fórmulas, cada uma adequada a um determinado movimento. Assim mudou várias vezes o método do curso dependendo de para quem se dirigia. Eu acho que é uma coisa permanente: cursos, seminários, palestras, é uma maneira de formação permanente. Eu não acho que está esgotado. Eu acho que se você quiser continuar o movimento, você sempre vai ter que fazer coisas assim”.

Os membros da equipe técnica também têm uma opinião bastante interessante sobre o papel do MSZL enquanto, ele próprio, espaço para a formação contínua de seus militantes, a partir do atendimento às demandas pessoais que podem ser uma motivação inicial para a aglutinação das pessoas.

(B) “(...) mas a coordenação é ainda um espaço para o trabalho voluntário e eu acho que tem que se manter. Eu acho importante que as pessoas venham para o movimento pelas suas necessidades, não que tenha ganho para isso. Mas, por outro lado, eu acho que, para se manter a estrutura, tem que se pensar em formas de facilitação para isso e a facilitação implica em destinar pessoas para estarem mais voltadas para o trabalho e, aí, eu estou defendendo a liberação de pessoas para o Movimento, salários, etc. Além disso, é importante os movimentos terem atividades culturais considerando o que é a periferia, o que é a pobreza, que as pessoas não têm nada além da televisão. Eu acho importante garantir festas, espaços de socialização, garantir atividades no âmbito cultural, que eu acho que os movimentos têm pouco. Acho importante que se tenha atividade na área de formação e não só específica. Eu acho importante que as pessoas tenham espaço tanto para se capacitar para o que é a exigência para aquele momento, como também poder ter oportunidade de outros tipos de aprendizado. Vamos ver, deixa eu citar um exemplo. É possível que um movimento, considerando o perfil do seu público, propicie cursos de alfabetização, por exemplo, ou mesmo ioga. Sei lá, coisas que possam ser importantes e que possam contribuir para a vida das pessoas. Além disso, eu acho que atividades coletivas, assembléias, agitos, mobilizações. Para mim tudo isso tem que acontecer ao mesmo tempo e, **para acontecer ao mesmo tempo, é preciso que se tenha uma estrutura mínima.** Agora, a formação em si, que é o objeto dessa nossa conversa, é uma das ferramentas principais porque se as pessoas ficam meditando lá no seu espaço, no seu bairro, sem ter condição, sem ter oportunidade de debater temas da conjuntura, de relacionar sua prática com teorias, de aprofundar conhecimentos, ela se estagna e fica vazia e eu acho que saco vazio não pára em pé e a formação é como um motor para que o movimento esteja sempre atual”.

GOHN (1994), destacou o importante caráter educativo dos movimentos populares, através dos processos que vivenciam na condução da sua prática: a aprendizagem gerada com a experiência de contato com fontes de exercício do poder, a aprendizagem gerada pela exercício repetido de ações rotineiras que a burocracia estatal impõe, a aprendizagem das diferenças existentes na realidade social, a partir da percepção das distinções nos tratamentos que os diferentes grupos sociais recebem de suas

demandas, a aprendizagem gerada pelo contato com as assessorias contratadas ou que apoiam os movimentos e a aprendizagem da desmistificação da autoridade como sinônimo de competência e conhecimento. Todas estas “aprendizagens” aconteceram entre as militantes do MSZL e os participantes dos Cursos de Formação.

O Gráfico 29 mostra que, de modo geral, os participantes adquiriram informações sobre saúde, políticas públicas e políticas de saúde e as relações existentes entre estes temas. Também tiveram oportunidades de desenvolver habilidades, formando-se como cidadãos, capazes de lutar por seus direitos e exercer um papel político no espaço público.

GRÁFICO 29 - OPINIÕES DOS EX-PARTICIPANTES SOBRE O CURSO

Os comentários mais frequentes dizem respeito à aquisição de conhecimentos sobre o tema que relaciona saúde, condição de vida e política. Tais discussões eram aprofundadas nos cursos, já que para ser conselheira de um posto de saúde era necessário ter conhecimento, ainda que de forma geral, sobre a influência da política nas condições de saúde e de vida das pessoas: formação de consciência crítica, desenvolvimento de pessoal, habilidades de negociação e enfrentamento. Muitos alunos referiram ter sido boa a metodologia utilizada nos cursos, dizendo que as aulas eram descontraídas e dinâmicas e que o curso ajudou muito na desenvoltura pessoal dos participantes.

A seguir, serão descritas e interpretadas as percepções das equipes técnicas envolvidas nos cursos, quanto à aprendizagem da população alvo dos cursos.

A atuação dos conselheiros de saúde

A equipe técnica e os participantes dos cursos expressaram, nas entrevistas individuais, vários benefícios sentidos e mudanças percebidas, a partir da vivência das estratégias programadas, tanto para si mesmo, como também, para o movimento e para a sociedade.

Um primeiro resultado foi a aprendizagem de conteúdos referentes ao papel de conselheiros de saúde, a partir de uma sensibilização sobre a importância de assumir esta função pública.

(B) “É, você conseguia fazer uma eleição de conselho com uma participação muito grande porque você tinha qualidade dos conselheiros, porque o pessoal se preocupava em fazer formação de conselheiros antes da eleição. O curso foi um laboratório muito bom para se manter o ânimo das pessoas e manter as pessoas, manter a organização, afinal o pessoal se encontrava toda a semana ou, às vezes, até diariamente. As informações do movimento corriam, passavam com muita rapidez. Para se tomar decisões a gente tinha a maior facilidade, para juntar o pessoal. Sabia onde o pessoal estava junto, era só procurar, ia lá no final do período do curso (...)”.

(B) “Você conseguiu fixar bem umas quinze lideranças importantes. Eu acho que esse curso firmou lideranças importantes. Firmou. Deu qualidade, consistência e

ajudou o movimento a se organizar. Eu acho que esse curso deu oportunidade para se organizar, se expandir, ajudou também na divulgação para outras áreas, para outras cidades. Os cursos propiciaram meios. Por exemplo: o curso dava vagas para pessoas de outras cidades e aí a gente ajudava no processo de organização de outros locais, através do curso. Então teve muita coisa de importância para a participação, ele ajudava a mobilizar nos momentos de pique do movimento. Quando tinha cursos era mais fácil, quando tinha uma de cada região para distribuir as informações. Tudo isso ajudou, mas eu acho que a contribuição, o principal, foi o aprofundamento das pessoas”.

(C/A) “O curso era para formação de conselheiras e o objetivo dele era para motivar e levar para a conselheira o papel dela e ela saía dali conhecendo um pouco essa sociedade em que a gente vive. E dentro da linha do movimento, dos objetivos dele que era essa questão mesmo da mudança, não só da pessoa mas da transformação da sociedade. Isso a gente deixava bastante claro, essa conscientização era para mudar mesmo”.

O aprendizado da negociação

Houve também um aprendizado a nível político. Aprendizagem de habilidades para negociar com os dirigentes do setor saúde.

(C/A) “Sobre os cursos eu acho que foi muito bom. Mas tem uma coisa assim que eu acho que foi uma lição de vida. (...) Acho que para mim tudo foi maravilhoso, para todo mundo. Eu já era briguenta demais, de chutar mesa, de chutar porta e eu aprendi a me controlar mais, me ensinou a ter um pouco mais de diplomacia. Eu sou pavio curto, era muito mais. Eu aprendi que a gente não deve ir para chutar a porta e virar a mesa, tem que ter diplomacia, tentar conversar, dar risada na cara do secretário, querendo dar um soco na cara dele. Essas coisas, então para mim, me ajudou muito nessas coisas”.

Atuação política mais abrangente

O aprendizado ocorrido nos cursos foi mais significativo em função de ter ido além de seus limites iniciais, de atuação como conselheiros de saúde. As ex-participantes passaram a ter uma atuação diferenciada em outros espaços que já ocupavam ou começaram a ocupar, como o mundo do trabalho:

(A) “(...) que são participantes do movimento, que podem estar trabalhando em outra área porque a gente fala assim: elas, agora, estariam também numa outra fase de como é fazer acontecer mesmo no equipamento de saúde. Porque, hoje, nós estamos assim numa situação muito difícil no Brasil. Todo mundo sabe, está muito difícil. Todo mundo está precisando procurar alguma coisa. Então é passar essas idéias para os outros lugares, dar continuidade”.

Elaboração de material didático

Um dos resultados dos cursos foi a elaboração específica de um material didático, denominado “Cadernos de Política de Saúde”, já mencionado, que teve grande repercussão e foi bastante utilizado nos cursos seguintes e também por outros grupos populares que trabalharam com o tema das políticas de saúde.

Principalmente para os militantes do MSZL, pertencentes à equipe técnica, a elaboração desse material didático teve um significado muito importante porque eles, assim como os participantes, não eram todos técnicos e alguns tinham tido acesso restrito à escolarização formal.

(A) “(...) o curso tinha uns blocos e os temas. Tinha de política de saúde, de movimento. Primeiro a gente via o que tinha dado e ia melhorando. Fizemos os cadernos verdes que rodou o Brasil inteiro. Era um pouco do curso e fizemos os cadernos. Fico pensando que fizemos cada coisa que até Deus duvida (...)”.

(B) “Sim. Na época a gente elaborava textos. Elaboramos uma ou duas cartilhas na época dos cursos. Elaborávamos roteiro para as aulas. Eu acho que a gente até explorou pouco esse lado. Hoje, falando à distância, eu percebo que daria, se a

gente tivesse experiência e até condições naquele momento, daria para ter explorado muito mais esse lado da elaboração, até do próprio registro da própria atividade. Por exemplo, até hoje não se fez nenhuma publicação desse trabalho (...)”.

A avaliação, pela agência financiadora, da aprendizagem ocorrida

Por ocasião do término do convênio com a IAF, foi feita uma avaliação do projeto de formação e capacitação de conselheiros e lideranças por uma técnica da instituição, que procurou analisar os benefícios da atividade desenvolvida entre 1987 e 1992. A leitura deste material permite apreender que a entidade financiadora, através do acompanhamento dos cursos e outras atividades do MSZL, construiu uma imagem bastante precisa quanto aos objetivos do projeto financiado, relacionados com questões atitudinais e não somente aspectos cognitivos:

“O programa de cursos apoiado pela IAF tem objetivos claros que, sem dúvida nenhuma, são atingidos pelo trabalho realizado. **É um programa que se coloca dentro do contexto de trabalho do MSZL, ou seja, a conscientização, educação, formação de seus participantes, sejam monitores, conselheiros populares, ativistas, e de irradiação da plataforma de luta do movimento de saúde junto à sociedade. É, portanto, um trabalho de formação da cidadania, capacitando os membros do movimento a se tornarem militantes/ativistas do movimento de saúde em particular e dos movimentos populares em geral.** Não forma agentes de saúde, no sentido estrito, ou seja, paramédicos, agentes especializados em fornecer assistência preventiva à população, pois este não é seu objetivo. O trabalho de prevenção é realizado através da conscientização da população de seus direitos e da luta para conquistá-los e garanti-los que de maneira mais abrangente, são direitos por melhores condições de vida” (ITIOKA, 1993).

Por outro lado, este mesmo relatório problematiza a questão da formação dos militantes do MSZL do ponto de vista de uma escolarização formal, que poderia ser

buscada pelo MSZL a partir da parceria com outras instituições da área de saúde e educação. Esta questão deve ser considerada pertinente já que um dos resultados, indiretos, produzidos pelos cursos foi a busca da escolarização formal pelas suas ex-participantes.

A avaliação, pelo MSZL, da contribuição do projeto dos Cursos de Formação Política para Conselheiros de Saúde

Em documento interno, de avaliação das atividades do Convênio com a IAF (EVOLUÇÃO, 1992), o MSZL indicou as contribuições que o Convênio trouxe para o Movimento. Com relação à infra-estrutura: aquisição de móveis para a sede, aquisição de uma linha telefônica, materiais de escritório diversos e custeio de transporte). Possibilitou a expansão do trabalho na zona leste e sudeste e a aproximação e contribuição com outros movimentos populares, através da realização dos Cursos de Formação e o fornecimento de “bolsas” para que as pessoas pudessem participar. Conseqüentemente a formação e fixação de lideranças, considerada a maior e mais importante contribuição do projeto:

“(...) através da participação nos cursos e seminários promovidos, as lideranças foram crescendo e adquirindo novo patamar de consciência e conseqüentemente **melhorou a capacidade das mesmas de participar e contribuir nas instâncias de decisões institucionais** (EVOLUÇÃO, 1992)”.

Outra contribuição destacada foi a maior capacitação da coordenação do MSZL para responsabilizar-se pelas questões administrativas e aquisição de autonomia financeira, política e administrativa. Sentem-se mais independentes dos técnicos da área de saúde e dos profissionais do SOF:

“Hoje conversamos de igual para igual com os técnicos e entidades e somos mais livres para buscarmos as assessorias que achamos necessárias em pontos específicos ou gerais, não precisando da tutela de ninguém, criamos para isto nossa própria entidade “SAÚDE É VIDA”, a serviço

do Movimento, desmistificando o acesso ao saber como apenas para as pessoas que freqüentaram faculdade (EVOLUÇÃO, 1992)”.

Esse material mostra que o MSZL consegue fazer uma avaliação precisa quanto aos avanços que o Convênio permitiu, principalmente no que se refere a sua consolidação, enquanto movimento social, apoiado nas suas lideranças, que foram bem preparadas por eles mesmos. A avaliação indica a importância que atribuem à sua autonomia, que foi sendo conquistada, na medida em que se consolidavam como movimento expressivo na área de saúde.

Analisando os dois documentos de avaliação e os resultados dos cursos, fica claro que o campo educativo da população que participou desses cursos não deve, nem pode ser restrito à escola formal. Os movimentos sociais são exemplos, de que, na prática, na vida cotidiana, existem muitos outros campos educativos além da escola.

Apresenta-se a questão, que não é nova, de que um projeto educacional realmente voltado para as classes trabalhadoras, implica em uma forma de organização e trabalho própria, o que significa mais do que adequar o conteúdo às necessidades dos grupos atendidos. Estaria contido em um projeto deste tipo, o resgate ao direito à igualdade, à dignidade.

Como observou SPOSITO (1993), em seu estudo sobre as lutas por educação, a partir da vivência da participação, as pessoas criam expectativas diferentes quanto à escola, mais do que um local para a apropriação dos conteúdos importantes para o trabalho ou para a sobrevivência no meio urbano. Elas esperam que a escola possa entender suas condições de vida na periferia da cidade, possa ouvir suas histórias, valorizar seus saberes.

Portanto, seria interessante que a proposição de parcerias com outras instituições da área de saúde e da educação, para a capacitação profissional formal de pessoas ligadas ao MSZL, deveria considerar os aspectos apresentados anteriormente, para que não se torne uma simples deslocamento, para o espaço da periferia da cidade, de uma realidade distante e descontextualizada. Já existiram discussões dentro do MSZL a respeito de iniciativas deste tipo. Elas acabaram não se concretizando exatamente porque somente dispor de vagas em cursos de auxiliares de enfermagem padrões, dirigidos para outro tipo

de clientela, não corresponde aos interesses do Movimento, suas militantes têm outro tipo de perfil e é necessário respeitá-lo e “aproveitá-lo” e não submetê-lo.

• PRETENSÕES DE PODER PRESENTES NO DESENVOLVIMENTO DOS CURSOS

Numa ação dialógica espera-se que as pretensões de validade, baseadas na argumentação e na crítica, sobreponham-se às pretensões de poder que seriam baseadas na imposição pelo argumento do poder. Isto não significa a inexistência de enunciados e ações com pretensões de poder, mesmo numa situação pedagógica com enfoque comunicativo. Procurou-se identificar, nos discursos dos participantes dos cursos e da equipe técnica, o significado que davam à sua participação, tentando identificar nas suas falas pretensões de poder e discriminações.

O outro significado de participar dos cursos do MSZL: “status” e geração de renda

Alguns dos depoimentos coletados com a equipe técnica mostraram que alguns dos participantes foram motivados para a participação nos cursos porque sua inserção enquanto “aluno” significava uma certa diferenciação dentro do grupo de militantes do MSZL, seja pelo “status” causado por se tornarem mais conhecidos, seja pelo fato de receberem uma “bolsa de estudos”.

(B) “(...) mas acaba sendo um “status” para a mulher ser amiga do diretor do posto de saúde e todas as suas amigas serem amigas do diretor. Mas o nosso objetivo era fazer com que elas percebessem que havia um interesse muito maior que era a representação daquela camada maior da população que não tem acesso àquela unidade (...).”

(B) “E as pessoas que faziam o curso tinham uma bolsa”.

A disputa pelo poder: a coordenação do MSZL e a coordenação dos cursos

A relação entre a equipe envolvida com os Cursos e com o restante da militância do MSZL, em especial com sua coordenação, também passou por conflitos, em função de disputas, como os representantes da equipe técnica descreveram:

(A) *“(...) o que aconteceu com a coordenação que coordena todo o movimento: como nós tínhamos um grupo que se reunia quase todos os dias e estava por dentro de tudo, estava assim todos os dias, você podia sair, você podia ir em tudo, você tinha todas as informações, você tinha o poder. Esse grupo tinha o poder e nós não éramos todas da coordenação, algumas de nós éramos da coordenação. Ai, quando a gente ia na reunião da coordenação, quem determinava tudo éramos nós e, às vezes até durante o dia-a-dia você tomava as decisões e a gente podia, porque tendo três ou quatro membros da coordenação junto, você pode tomar alguma decisão e essas decisões nunca eram contra o movimento. Você crescia, mas o restante do pessoal que era da coordenação, não crescia. Você caminhava na frente”.*

(B) *“E isso é a questão do poder. Lá, quando ninguém tinha o poder, ninguém dizia que queria. Ninguém disputava o poder. Era a coisa mais engraçada do mundo. Apesar que isso não é coisa do movimento, isso está presente em qualquer trabalho e é uma pena que não se pode falar disso. Parece palavra proibida, não pode conversar e lá foi interessante para as pessoas discutirem porque eu falava do poder só para as pessoas discutirem, o do prefeito, do presidente. Aquele lá, bem distante de nós”.*

Esta última fala revela a dificuldade do grupo e do movimento como um todo em lidar com a situação que se apresentava: a mudança de pretensões de poder para pretensões de validade. Um exemplo ilustrativo é o caso da proposta de que os membros militantes do movimento compusessem a equipe de coordenação sob a forma de rodízio, o que, na prática, mostrou-se difícil de administrar por envolver questões de poder e também de ganho financeiro:

(A) *“(...) às vezes o grupo ficava tão emaranhado! Porque foi assim: quando a gente começou o curso já tinha no pensamento que dali a dois anos ia mudar as pessoas da equipe. Quando fomos mudar a primeira vez ficou a história de quem sairia*

espontaneamente. Ninguém queria. Era doloroso. Então chamamos uma assembléia e nessa assembléia optou-se pela saída da C. e colocamos uma outra pessoa”.

A questão do recebimento do dinheiro causou disputas internas e algumas dificuldades na consolidação de alguns trabalhos do MSZL:

(B) “Na hora de prestar contas do que entrou e saiu ainda tinha que ficar administrando buxixo. Era assim: ela ganha, então ela trabalha. Eu não ganho, eu não trabalho. A fulana tem dois anos que fez o Curso de Formação do Movimento e ela está lá tomando conta dos filhos dela. Então porque eu tenho que estar lá fazendo, visitando tal bairro (...)”.

Aqui aparece, novamente, o mundo sistêmico, através do meio regulador do dinheiro, interferindo no espaço do mundo da vida. Como já foi referido, estas interferências e contradições ocorrem mesmo e é impossível ter absoluto domínio sobre elas, de modo a regular completamente tais relações. Na medida em que acontecem o melhor é esclarecê-las.

A linguagem como poder

Além disso, também existe o relato de que, dentro do próprio curso, existiam situações onde a linguagem utilizada pelos técnicos representava um tipo de pretensão de poder porque se baseava no fato de que, apenas alguns, que eram os técnicos e especialistas, dominavam um determinado código, que não era acessível para todos.

A equipe técnica preocupava-se em identificar e tomar providências para evitar que essas situações acontecessem. Entretanto, alguns professores convidados pela sua competência técnica quanto ao domínio de determinados conteúdos, tiveram dificuldade em estabelecer o diálogo com os participantes.

(B) “Usar código que ninguém agüenta. Você entra nessas reuniões e, até você, e não é uma coisa maldosa, porque é da formação acadêmica. Falar TB (tuberculose) de novo e muitas pessoas levantam o dedo e perguntam o que é TB. Isso é outra coisa que a gente vê. Você fica três horas numa reunião e elas não sabem porque não teve coragem de perguntar logo no começo o código secreto. Falou o tempo todo e a pessoa

não entendia. Então, a gente tinha muita essa preocupação com a linguagem, com o termo técnico, para poder estar mais próximo das pessoas”.

FREIRE sempre mostrou, em seus trabalhos, uma preocupação com a questão do uso da linguagem, de modo que não seja um fator de distanciamento no processo educacional:

“Em outras palavras, precisamos partir das percepções do aluno, sejam eles camponeses em uma atividade educacional informal, operários, ou sejam estudantes universitários, não importa. Temos que partir de seus próprios níveis de percepções da realidade. Então, isso significa que temos que começar a partir da linguagem deles e não da nossa linguagem. Porém, partindo de sua linguagem, de seus níveis de percepção e conhecimento da realidade, procuramos, com eles, atingir um nível de compreensão e expressão da realidade muito mais rigoroso” (FREIRE & SHOR, 1986, p. 179).

O mesmo autor destaca que adotar essa postura corresponde à adoção de uma linguagem simples e não simplista, o que corresponderia a uma desqualificação e desvalorização do educando.

A proposta de uma prática educativa baseada no diálogo e numa ação comunicativa, não elimina a existência de pretensões de poder ou de ações teleológicas com efeitos perlocucionários. O que se pretende é que, cada vez mais e com mais intensidade, o diálogo e ação comunicativa sejam predominantes.

No caso dos cursos do MSZL e nas relações internas dentro do Movimento, a permanência de pretensões de poder e de ações com efeitos perlocucionários, não eliminou os avanços alcançados, em termos da aprendizagem pretendida com relação à atuação dos conselheiros de saúde e, muito menos, os resultados de transformação no mundo da vida dos participantes.

ZIONI (1994), ao avaliar uma experiência de pesquisa participante em que também foram produzidas mudanças nas vidas pessoais dos envolvidos, mostrou que o caráter autoritário tradicional da sociedade brasileira, tanto no nível das relações pessoais como

nas relações oficiais, ainda impõe limites na construção cotidiana e local da democracia e do exercício da cidadania.

Ampliando a questão da viabilidade da construção da cidadania e de relações sociais democráticas, vale ressaltar que, além de autoritária e tradicional, a sociedade brasileira reproduz em todos os níveis relações culturais extremamente desiguais, o que dificulta o alcance das condições necessárias para a ação comunicativa, proposta por Habermas.

• LIMITES SISTÊMICOS IMPOSTOS AOS RESULTADOS ALCANÇADOS

Existem aspectos sistêmicos que podem limitar as transformações ocorridas como consequência do desenvolvimento do processo educativo. Estas limitações são decorrentes do processo de colonização do mundo da vida, onde os mecanismos de regulação (dinheiro e poder), típicos do nível do sistema, acabam por regular também o nível do mundo da vida. Este fenômeno também foi verificado no caso dos Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde.

A manutenção do MSZL e dos cursos

Os cursos são considerados, na opinião da equipe técnica, como fundamentais para a continuidade do movimento, porque ajudam a fixar as pessoas e constituir ou reforçar uma identidade do grupo e dar sentido à luta pelos direitos à saúde e qualidade de vida.

(B) “Porque o curso tem uma outra característica que é a seguinte: com a luta todo mundo participa mesmo quem não é do movimento. Mas você não fixa as pessoas, porque a luta é coisa de momento e com o curso você fixa. Porque você aprofunda uma temática da saúde. Você começa a motivar, cria uma motivação”.

Concordando com estes entrevistados, a realização de programas educativos para a capacitação de lideranças comunitárias e conselheiros de saúde, tem sido apontada como uma importante estratégia de fortalecimento dos grupos menos favorecidos da sociedade, na luta pelo respeito ao direito à saúde (VALLA e col., 1993; WESTPHAL, 1994).

Apesar dessa convicção, as lideranças do movimento apontaram as dificuldades que vêm sentindo quanto à manutenção dos próprios cursos e do MSZL. Os depoimentos a seguir mostram algumas dessas dificuldades.

(A) “Sem isso, sem um mínimo de estrutura, não funciona. Eu acho que tem que ter uma reunião semanal, mas as pessoas não podem vir. Quinze dias acontece tanta coisa (...)”.

(A) “(...) E o movimento exige muito das pessoas. Agora, se você não tiver como se auto-financiar, o transporte, pelo menos, você não tem como ir. Não tem condições

com o preço que está o transporte. Se você pega uma reunião de manhã e outra à tarde você precisa de um lanche e na atual situação a gente não está podendo oferecer nada para as pessoas”.

(C/A) “O movimento já teve entidades que já financiou essa formação. Então tem entidades que, de vez em quando, socorrem. (...) Mas ninguém está querendo nada. Ninguém está mexendo mais com esse Brasil. Principalmente com um movimento popular”.

As opiniões dos ex-participantes sobre a situação atual do MSZL também são de que o Movimento está encontrando dificuldades para sua continuidade.

As opiniões sobre a situação atual do MSZL serão apresentadas em dois gráficos distintos, separando a opinião dos que estão, atualmente, participando de atividades junto ao Movimento daqueles que se declararam afastados (Gráficos 30 e 31).

GRÁFICO 30 - OPINIÕES DOS EX-PARTICIPANTES, QUE ESTÃO ATUANTES JUNTO AO MOVIMENTO, SOBRE O MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE

- O MSZL continua sendo necessário
- O MSZL está enfraquecido e sem apoio
- Os militantes estão acomodados
- Os conselhos de saúde nos bairros estão isolados
- O MSZL continua atuante
- CURSOS DE 1987/ 1988

GRÁFICO 31 - OPINIÕES DOS EX-PARTICIPANTES, QUE NÃO ESTÃO ATUANTES, SOBRE O MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE

Estes resultados mostram as dificuldades que o MSZL vem enfrentando. Na verdade são resultados que refletem a situação de refluxo vivenciada por grande parte dos movimentos sociais.

As dificuldades que os movimentos sociais estão tendo para encontrar interlocutores com quem possam dialogar e estabelecer canais de negociação têm causado desânimo e descrença quanto às possibilidades efetivas de atuação. No caso do MSZL, a dificuldade é grande porque as instâncias mais próximas, municipais, estão pouco receptivas à participação popular. Isto aparece no Gráfico 30 quando os ex-participantes dizem que os conselhos de saúde nos bairros estão isolados. Esta percepção é mais freqüente entre os participantes dos cursos de 1987/1988.

Os ex-participantes dos Cursos de 1992 mostram-se, em geral, mais desanimados e céticos quanto ao MSZL. Isto transparece nas suas opiniões nos dois gráficos. No Gráfico 30 nos comentários de que o MSZL está enfraquecido e sem apoio e de que os militantes estão acomodados. No Gráfico 31 na manifestação de que não acreditam no MSZL. Entre os participantes dos Cursos de 1992 as porcentagens referentes a estes itens são maiores do que entre os participantes dos Cursos de 1987/1988.

As opiniões mais significativas sobre o MSZL são apresentadas a seguir:

“Tá meio parado porque as pessoas não têm como arcar, as primeiras pessoas tinham mais garra (...)”.

“O Movimento tá um pouco fraco, não tem mais o povão que ia primeiro, as pessoas vão largando”.

Em seguida, serão identificados alguns limites sistêmicos, que foram mencionados pelos membros da equipe técnica e pelos participantes, como fatores que estão limitando os resultados dos Cursos de Formação e a atuação do MSZL.

A questão financeira

Um aspecto que é citado várias vezes pelos participantes dos cursos, diz respeito à questão financeira como limitadora da atuação das pessoas, dentro do Movimento e da própria atuação do MSZL.

Desde o término do Convênio com a IAF, o MSZL, representado pela ONG “Saúde é Vida”, recebeu poucos auxílios financeiros e, estes, foram mais pontuais, dirigidos para ações mais específicas e com pouco tempo de duração. Isto causou, primeiro, a interrupção dos Cursos de Formação, depois, além disso, dificuldades na promoção de outras atividades do MSZL e na manutenção de algumas condições básicas para a continuidade do Movimento: sede, telefone, secretaria.

A participação nos cursos criou as condições possíveis para que as mulheres se inserissem no mercado de trabalho e as condições sócio-econômicas do país criaram as condições necessárias para isto: desemprego do chefe da família, crise financeira familiar, necessidade do trabalho feminino no mercado informal ou formal.

(C) “(...) porque o seu José está trabalhando e a gente não conseguiu chegar nele ainda. Então a minha angústia é essa. Eu analiso por mim. Vejo o movimento e todos são iguais. Todos têm que ter gente e tem que ter trabalho com a dona Maria. **Tem que ter alguém liberado para fazer esse trabalho porque há vinte anos atrás a C. fazia esse trabalho voluntariamente, há dez anos atrás, eu fazia esse trabalho voluntariamente, só que, hoje, eu tenho que pensar: ou eu vou para o movimento ou eu vou ganhar meu pão.** Meu marido está desempregado há dois anos. Para eu vir aqui hoje eu precisei pedir passe porque não tinha dinheiro para tomar ônibus.(...) **então se analisar o porquê da queda do movimento hoje você vai ver que é primeiro a parte financeira.** (...) hoje o movimento de saúde está pacato. **Como a gente fala não é por falta de trabalho, é por falta financeira. Porque quando tem a parte financeira você pode trabalhar, fica liberada e vai para os bairros”.**

(C/A) “(...) **mas, naquela época as coisas não eram tão difíceis como é agora. Eu acho que se, naquela época, eles me dessem só o dinheiro da condução eu iria (...).** Naquela época ela pesava mas não era como é hoje. **Hoje, ela precisa trabalhar para sobreviver, para ajudar no orçamento da casa porque o quê o marido ganha hoje não dá para o sustento da casa”.**

Esta situação acaba por causar um certo enfraquecimento do MSZL pela falta de disponibilidade das pessoas gerando, na militância que persiste, uma sensação de “abandono” e desconforto.

(A) “(...) **mas o problema nosso é justamente a questão financeira. Tem muita influência. O pessoal, todo mundo, foi trabalhar. Não se encontra mais as pessoas quando se liga para elas: está trabalhando. Fazendo isto, aquilo. Infelizmente não vai dar. É um caos!”**

Fatores externos que vêm desmobilizando o Movimento de Saúde

Um outro aspecto refere-se às intervenções causadas pelo sistema político, traduzidas, no caso, pelo poder administrativo. As conquistas, apesar de consolidadas

legalmente sofrem percalços, em função das situações circunstanciais que se apresentam e esta situação, desmotiva, inclusive as lideranças.

(A) “Só que agora eu vou te falar, você não sabe. Os Conselhos Gestores não estão funcionando nessa administração. O pessoal está desanimado de não acontecer nada, não é respeitado, não tem reunião. Está assim. (...) Nós já passamos por várias administrações. A gente sabe muito bem como é que é: dependendo da administração a gente caminha uma coisa ou não”.

Percebe-se claramente a importância do que JACOBI (1992 b) apontou como as condições necessárias para a efetivação da participação popular: o acesso às informações e a disponibilidade de interlocutores na administração pública, que valorizem e respeitem o intercâmbio com os movimentos sociais.

Fatores internos que vêm desmobilizando o Movimento de Saúde

Os limites sistêmicos impostos são percebidos dentro de uma avaliação crítica que os ex-participantes conseguem elaborar. Parece claro que a participação nos cursos contribuiu para isso.

(C/A) “A gente não conseguia enxergar e depois deste ensinamento foi muito bom e depois que a gente começa a aprender, a gente vê que cada coisa que eles tentam fazer é que eles nunca é bonzinho para o povo, eles fazem porque tinha um interesse muito maior atrás daquilo. Porque foram pressionados a fazer. As conquistas que a gente conseguiu através de anos. Hoje a gente vê eles falarem dessa reforma constitucional. Se a gente não tivesse aprendido tanta coisa a gente ia acreditar que ele está fazendo uma maravilha para o povo, mas ele está desmanchando tudo o que o povo conquistou: a questão da aposentadoria por tempo de serviço e outras coisas também”.

Finalmente, os relatos das lideranças, apontam para a necessidade do Movimento estar sempre atento e alerta para se opor a essas limitações que estão localizados nas questões financeiras e do poder burocrático. Somadas à estas, também existem aquelas

relacionadas com a institucionalização e burocratização do Movimento, perdendo seu caráter singular de apoio popular.

(C/A) “(...) ninguém tem coragem de falar as coisas e eu falo. As pessoas olham torto, eu dou risada e vou falando porque a gente não pode perder as origens. A gente precisa voltar a fazer aquele trabalho de base que a gente fazia antes com as mulheres, com a mulher de casa que está lá em casa. Vamos fazer um movimento para o Valdomiro de Paula funcionar porque ele está lá, fechado. Se a gente não fizer isso com quem a gente conta, (...) tem que contar com o povo. O povo não sabe valorizar a força que ele tem e a gente que já aprendeu um pouco tem que estar fazendo de novo o trabalho de formiguinha. (...) então a gente tem que começar com essa coisa de base com as pessoas”.

(A) “Hoje eu acho que se tivesse um curso como esse, eu acho até que seria bom. Principalmente pela situação financeira que está tão ruim. Ia dar um ânimo danado nas mulheres, mas eu acho muito difícil de se conseguir isso. Mas eu acho que hoje a tática poderia ser uma de inserção da liderança no seu bairro. (...) arrumar atividades de atuação no bairro e assessorar isso. Então, eu acho que começar com um curso de alimentação alternativa ou saúde e alimentação alternativa e alguma coisa assim no bairro. Mas, alguma coisa que ela tenha que fazer ali no bairro, que ela crie seu espaço. (...) saúde da mulher (...) Em cada bairro você tem que avaliar qual a atividade que mais pega ali e assessorar a liderança a fazer isso lá”.

(A) “E tem muita gente para formar ainda e, na verdade, o número de pessoas que se envolve ainda é pequeno”.

Como já referido anteriormente, os movimentos sociais passam, atualmente, por crises internas relacionadas com as questões de identidade e autonomia, em função da articulação dos vários interesses que os compõem, fazendo com que, em determinadas situações e momentos, eles se afastem de suas bases e dos objetivos mais prementes para estas bases.

Vários autores têm se referido à crise dos movimentos sociais. De acordo com GOHN (1994), a crise é parcial pois está localizada no ramo dos movimentos populares, diferentemente de movimentos do tipo dos ecológicos, que estão em ascensão. Para esta

autora, a crise dos movimentos populares é o reflexo de uma das características básicas de todos os movimentos sociais: eles são cíclicos, há momentos de fluxo e de refluxo. Isto é consequência do fato de eles serem históricos e frutos de idéias e práticas. Os movimentos podem vir a se institucionalizar, mas isso é provisório, porque o objetivo dos movimentos, enquanto portadores de idéias, não é se transformarem em organizações, mas manterem as questões que os desencadearam na ordem do dia. Assim, as idéias e questões podem ser transformadas, considerando a conjuntura histórica.

Para SPOSITO (1993), a crise dos movimentos sociais está relacionada com o abandono de um estilo inovador de pensar e fazer política que eles tiveram, na época do regime autoritário, quando começaram a emergir. Naquela época, em que era proibido fazer política, qualquer atuação diferenciada de algum grupo de bairro já significava a recriação da política. Com a transição democrática, nos anos 80, a política passou a ocupar o seu lugar no conjunto das práticas da sociedade mas, dentro de uma concepção mais estrita de prática política, o que causou o abandono daquelas práticas desenvolvidas nos anos anteriores. Segundo a autora, a prática no movimento popular acabou por reproduzir o que procurava recusar: a separação entre o homem comum e o cidadão.

A análise de DOIMO (1995) completa as observações anteriores. Para ela a crise dos movimentos sociais deve-se à mudança do papel desempenhado pela Igreja Católica, que deixou de fazer muitas das ações que eram alimentadoras dos movimentos populares. Outra causa foi o fato de que as ONG's vêm redefinindo seu perfil e seus parâmetros de atuação (menos dogmáticos e mais pluralistas) e seus paradigmas (recuperação do Estado e da nação). Têm se dedicado a ações mais propositivas próprias, muitas vezes no espaço do mercado, em termos de políticas públicas e sociais, em detrimento da mera assessoria aos movimentos populares.

Outro fator foi que a intelectualidade acadêmica abandonou a antiga postura otimista teórica em relação aos movimentos populares e tem privilegiado as questões relativas à transição democrática e à reengenharia institucional, particularmente a reforma do Estado. Também os segmentos de esquerda, até então, bastante comprometidos com a causa da transformação, atribuída aos movimentos, passaram a assumir compromissos com o sistema partidário, consequência da redemocratização e da legalização dos partidos

de esquerda, adotando ações mais institucionalizadas e dedicando-se mais à discussão da reforma do Estado e da gestão da coisa pública.

Esse novo contexto sócio-político tem significado, para os movimentos populares, a sua gradativa desagregação nos níveis locais e a sucessiva desarticulação de seu universo cognitivo e simbólico em função da desativação dos programas organizativos e mobilizadores (os Cursos de Formação do MSZL são um exemplo). Por outro lado, eles têm sido estimulados a atuarem de forma mais ativa e propositiva, procurando garantir as conquistas dos dispositivos institucionais de participação direta e semi-direta (por exemplo, os Conselhos de Saúde) e a garantia dos direitos de cidadania (no caso da área de saúde, o acesso universal aos serviços de saúde).

PARTE IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ruim das vitórias é que elas não são definitivas.

O bom das derrotas é que elas também não são.

(José Saramago)

*As reticências são os três primeiros passos do pensamento
que continua, por conta própria, o seu caminho...*

(Mario Quintana)

A análise da história do Movimento de Saúde da Zona Leste, no contexto sócio-econômico e político brasileiro, e dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde, promovidos pelo MSZL, mostra que, as relações contraditórias do Estado brasileiro com a sociedade, foi um dos fatores que permitiu o crescimento de movimentos organizados e o surgimento de iniciativas de reforço aos mesmos, como estes cursos.

O Estado, através de seus mecanismos seletivos e pela sua necessidade de legitimação frente à sociedade, apresentou-se como um órgão com vários papéis frente aos representantes do MSZL e aos conselheiros de saúde: como indutor das demandas, como opositor e, também, como interlocutor. Assim, ofereceu canais institucionais para que o Movimento participasse de decisões importantes relacionadas com a organização e com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus pressupostos fundamentais, como a democratização das ações de saúde, a institucionalização da participação popular e o controle social no setor saúde.

O Movimento de Saúde da Zona Leste tem, hoje, aproximadamente, vinte anos de existência. O contexto sócio-econômico e político da realidade nacional foi se modificando ao longo deste período e isto se refletiu na forma de atuação do Movimento em cada período. Ele surgiu no período da ditadura militar, consolidou-se e se fortaleceu durante a transição democrática e passa, atualmente, por uma fase de certo refluxo.

Os cursos analisados foram realizados no período de consolidação e ampliação do Movimento e tiveram um papel relevante na história do Movimento, contribuindo para a ampliação e para a efetivação da sua participação nas instâncias colegiadas, na medida em que auxiliaram na desmistificação da questão técnica.

De forma geral, a sociedade atribui somente aos técnicos e especialistas, a competência técnica necessária para o entendimento e resolução dos problemas da nação. A área da saúde é uma das que mais tem se pautado pela discriminação dos que tem menos saber específico, como se os sujeitos, diretamente envolvidos e interessados, que são os usuários, não conhecessem seus problemas e necessidades e nem soubessem refletir. Estes são considerados desqualificados para a discussão e eleição das soluções.

A necessidade de instrumentalizar os membros do Movimento sobre as questões de saúde e permitir o acesso a informações sobre a organização do sistema de saúde, sempre

fizeram parte da pauta dos agentes externos que desenvolveram atividades junto ao MSZL. Inicialmente, a formação política dos militantes do Movimento era realizada através de atividades informais. Depois, com a ampliação dos membros e das atividades onde começaram a interferir, foi necessário pensar formas de replicar o que se fazia em pequena escala. Os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde foram a expressão concreta desta necessidade

O primeiro objetivo deste trabalho era a análise e a avaliação das propostas pedagógicas e metodológicas dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde, com o intuito de verificar, entre outras, a hipótese de que tais propostas procuraram privilegiar a construção do conhecimento, através do diálogo, numa relação horizontal de troca entre os envolvidos no processo. Os aspectos apresentados na Parte III (Resultados e Discussão) mostram que o objetivo foi atingido e a hipótese pode ser confirmada.

Em relação às propostas pedagógicas e metodológicas, pode-se afirmar que os Cursos de Formação ofereceram elementos para que seus participantes pudessem “ver e escutar”, com mais crítica, as idéias mais comumente divulgadas e circulantes sobre prevenção, saúde e políticas de saúde, opondo-se a uma unidimensionalização de conceitos e valores.

A forma de condução dos cursos e a metodologia utilizada privilegiaram a construção do conhecimento em uma perspectiva de ação comunicativa, referenciada nos pressupostos da pedagogia crítica.

Outro aspecto fundamental, no desenvolvimento da proposta educativa, correspondia à consideração da experiência e dos “conhecimentos prévios” que cada indivíduo já possuía sobre muitos dos temas ali tratados. Dentro dos pressupostos que embasam a educação popular, isto corresponde à defesa do contexto grupal e local como ponto de partida considerando que, a estes, outros devem ser acrescentados para o entendimento dos determinantes das situações-problema e a elaboração de propostas de soluções e ações.

A questão da adequação da linguagem foi uma preocupação constante, uma vez que a participação de todos os envolvidos depende da manutenção de uma compatibilidade da linguagem, permitindo que as pessoas entendam e se entendam e que

os educandos se tornem capazes de utilizar os conceitos trabalhados durante o programa de formação.

Os cursos foram dinâmicos, com ênfase nas atividades práticas e baseados na vivência dos alunos, cidadãos que participavam ativamente das discussões, expondo suas experiências, vivências e opiniões sobre os temas em pauta. Levou-se em consideração a baixa escolaridade, a baixa condição sócio-econômica e o grande período que muitas destas pessoas passaram sem estudar. Teria sido incoerente que os cursos fossem baseados apenas em aulas expositivas, leitura e discussão de textos.

A proposta dos cursos também incluiu estratégias que procuraram privilegiar e combinar atividades formais e a aprendizagem informal que decorre das experiências vividas: contato com representantes do poder instituído, atividades de pressão e reivindicação junto ao setor público e gerencial dos serviços e contato com assessorias a movimentos populares.

Os conteúdos abordados - a estrutura da sociedade, as políticas públicas, as condições de vida e de trabalho como determinantes das condições de saúde - contribuíram para uma discussão menos mecanicista das questões de saúde. Foi possível realizar ligações e entender o tema da saúde de modo mais abrangente e dentro da sua complexidade. Estes aspectos são importantes para subsidiar qualquer tipo de ação propositiva a ser desenvolvida pelos conselheiros de saúde ou militantes do Movimento de Saúde.

Em relação aos dois outros objetivos, através dos quais o estudo propunha-se a verificar se a participação nos cursos desencadeou mudanças de habilidades e atitudes entre seus participantes e se os cursos tiveram reflexos na organização e desenvolvimento do MSZL, várias considerações podem ser feitas.

O desenvolvimento da capacidade de argumentação e de julgamento contribuíram para que a atuação do MSZL e dos participantes dos cursos deixasse, gradativamente, de ser apenas reivindicativa para se tornar propositiva.

Outro resultado importante foi a identificação, através das falas dos membros da equipe técnica e dos participantes dos cursos, de que houve aprendizagem quanto aos possíveis acessos para as informações sobre o gerenciamento e alocação dos recursos para

o setor saúde, definição de prioridades, organização e funcionamento dos serviços e utilização de novas tecnologias. O conhecimento, quanto aos meios para a obtenção das informações e a apropriação das mesmas, auxiliou no estabelecimento do diálogo com os técnicos da área de saúde, aqueles com quem o setor popular deve compartilhar a responsabilidade pelo planejamento dos serviços de saúde.

Mais especificamente, os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde trouxeram contribuições positivas para o MSZL. Destaca-se a formação contínua e permanente dos militantes e o fortalecimento das lideranças do Movimento de Saúde, além de consolidar a ocupação de espaços políticos em instâncias diversas na área da participação popular no setor saúde, importantes para as lutas do Movimento. Entre os ex-participantes dos cursos estão as principais lideranças atuais do MSZL e a maior parte dos conselheiros de saúde da região, mostrando a importância efetiva dos cursos na formação e capacitação que pretendiam realizar.

A continuidade e o longo período pelo qual os Cursos de Formação foram realizados, também contribuiu para seu impacto positivo. A formação contínua e permanente dos militantes formou uma massa crítica significativa dentro do MSZL.

As práticas de educação popular, similares à descrita neste trabalho, cada vez mais têm sido valorizadas, como instrumentos importantes e úteis, na área da saúde coletiva, porque permitem a aproximação entre os atores envolvidos na abordagem das questões relacionadas com a área da saúde, seja em espaços institucionais ou não. O encaminhamento deste tipo de ação para fora dos espaços institucionais mais tradicionais, como dentro do Estado e suas instâncias, significa uma ampliação da visão do próprio caráter de qualquer processo educativo e do processo saúde-doença. As práticas educativas de caráter popular são as que melhor têm conseguido corresponder à necessidade de contemplar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais envolvidos, procurando garantir a intercomunicação entre os diferentes atores. Têm recorrido a experiências metodológicas e de organização e funcionamento com aspectos inovadores e peculiares.

Com o acompanhamento do próprio MSZL, por meio da análise dos Cursos de Formação, verificou-se que ele se encontra em um estágio intermediário entre uma

atuação em um nível de reivindicação quanto à produção e distribuição de recursos e uma atuação em torno de questões relacionadas com o modo de vida.

Movimentos sociais desse tipo evidenciam um trânsito desde uma política, centrada em torno das questões de seguridade econômica e social, de seguridade interna e de seguridade militar, para uma outra política, centrada na preocupação com os problemas da qualidade de vida, da igualdade de direitos, da auto-realização individual, da participação e dos direitos humanos.

A participação nos Conselhos de Saúde pode significar uma possibilidade de descolonização do mundo da vida porque pode ser regido para a busca do entendimento, através do diálogo. Este está baseado no princípio da igualdade, no direito à participação, o que é diferente de uma crença “a priori” e incondicional de que todos os participantes são iguais ou estão partindo do mesmo lugar. Na verdade, eles são diferentes nas suas características, formações, informações, conhecimentos, nível de instrução e no acesso à informação, mas são iguais na possibilidade da participação, da troca, da busca do entendimento e da decisão consensuada. É evidente que, na atual forma de instalação e condução dos Conselhos de Saúde, ainda se trabalha em uma perspectiva de que as decisões finais, propriamente ditas, após a discussão entre os participantes, devem ser baseadas na somatória dos votos individuais (maioria). Com o intuito de minimizar os possíveis efeitos indutores deste tipo de organização, por causa da influência que pode ser exercida pelos chamados especialistas na área, a composição destes conselhos tem garantido um número maior de representantes da população (usuários) em relação ao número dos representantes dos administradores dos serviços e dos funcionários.

A criação de conselhos, com participação da população, pode não dar conta do objetivo de descolonização do mundo da vida, se seus membros não se capacitarem para resistir à burocratização, que tornaria os conselhos semelhantes a outros órgãos típicos do mundo sistêmico.

Os movimentos sociais, como o MSZL, ao terem proporcionado a aproximação da atividade política de setores, normalmente, menos politizados por pertencerem ao âmbito do mundo privado, repolitizaram este espaço da sociedade e indicaram a possibilidade de

superação da atividade política como uma atividade dissociada da vida cotidiana dos indivíduos “comuns”.

Atualmente, um risco que se corre é a exclusão destes sujeitos da arena política, em função da reorganização política da sociedade brasileira que tem privilegiado os espaços mais tradicionais para as práticas políticas. Além disso, com a atual priorização das questões relativas à transição democrática e à reengenharia institucional, o desafio é que, na reorganização do sistema de representação de interesses, existam condições para a criação e/ou manutenção de canais decisórios, que compatibilizem a lógica mais consensual e solidária dos movimentos com a lógica mais racional e competitiva da participação política institucional. Estes cuidados devem ser tomados para que não se percam as conquistas relacionadas com a participação da população e nem o próprio espaço da participação e da influência das camadas populares nas decisões.

No momento atual, a política neoliberal, em alguma medida, também contribui para compor um quadro mais desfavorável para a participação popular e para o fortalecimento das políticas públicas nas áreas sociais.

A proposta de Estado mínimo e da regulação das desigualdades pelo mercado capitalista, só reconhece o mérito da livre iniciativa, enfatiza o papel do indivíduo e contrapõe-se à democratização do Estado e à valorização de sua atuação na sociedade, como possível regulador das desigualdades sociais.

Uma outra questão que os movimentos enfrentam é a intencionalidade de manutenção de suas origens, no que elas possam ter de mais genuínas, junto com a necessidade de garantir espaço e condições para sua atuação, muitas vezes através de entidades ou organizações. De acordo com a análise de Habermas, entidades deste tipo - ONG “Saúde é Vida, no caso do MSZL - podem atuar na esfera do mundo da vida e servirem como espaços de descolonização do mundo da vida, recuperando os espaços tomados do mundo da vida pelo sistema.

Estas associações privadas podem ter um papel educativo fundamental se não restringirem sua atuação a interesses corporativos e ampliarem, o mais possível, a sua composição, com os mais diversos segmentos da população. Tais associações podem,

também, desenvolver mecanismos de articulação com outras organizações, de caráter similar, no sentido de ampliar o “olhar” de cada uma delas.

Este estudo mostrou que existem problemas, no período atual, na participação popular nas instâncias legais na área de saúde. A nova composição do governo municipal de São Paulo, por exemplo, tem dificultado a interlocução com os representantes da população. Neste sentido, a questão que se coloca é que, à capacitação de pessoas para a participação nos espaços institucionais de consulta e deliberação, deve corresponder o reconhecimento, por parte do Estado, destes canais, independentemente de quem ocupe os cargos executivos.

O conseqüente esvaziamento dos colegiados de decisão, faz com que se identifique uma crise da participação popular.

A implantação do SUS significa uma importante reforma do Estado, no sentido de recuperar sua função pública. Os Conselhos de Saúde devem assumir a dimensão política de seu trabalho, para reivindicar a implementação do SUS e fortalecer as organizações autônomas da sociedade.

A consolidação de espaços públicos autônomos, onde atuam diversos grupos da sociedade civil, é condição básica para a solução das patologias que marcam as sociedades capitalistas contemporâneas, causadas pela colonização do mundo da vida pelos imperativos sistêmicos.

Nota-se, também, um refluxo do próprio MSZL, o que não significa o seu término mas, talvez, a necessidade de mudança de estratégias e reordenação de questões, de acordo com a conjuntura sócio-econômica, política e cultural deste momento. São os movimentos sociais que alimentam a participação popular, a partir das questões que são motrizes para cada movimento.

Os Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde provocaram transformações no mundo da vida de seus participantes. Esta parece ter sido uma das conseqüências mais significativas da participação nos cursos.

Os Cursos de Formação foram, prioritariamente, dirigidos para as mulheres e quase a totalidade dos ex-participantes são do sexo feminino. As transformações no mundo da vida ocorreram entre elas: assunção de seu papel social no espaço público e o

estabelecimento de novos padrões familiares de conduta (divisão de tarefas domésticas, criação dos filhos, relacionamento entre os membros da família). O fato dos cursos garantirem um espaço para a reflexão quanto ao papel social da mulher foi um dos responsáveis por estas transformações e pelo desencadeamento de mudanças nas esferas pessoal, familiar e social.

Muitas das mulheres, que participaram dos cursos, voltaram a estudar e passaram a exercer atividades laborais remuneradas, pela primeira vez ou retomando atividades abandonadas com o casamento ou com a maternidade. Estes podem ser considerados os dados mais expressivos quanto ao impacto que os cursos causaram nas vidas pessoais dos participantes, uma vez que interferiram diretamente nas relações familiares, na educação dos filhos e nas relações de poder ligadas à questão de gênero.

O grupo de ex-participantes aumentou a sua capacidade de reflexão e passou a ter mais condições de analisar e intervir sobre questões diversas que o afligiam, com base em argumentos racionais e com condições de elaborar e emitir julgamentos críticos.

O que parece marcar estas transformações no mundo da vida é uma tensão entre o potencial emancipador dos cursos e os constrangimentos sistêmicos, impostos aos resultados alcançados. A participação nos cursos e a atuação no MSZL e nos Conselhos de Saúde estão localizados no mundo da vida mas, ao mesmo tempo, prepararam os participantes e lhes ofereceram elementos para atuarem no mundo sistêmico, regido pelo dinheiro e pelo poder.

Apesar disso, é possível considerar que os Cursos de Formação trouxeram importantes e significativos ganhos para as vidas pessoais dos participantes e para a consolidação e amadurecimento do MSZL. Assim, a hipótese de que uma ação educativa, como a efetivada pelos Cursos de Formação do MSZL, baseada na perspectiva da ação comunicativa, pode resultar em aprendizagem e transformações no âmbito da vida de seus participantes, foi confirmada.

Estes resultados não devem ser desprezados frente aos limites sistêmicos ocorridos. As repercussões não podem ser precisamente medidas ou determinadas porque se difundem para os mais variados espaços e contextos das vidas dos que participaram.

Um dos objetivos dos movimentos sociais deve ser a criação de um “caldo cultural” libertário, que favoreça a ocorrência de mudanças na sociedade e o estabelecimento de relações mais igualitárias, de acordo com os interesses dos grupos que os compõem.

De fato, a partir de todos os dados obtidos, pode-se confirmar a hipótese de que os resultados foram influenciados por fatores sistêmicos intervenientes, relacionados ao contexto sócio-econômico político e cultural e à própria dinâmica da relação entre Estado e sociedade.

A questão de gênero permeou todo o trabalho. Os Cursos de Formação foram dirigidos para as mulheres e nelas foram produzidos os maiores efeitos. Além disso, o maior contingente de militantes do MSZL é de mulheres. Este é, provavelmente, um dos fatores que mais tem contribuído para a continuidade e permanência do Movimento. A aderência das mulheres às lutas relacionadas com questões do âmbito do privado e do seu entorno, como é o caso da saúde, é maior. As mulheres que participaram dos cursos acabaram desenvolvendo, entre si, redes de sociabilidade e solidariedade que permaneceram, pelo reconhecimento de necessidades parecidas, de experiências de vida similares e da mesma identidade social.

A luta por saúde é contínua e não se esgota na construção de um prédio ou na contratação de um profissional. Suas questões estão relacionadas com opções por modos de vida e, assim, vão se entrelaçando com outros temas da vida cotidiana dos sujeitos envolvidos. Eles vão se dando conta de que têm que ampliar suas discussões e envolver, cada vez mais, outros setores sociais.

Para finalizar, considera-se necessário fazer alguns comentários sobre a Teoria da Ação Comunicativa e sua proposta de agir comunicativo na análise de situações vividas em países do Terceiro Mundo. Nestes países, vive-se a extrema desigualdade econômica, social e cultural entre os sujeitos. A prática democrática tem pouca tradição e não é generalizada. O exercício de sobreposição das pretensões de validade sobre as pretensões de poder, no estabelecimento das relações e dos diálogos, é custoso, em função da cultura política, predominantemente paternalista e clientelista. Neste sentido, é sempre uma conquista, principalmente pelos grupos sociais desfavorecidos.

Deve-se levar em conta, portanto, que a realidade brasileira é distinta de outras que inspiraram a elaboração da Teoria da Ação Comunicativa. Aqui, os limites sistêmicos são mais rígidos e impõem-se mais facilmente sobre o mundo da vida, colonizando-o. A reversão desta situação é mais problemática mas, o caso dos Cursos de Formação Política de Conselheiros de Saúde mostra que existem brechas e possibilidades que devem ser exploradas.

É importante que iniciativas desse tipo sejam realizadas pelas próprias agências representativas dos movimentos sociais e populares porque, no caso de serem desenvolvidas por iniciativa da administração pública estatal, é mais provável a ocorrência de limitações sistêmicas e que pretensões de poder se sobreponham às pretensões de validade. Também, é questionável que seja papel do Estado a preparação e capacitação de pessoas para ocuparem os espaços de participação popular nas instâncias legais de representação e deliberação, já que é desejável a construção e consolidação de espaços públicos autônomos na sociedade civil.

É interessante, também, considerar a possibilidade de que não sejam, somente, a razão e a racionalidade os instrumentos a serem utilizados na busca da equalização social e da consolidação e do fortalecimento da cidadania. Assim, é importante relativizar isto, levando em conta, também, outras possíveis perspectivas de análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, R.C.F. & CASTRO, A.L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. Saúde e Soc., 3 (2): 172-185, 1994.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) A experiência do SUDS e os desafios atuais da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1988.
- AYUSTE, A.; FLECHA, R.; LÓPEZ PALMA, F.; LLERAS, J. Planteamientos de la pedagogía crítica: comunicar y transformar. Barcelona, Graó Editorial, 1994.
- BENEVIDES, M.V. Democracia e cidadania. Pólis, (14): 11-9, 1994.
- BOLETIM PARTICIPAÇÃO POPULAR E SAÚDE - CEDEC (nº 4), São Paulo, 1992.
- BRASIL. Constituição 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- BRIOSCHI, L.R. & TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. Ciênc. e Cult., 39: 631-37, 1987.
- CAPACITAÇÃO dos membros dos conselhos de saúde da zona leste; formação técnico-política em saúde. São Paulo, 1985. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- CARDOSO, R. Movimentos sociais urbanos: um balanço crítico. In: Almeida, M.H. & SORJ, B., org. Sociedade e política no Brasil pós-64. São Paulo, Brasiliense, 1983. p. 21-39.
- CARDOSO, R. Os movimentos populares no contexto da consolidação da democracia. In: Reis, F.W. & O'Donnell, G. org. A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. São Paulo, Vértice, 1987. p. 368-82.
- CARNEIRO, F. & AGOSTINI, M. Oficinas de reflexão: espaços de liberdade e saúde. In: Agostini, M. & D'Acri, V. Trabalho feminino e saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 1994. p.53-83.

- CASTELLS, M. Flujos, redes e identidades: una teoría crítica de la sociedad informacional. In: Castells, M., Flecha, R., Freire, P., Giroux, H. Macedo, D., Willis, P. Nuevas perspectivas críticas en educación. Barcelona, Paidós, 1994. p.13-53.
- CHIESA, A.M. & WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde Deb., (46): 19-22, 1995.
- CITELI, M.T. Mulheres e direitos reprodutivos na periferia: releitura feminista de um movimento de saúde. São Paulo, 1994. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP]
- COHN, A., NUNES, E., JACOBI, P.R., KARSCH, U.S. A saúde como direito e como serviço. São Paulo, Cortez, 1991.
- COHN, A., ELIAS, P., JACOBI, P.R. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. Saúde Deb., (38): 90-93, 1993.
- COHN, G. Apresentação: o discurso e a escuta. In: Prado, J.L.A. Brecha na comunicação: Habermas, o Outro, Lacan. São Paulo, Hacker, 1996. p.11-13.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.
- CONVÊNIO: Fundação Interamericana. São Paulo, 1991. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste].
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, D.; BRENDEN, K.A.; SMITH, D.C.; BURTON, A.H.; DICKER, R.G.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R.F.; ARNER, T.G. EpiInfo, version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Center of Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, USA, 1994. [Tradução do manual: Marilda Lauretti da Silva Guedes; revisão técnica da tradução: José Cássio de Moraes]

- DESCENTRALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde. Inf. Epidemiol. SUS, 2 (nº esp.): 3-47, 1993.
- D'INCAO, M.C. & ROY, G. Nós, cidadãos: aprendendo e ensinando a democracia. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.
- DOIMO, A.M. A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.
- DURHAM, E.R. Movimentos sociais: a construção da cidadania. Novos Estudos CEBRAP, (10): 24-30, 1984.
- EVOLUÇÃO do Movimento de Saúde da Zona Leste 1987/91. São Paulo, 1992.
[Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- FLECHA, R. El discurso sobre la educacion de las perspectivas postmoderna y critica. In: Giroux, H.; Flecha, R. Igualdad educativa y diferencia cultural. 2ª ed. Barcelona, El Roure Editorial, 1994. p. 165-96.
- FLECHA, R. Sharing words: communicative learning in literary gathering. Barcelona, 1996.
[Texto mimeografado de distribuição interna do CREA - Centro de Investigación en Educación de Personas Adultas - Universidad de Barcelona/Espanha]
- FORMAÇÃO política no movimento de saúde da zona leste. São Paulo, 1988. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste].
- FREIRE, P. & SHOR, I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 4ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- FREITAG, B. A teoria crítica: ontem e hoje. São Paulo, Brasiliense, 1986.
- FREITAG, B. & ROUANET, S.P. Habermas. 3ª ed. São Paulo, Ática, 1993 (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- GADOTTI, M. & TORRES, C.A. Estado e educação popular na América Latina. Campinas, Papirus, 1992.
- GIACOMINI, C. H. A sociedade civil e a garantia do processo de reforma sanitária. In: Cadernos da nona. Brasília, 1992. v.1, p. 109-12.

- GIDDENS, A. As conseqüências da modernidade. São Paulo, Editora da Universidade Estadual Paulista, 1991.
- GIDDENS, A. Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona, Península, 1995.
- GIDDENS, A. Más allá de la izquierda y la derecha: el futuro de las políticas radicales. Madrid, Cátedra, 1996.
- GOHN, M.G.M. Movimentos sociais e educação. 2ª ed. São Paulo, Cortez, 1994.
- GOUVEIA, R. Movimentos organizados da sociedade e da enfermagem e a ABEN: reflexão histórica. São Paulo, 1996. [Exposição no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem]
- HABERMAS, J. A nova intransparência: a crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. Novos Estudos CEBRAP., (18): 103-14, 1987.
- HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa. 2ª ed. Madrid, Taurus, 1988. v.1 - Racionalidad de la acción y racionalización social.
- HABERMAS, J. Teoría de la acción comunicativa 2ª ed. Madrid, Taurus, 1988. v. 2 - Crítica de la razón funcionalista.
- HABERMAS, J. O passado como futuro. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1993.
- HADDAD, S. Uma reflexão sobre a educação do adulto trabalhador. Revista de Educação AEC., (61): 23-27, 1986.
- HADDAD, S. Educação para além do conhecimento. Travessia., (12): 36-38, 1992.
- HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis, Vozes, 1990.
- ITIOKA, E.L. Relatório de monitoria. São Paulo, 1993. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- JACOBI, P. Atores sociais e Estado. Espaço e Debates., (26): 10-21, 1989 a.
- JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde: São Paulo, 1974-84. São Paulo, Cortez, 1989 b.

- JACOBI, P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. Rev. Adm. Pública, (2): 32-43, 1992 a.
- JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: Cadernos da nona. Brasília, 1992 b. v.1, p.113-20.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.
- MACHADO, L.M.V. Atores sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero. São Paulo, Annablume, 1995.
- MARTINS, J.S. Caminhada no chão da noite: emancipação política e libertação nos movimentos sociais do campo. São Paulo, HUCITEC, 1989.
- MARTINS, J.S. A chegada do estranho. São Paulo, HUCITEC, 1993.
- METODOLOGIA de trabalho com mulheres. s.d. [Documento interno do SOF]
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- MOISÉS, J.A. Contradições urbanas, Estado e movimentos sociais. CEDEC Rev. Cult. Pol., 1: 27-34, 1979.
- MULLEN, P.D. & IVERSON, D. Qualitative methods for evaluative research in health education programs. Health Educ., (may/june): 11-18, 1982.
- MULLIN, M. & NEDER, C.A.P. Perspectivas atuais do movimento de saúde na cidade de São Paulo. São Paulo, 1993. [Trabalho apresentado no 4º Congresso Paulista de Saúde Pública]
- OFFE, C. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: Offe, C. Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. p. 139-77.
- OLIVEIRA, E.M.; CARNEIRO, F.; STORTI, R. Gênero, saúde e trabalho: a dimensão oculta. São Paulo, Sindicato dos Bancários SP-CUT, 1993.

- PAOLI, M.C. Movimentos sociais, cidadania, espaço público: perspectivas brasileiras para os anos 90. Rev. Crít. Ciênc. Soc., (33): 115-33, 1991.
- PINTO, J.M.R. Administração e liberdade: um estudo do conselho de escola à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1996.
- PONTUAL, P. Por uma pedagogia da participação popular. Pólis, (14): 63-8, 1994.
- PROJETO: capacitação dos conselheiros de saúde da zona leste. São Paulo, 1990. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- RELATÓRIO: Curso de formação política para conselheiras do movimento de saúde da zona leste (1º semestre 1987). São Paulo, 1987 a. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- RELATÓRIO: Curso de formação política para conselheiras do movimento de saúde da zona leste (2º semestre 1987). São Paulo, 1987 b. [Documento interno do Movimento de Saúde da Zona Leste]
- ROBERTSON, A. & MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. Health Educ. Q., 21 (3): 295-312, 1994.
- ROMAÑA, M.A. Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama. Campinas, Papirus, 1992.
- ROUANET, S.P. & MAFFESOLI, M. Moderno e pós-moderno. Rio de Janeiro, UERJ, 1994.
- SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-80. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- SILVEIRA, M.L. A trajetória do SOF na memória de suas (seus) profissionais. São Paulo, 1994. [Documento interno do SOF]
- SLATER, D. Nuevos movimientos sociales y viejas preguntas políticas. Revista Foro, (8): 5-19, 1989.
- SMEKE, E.L.M. Educação, saúde e movimento popular. Saúde Deb., (28): 52-5, 1990.

- SPOSITO, M.P. A ilusão fecunda: a luta por educação nos movimentos populares. São Paulo, HUCITEC/EDUSP, 1993.
- STOTZ, E.N. & SILVA JÚNIOR, A.G. Conselhos de saúde como parte de arenas redistributivas: pontuando a questão da equidade. Recife, 1994. [Trabalho apresentado na Oficina de Trabalho "Controle Social no SUS: a prática e os desafios", no 4º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ABRASCO]
- TEIXEIRA, S.M.F. Política de saúde na transição conservadora. Saúde Deb., (26): 42-53, 1989.
- TONES, K. Health promotion, empowerment and action competence. In: Jensen, B.B. & Schnack, K. Action and action competence. Didaktiske studier, 1994. p. 163-83.
- TOWARD a state of esteem. California, California Department of Education, 1990.
- TOURAINÉ, A. Palavra e sangue: política e sociedade na América Latina. São Paulo/Campinas, Trajetória Cultural/Editora da UNICAMP, 1989 a.
- TOURAINÉ, A. Os novos conflitos sociais: para evitar mal-entendidos. Lua Nova, (17): 5-18, 1989 b.
- VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. Participação popular e saúde. Rio de Janeiro, CDDH/CEPEL, 1989.
- VALLA, V.V.; CARVALHO, M.; ASSIS, M. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro, Fiocruz/ENSP, 1993.
- WESTPHAL, M.F.; SASSAKI, T.H.; BARDOU, M.M. Uma experiência de educação participativa num hospital-infantil escola. Relações Hum., (1): 83-96, 1980.
- WESTPHAL, M. F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- WESTPHAL, M.F. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. Saúde e Soc., 3(2): 127-48, 1994.

ZIONI, F. Pesquisa participante: relato e avaliação de uma experiência. São Paulo, 1994.

[Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

ANEXOS

ANEXO 1

**FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA
POPULAÇÃO ALVO DOS CURSOS DE FORMAÇÃO
POLÍTICA DE CONSELHEIROS DE SAÚDE/MSZL**

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:.....

ENTREVISTADORA :

DATA DA ENTREVISTA :/...../.....

1- TIPO DE CURSO/PERÍODO DE REALIZAÇÃO:

1 ☐ LONGA DURAÇÃO - 6 MESES/87 - 88

2 ☐ LONGA DURAÇÃO - 3 MESES/92

3 ☐ MINI-CURSO

2- NOME :

.....

3- SEXO :

1 ☐ FEM.

2 ☐ MASC.

4- DATA DE NASCIMENTO :/...../.....

5- ENDEREÇO/TELEFONE :

.....

6- BAIRRO :

.....

RESULTADO DAS VISITAS

	1a	2a	3a	
1.	☐	☐	☐	Realizada em/...../.....
2.	☐	☐	☐	Recusa
3.	☐	☐	☐	Ausente
4.	☐	☐	☐	Mudou de endereço
5.	☐	☐	☐	Indivíduo falecido ou impossibilitado de responder
6.	☐	☐	☐	Outros. Especificar _____

8- POR QUE PARTICIPOU DO CURSO DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE PROMOVIDO PELO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE ? (motivações e interesses)

.....

.....

.....

.....

9- QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO DE SAÚDE OU EM OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS NA ÉPOCA EM QUE PARTICIPOU DO CURSO ?

.....

.....

.....

.....

10- ATUALMENTE, QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NO MOVIMENTO DE SAÚDE OU EM OUTROS MOVIMENTOS SOCIAIS ? EM CASO NEGATIVO, POR QUE?

.....

.....

.....

.....

11- ATÉ QUE ANO DA ESCOLA A SENHORA FREQUENTOU?

11.1 ATUALMENTE	11.2 DURANTE O CURSO
1 ☐ 1º grau incompleto	1 ☐ 1º grau incompleto
2 ☐ 1º grau completo	2 ☐ 1º grau completo
3 ☐ 2º grau incompleto	3 ☐ 2º grau incompleto
4 ☐ 2º grau completo	4 ☐ 2º grau completo
5 ☐ 3º grau incompleto	5 ☐ 3º grau incompleto
6 ☐ 3º grau completo	6 ☐ 3º grau completo
7 ☐ nunca estudou	7 ☐ nunca estudou
8 ☐ alfabetizado	8 ☐ alfabetizado

12- ATUALMENTE, A SENHORA EXERCE ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO DE TRABALHO?

- 1 ☐ SIM, REMUNERADA
 2 ☐ SIM, NÃO REMUNERADA
 3 ☐ NÃO, DESEMPREGADA (*)
 4 ☐ NÃO, APOSENTADA (*)
 5 ☐ NÃO, ESTUDANTE (*)
 6 ☐ NÃO, DONA-DE-CASA (*)
 (*) PULAR AS QUESTÕES 13 E 14

13- A SENHORA PODERIA DESCREVER O QUE FAZ, ONDE TRABALHA E AS FUNÇÕES QUE EXERCE?

.....

.....

.....

.....

14- QUAL O SEU HORÁRIO DE TRABALHO FORA DE CASA?

.....

15- E NA ÉPOCA DA REALIZAÇÃO DO CURSO: A SENHORA EXERCIA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO DE TRABALHO?

- 1 ☐ SIM, REMUNERADA
2 ☐ SIM, NÃO REMUNERADA
3 ☐ NÃO, DESEMPREGADA (*)
4 ☐ NÃO, APOSENTADA (*)
5 ☐ NÃO, ESTUDANTE (*)
6 ☐ NÃO, DONA-DE-CASA (*)
(*) PULAR AS QUESTÕES 16 E 17

16- A SENHORA PODERIA DESCREVER O QUE FAZIA, LOCAL DE TRABALHO E AS FUNÇÕES QUE EXERCIA?

.....

.....

.....

.....

17- QUAL ERA O SEU HORÁRIO DE TRABALHO FORA DE CASA?

.....

CLASSIFICAÇÃO DE OCUPAÇÃO:

- 1 _____
- 2 _____

18- QUAL O VALOR DO SEU SALÁRIO? (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)**18.1 NO PERÍODO EM QUE PARTICIPOU DO CURSO**

- 1 ☐ sem renda
2 ☐ 1 a 2 sal. mín.
3 ☐ 2 a 3 sal. mín.
4 ☐ 3 a 4 sal. mín.
5 ☐ 4 a 5 sal. mín.
6 ☐ 5 a 10 sal. mín.
7 ☐ + de 10 sal. mín.

18.2 NA DATA DA ENTREVISTA

1 ☐ sem renda	2 ☐ 1 a 2 sal. mín.
3 ☐ 2 a 3 sal. mín.	4 ☐ 3 a 4 sal. mín.
5 ☐ 4 a 5 sal. mín.	6 ☐ 5 a 10 sal. mín.
7 ☐ + de 10 sal. mín.	

19- QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA?

.....

20- O CHEFE DA FAMÍLIA ESTÁ :

1. ☐ TRABALHANDO	2. ☐ DESEMPREGADO
3. ☐ APOSENTADO	4. ☐ OUTRA SITUAÇÃO
5. ☐ OUTRA SITUAÇÃO (EXPLIQUE)	

.....
.....

21- QUAL O TIPO DE TRABALHO QUE ELE FAZ OU QUE FEZ POR ÚLTIMO, LOCAL DE TRABALHO E AS FUNÇÕES QUE EXERCE OU EXERCIA?

.....
.....
.....
.....

22- SE FOR PROPRIETÁRIO DE ESTABELECIMENTO, EXPLICITAR O NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS.

1 ☐ 1 a 2	2 ☐ 3 a 6
3 ☐ 7 a 10	4 ☐ 10 a 15
5 ☐ 15 a 20	6 ☐ + de 20
7 ☐ não se aplica	

23- QUAL A ESCOLARIDADE DO CHEFE DA FAMÍLIA ?1 ☐ 1º grau incompleto5 ☐ 3º grau incompleto2 ☐ 1º grau completo6 ☐ 3º grau completo3 ☐ 2º grau incompleto7 ☐ nunca estudou4 ☐ 2º grau completo8 ☐ alfabetizado**24- QUANTAS PESSOAS MAIS VIVEM NA SUA CASA ?**

Nº DE ORDEM	NOME	PARENTESCO	TRABALHO	SALÁRIO
1		ENTREVISTADA		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

REDA FAMILIAR:

REDA PER CAPITA:

25- A CASA ONDE A SENHORA MORA É ?1 ☐ PRÓPRIA2 ☐ ALUGADA3 ☐ ESTÁ PAGANDO FINANCIAMENTO4 ☐ CEDIDA**26- E NA ÉPOCA DO CURSO: A CASA ONDE A SENHORA MORAVA ERA?**1 ☐ PRÓPRIA2 ☐ ALUGADA3 ☐ ESTÁ PAGANDO FINANCIAMENTO4 ☐ CEDIDA

27- A ÁGUA QUE USA É ?1 ☐ REDE SABESP2 ☐ POÇO/FONTE3 ☐ OUTRO. QUAL ?.....**28- E NA ÉPOCA DO CURSO: A ÁGUA QUE A SENHORA USAVA ERA?**1 ☐ REDE SABESP2 ☐ POÇO/FONTE3 ☐ OUTRO. QUAL?.....**29- O ESGOTO É DESPEJADO EM:**1 ☐ REDE COLETORA3 ☐ VALETA2 ☐ FOSSA**30- E NA ÉPOCA DO CURSO? O ESGOTO ERA DESPEJADO EM:**1 ☐ REDE COLETORA3 ☐ VALETA2 ☐ FOSSA**31- O LIXO É COLETADO?**1 ☐ SIM2 ☐ NÃO. O QUE FAZ ?.....
.....**32- E NA ÉPOCA DO CURSO: O LIXO ERA COLETADO?**1 ☐ SIM2 ☐ NÃO. O QUE FAZ ?.....
.....**33- A CASA TEM ELETRICIDADE ?**1 ☐ SIM2 ☐ NÃO

34- E NA ÉPOCA DO CURSO: A CASA TINHA ELETRICIDADE?

1 ☐ SIM

2 ☐ NÃO

35- QUAL O TIPO DE PISO DA CASA?

1 ☐ TERRA

2 ☐ CIMENTO

3 ☐ LAJOTA

4 ☐ TACO OU ASSOALHO

5 ☐ CARPETE

36- HÁ REVESTIMENTO DE PAREDE NA CASA?

1 ☐ SIM

2 ☐ NÃO

37- HÁ FORRO DE TELHADO NA CASA?

1 ☐ SIM

2 ☐ NÃO

38- HÁ RÁDIO EM CASA ?

1 ☐ SIM

2 ☐ NÃO

39- HÁ TELEVISÃO EM CASA ?

1 ☐ SIM

2 ☐ NÃO

40- DURANTE O CURSO FOI DADA ALGUMA AULA OU FEITA ALGUMA DISCUSSÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO ? EM CASO AFIRMATIVO, QUAL FOI O ASSUNTO ?

.....

.....

.....

.....

41- NA SUA OPINIÃO, ESSES TEMAS FORAM IMPORTANTES PARA VOCÊ, PARA SUA FAMÍLIA OU PARA A ATIVIDADE QUE FAZIA OU IRIA FAZER COM A POPULAÇÃO ? POR QUÊ ?

.....

.....

.....

.....

42-VOCÊ OU ALGUÉM QUE CONHECE ORGANIZOU ALGUMA ATIVIDADE COM A POPULAÇÃO A PARTIR DAS DISCUSSÕES DESSES ASSUNTOS DESENVOLVIDOS NO CURSO ? EM CASO AFIRMATIVO DESCREVA A ATIVIDADE DESENVOLVIDA .

.....

.....

.....

.....

43- VOCÊ GOSTARIA DE FAZER ALGUM OUTRO COMENTÁRIO SOBRE:

- O CURSO

.....

.....

.....

.....

- O MOVIMENTO DE SAÚDE

.....

.....

.....

.....

- O BAIRRO E A COMUNIDADE

.....

.....

.....

CODIFICAÇÃO DE CLASSE SOCIAL:

- 1 ☐ SP
- 2 ☐ PT
- 3 ☐ PNT
- 4 ☐ NPB
- 5 ☐ PBT
- 6 ☐ B

ANEXO 2

**ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA A EQUIPE TÉCNICA,
MONITORES E EX-PARTICIPANTES DOS CURSOS**

- 1-(A) Nome:
- 2-(A) Sexo:
- 3-(A) Escolaridade:
- 4-(A) Profissão:
- 5-(A) Idade:
- 6-(A) Estado Marital:
- 7-(A) Local de Moradia (bairro):
- 8-(A) Há quanto tempo reside neste local (bairro)?
- 9-(A) Está empregado(a)? Onde trabalha?
- 10-(A) Na época da realização dos Cursos de Formação de Conselheiros, você pertencia ao Movimento de Saúde da Zona Leste e Sudeste ou ao Serviço de Orientação à Família?
- 11-(B) Você participou da organização de algum curso? Qual?
- 12-(B) O que você fez durante a fase de organização dos cursos?
- 13-(B) Você participou da execução de algum curso? Qual? O que você fez?
- 14-(C) Qual é, para você, o objetivo do Movimento de Saúde da Zona Leste e Sudeste?
- 15-(D) Qual era, para você, o objetivo dos Cursos de Formação de Conselheiros realizados pelo Movimento de Saúde da Zona Leste e Sudeste?
- 16-(D) Como eram os alunos do curso (idade, sexo, ocupação, escolaridade)?
- 17-(D) Como foi a comunicação com eles?
- 18-(D) Quais os conteúdos abordados nos cursos em que participou?
- 19-(D) Quais foram os mais importantes? Justifique.
- 20-(D) Achou algum desnecessário? Qual? Por que?
- 21-(D) Você acha que deveriam ter sido discutidos outros assuntos? Quais? Por que?

22-(D) Você lembra das metodologias e técnicas que foram utilizadas? Poderia descrever as que você lembra melhor e que foram mais marcantes para você?

23-(D) Por que você acha que se lembra mais destas metodologias e técnicas?

24-(D) Qual a sua opinião sobre o tempo de duração do curso?

25-(E) Na sua opinião, os cursos influenciaram na atuação dos seus participantes no Movimento de Saúde? Por que? E na atuação nos Conselhos de saúde? Por que?

26-(E) Em caso afirmativo, qual o aspecto do curso que contribuiu para isso?

Conteúdos abordados: sim não

Quais?

Por que?

Metodologias e técnicas sim não

Quais?

Por que?

27-(C) Atualmente, que outras atividades você acha que o Movimento de Saúde da Zona Leste e Sudeste poderia organizar no sentido de colaborar para a atuação dos conselheiros?

28- Há algum outro comentário ou observação que gostaria de fazer sobre os cursos?

LEGENDA (a que tema está relacionada cada questão):

(A): Identificação e caracterização dos entrevistados

(B): Planejamento e organização dos cursos

(C): Movimento de Saúde

(D): Caracterização dos cursos

(E): Avaliação dos cursos

ANEXO 3

VAMOS ELEGER O CONSELHO DE SAÚDE

ESTAMOS NOS REUNINDO PARA DISCUTIR AS LUTAS DO MO
ENTO DE SAÚDE E PARA PREPARAR AS ELEIÇÕES DOS CONSE
S. AO TUDO VAMOS REALIZAR 8 ENCONTROS ATÉ A ESCOLHA
 NOSSOS CANDIDATOS AO CONSELHO. CONTAMOS COM A SUA
 PARTICIPAÇÃO !

NOSSO BAIRRO

APRESENTAÇÃO DO GRUPO

VAMOS CONHECER O NOSSO BAIRRO

Inicialmente, para entendermos qual será o traba-
 das Comissões e Conselhos de Saúde, é importante
 ecermos bem o local onde moramos e também as prin-
 is lutas desenvolvidas pelos moradores. Para isso
 s fazer em uma cartolina o mapeamento do bairro, on
 s pessoas vão indicando tudo o que existe: órgãos
 icos, comércio, fábricas, igrejas, praças públicas
 as, mercados, etc.

Feito o mapeamen
 o bairro, vamos
 isar:

Para que serve tu
 to que acabamos
 r? Qual a sua
 dade no bairro?

udo isto tem al-
 relação com nos
 ude? O que é ter
 ?

III - SAÚDE E DOENÇA NO BRASIL

Após a discussão do que é ter saúde, vamos ler al-
 guns dados estatísticos sobre a situação de saúde no
 Brasil, para um maior esclarecimento do grupo.

Em 1.950 a Mortalidade no Brasil se distribuía da
 seguinte maneira:

36% por doenças infecciosas e parasitárias;
 30% por câncer e doenças do aparelho circulatório;
 34% diversas.

Em 1.980 os dados eram os seguintes:

12% por doenças infecciosas e parasitárias;
 42% por câncer e doenças do aparelho circulatório;
 46% diversas.

Comparando 1.950 com 1.980, houve uma mudança im-
 portante nas causas de morte? Por que?

No Nordeste, a mortalidade por doenças infeccio-
 sas e parasitárias em 1.980, era de 29% e no Sul 9% .
 Por que essas taxas não são iguais em todos os estados
 brasileiros?

A Esperança de vida do brasileiro , ao nascer, em
 1.950 era de 52 anos e em 1.985, de 62 anos.

Em 1.940, a nossa taxa de mortalidade infantil era
 de 153 crianças menores de 1 ano por 1.000 nascidos vi-
 vas. Em 1.985, essa mesma taxa passa para 68 por 1000.
 Essas mortes são, em sua maioria, por diarreia, desi-
 dratação, broncopneumonia e uma grande parte decorren-
 te do sarampo.

- 1-) O que significam estes dados para você?
- 2-) Você acha que houve uma melhora? Em quais aspectos? Por que?
- 3-) Você sabia que nos países mais adiantados a taxa de mortalidade infantil fica entre 10 a 12 crianças menores de 1 ano para 1.000 nascidas vivas?

Como estão hoje as doenças parasitárias e infecciosas? Cerca de 80% da população brasileira é vítima de parasitoses. Poderíamos destacar, entre elas, a Esquistossomose (10 milhões de casos), Doença de Chagas (10 milhões de casos), Áscaris (lombriga), Tênia (solitária), Giardia, etc. Entre as doenças infecciosas podemos citar a Tuberculose, a Hanseníase (lepra), AIDS, etc.

Quais as causas dessas doenças e como evitá-las?

Outro dado muito importante que influi na saúde da população é a Nutrição.

Calcula-se que 67% dos brasileiros não comem o mínimo necessário em quantidade e qualidade. A falta de calorias, proteínas e ferro é grave na periferia das grandes cidades e no nordeste do País. Sabemos também que cerca de 500.000 pessoas no Brasil são cegas e que grande parte dos problemas visuais são devidos à falta de vitamina A que se encontra nos vegetais, no leite, nos ovos, etc...

Muitos brasileiros ainda têm o Bôcio (papada) por falta de iodo na alimentação. O iodo se encontra no peixe e em alguns vegetais. Atualmente o governo obriga as indústrias a colocarem iodo no sal de cozinha.

Quais são as causas da desnutrição em nosso País?

Devido à industrialização, ao crescimento das grandes cidades, ao maior tempo de vida da população, ao número crescente de fumantes, etc, observamos que as doenças "crônicas e degenerativas" (cancer, pressão alta, doenças cardíacas, doenças renais, etc.) vão ganhando maior importância e atingindo o conjunto da população.

Outro fato que deve ser lembrado é o grande número de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Em 1.982, havia 1 milhão e 200 mil brasileiros afastados do trabalho, por invalidez permanente decorrente de acidentes de trabalho. A cada ano, temos cerca de 4000 mortes de trabalhadores acidentados no trabalho. Outro problema grave é o das doenças mentais que aparecem como a primeira causa de afastamento do trabalhador do seu serviço.

- 1-) Você conhece pessoas acidentadas no trabalho?
- 2-) Quais são as causas da doença mental?
- 3-) O que temos como recursos de saúde para enfrentarmos todos estes problemas?
- 4-) Como o Governo vem tratando os problemas de saúde da população? Como está a nossa política social e de saúde?

TAREFA PARA CASA: CONVERSAR COM OUTRAS PESSOAS SOBRE TUDO ISSO QUE FOI DISCUTIDO NESTE NOSSO 1º ENCONTRO E CONVIDÁ-LAS PARA O PRÓXIMO ENCONTRO.

O QUE É TER SAÚDE?

Como já discutimos no Encontro anterior, SAÚDE É O RESULTADO DAS CONDIÇÕES DE VIDA QUE TEMOS E VÁRIOS FATORES CONTRIBUEM PARA QUE ELA EXISTA OU NÃO.

RECORDANDO:

Ter saúde significa ter uma vida agradável, sem doenças, com boa alimentação, morando em casas decentes, trabalhando em fábricas limpas e seguras, e ter um salário justo!

I - COMO ESSES FATORES INFLUENCIAM A NOSSA SAÚDE?

- Moradia e Saneamento Básico
- Alimentação
- Transporte
- Trabalho

O Grupo deve analisar, inicialmente, estes fatores e só depois ler o texto abaixo para acrescentar as idéias novas que surgiram.

A saúde depende de vários fatores, entre eles as condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação, de transporte e de trabalho.

Se uma casa é úmida, mal ventilada, não recebe sol, certamente os seus moradores vão adoecer mais facilmente. Todos sabem que o ideal de moradia é que seja sólida, com pelo menos 2 a 3 cômodos para cada 3 pessoas. Por causa dos altos aluguéis e baixos salários, os trabalhadores são obrigados a morar em favelas, cortiços, conjuntos habitacionais sem infraestrutura ou, até mesmo, a ocupar terras ociosas para pressionar o poder público pelo seu direito à moradia. Mesmo aqueles que tem seu próprio terreno constroem suas casas nos fins de semana, sacrificando suas horas de descanso e lazer.

Também não existe saúde onde não há saneamento básico, onde a água é contaminada, os esgotos correm nas ruas sem canalização, os lixos são jogados nos terrenos, tudo isso, favorecendo a criação de ratos, moscas, baratas, etc...

Outro fator de grande importância é a alimentação. Através dos alimentos, o organismo se prepara para defender-se das doenças. Alguns alimentos são melhores que outros, como leite, carne, ovos, porque oferecem mais substâncias para a defesa do corpo. Assim, numa pessoa fraca e mal alimentada, até as pequenas doenças podem provocar grandes estragos e levar à morte.

Como não poderia deixar de ser, o trabalho é um dos fatores fundamentais na vida das pessoas. É do trabalho que as pessoas retiram o rendimento necessário à sua sobrevivência. Com o salário que recebem decorren-

de do trabalho, as pessoas se alimentam, moram, vestem-se e vivem em condições boas ou ruins. Além disso várias doenças são adquiridas no local de trabalho, sem falar nos acidentes que são muitos, no próprio local ou no trajeto de casa ao trabalho.

Os transportes coletivos, além dos riscos e do desconforto, também são fontes de contaminação e transmissão de doenças, devido à superlotação dos ônibus. As pessoas que passam 3 horas diárias num ônibus, que enfrentam filas, vão ficando irritadas e sujeitas a problemas mentais.

Vejamos outros fatores que influenciam a nossa saúde:

- e) Lazer
- f) Educação
- g) Assistência Médica

O lazer é a cada dia mais importante, porque as pessoas precisam se distrair para ter melhor saúde, tanto da mente como do corpo. Que tipo de lazer temos?

Com relação à Educação, para que é necessária? A educação é, e muito necessária para que possamos compreender os nossos problemas e conhecer as formas de resolvê-los. O Governo tem dado prioridade para a educação? Além das escolas, que outras formas de educação você conhece?

Finalmente, o que temos a dizer a respeito da assistência médica? Já vimos que não é com remédio e médico que vamos resolver os problemas de saúde, mas é nosso direito ter uma boa assistência médica. Sabemos que no Brasil a maior parte do dinheiro para a saúde está nas mãos do INAMPS (o antigo INPS). O atendimento aos pacientes do INAMPS é feito por hospitais particulares, cujo principal interesse é o lucro!

- 1-) Que outras situações existem no bairro que prejudicam a saúde da população?
- 2-) Há alguma maneira dos moradores melhorarem as suas condições de vida e saúde?
- 3-) Quem são os responsáveis pela qualidade do atendimento médico prestado à população? De onde vêm os recursos para esse atendimento? De que forma podemos melhorar a qualidade deste atendimento?

TAREFA PARA CASA: VERIFICAR QUANTO É DESCONTADO DO PAGAMENTO DE SEUS FAMILIARES PARA OS ÓRGÃOS PREVIDENCIÁRIOS (INPS, IAPAS, CONVÊNIOS, IAMSPE, IPESP, IPREM HSPM). QUEM PUDE, TRAGA ESSA QUANTIA PARA DISCUSSÃO DO PRÓXIMO ENCONTRO.

A SAÚDE E A SOCIEDADE

Vamos iniciar a discussão com a tarefa de casa que era trazer a quantia descontada do pagamento de seus familiares para os órgãos previdenciários. Fazer essas contas chamando a atenção para o total pago ao APAS (antigo INPS), além dos outros impostos que a família paga. Como o Governo utiliza os impostos que pagamos e as contribuições previdenciárias?

Juntando as contribuições de todos os trabalhadores aos demais impostos (ICM - Imposto de Circulação de Mercadorias; IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados; Imposto de Renda, Predial e outros) que são cobrados dos consumidores, e que já estão incluídos no preço final das mercadorias, dá para pagar todos os serviços que o Governo nos presta. Portanto, a assistência médica não é gratuita! Nós pagamos e muito bem!

O Governo tem a obrigação de nos devolver os impostos através de obras e serviços públicos que atendam às necessidades do conjunto da população. Além da assistência à saúde, cite outros benefícios que são da responsabilidade do Governo.

I - A EXPLORAÇÃO CAPITALISTA

Toda riqueza vem do trabalho. Isto significa que tudo que existe na natureza só tem valor quando é trabalhado pelo homem.

Apesar de toda a riqueza ser produzida pela classe trabalhadora, quem fica com a parte do leão é a burguesia (industriais, banqueiros, fazendeiros e grandes comerciantes), enquanto que para a classe trabalhadora resta apenas um salário miserável que mal dá para o seu sustento e de sua família.

Para aumentar, ainda mais o seu lucro, os patrões usam diversos mecanismos como: longas jornadas de trabalho, rotatividade da mão de obra, trabalho noturno, turnos alternados, arrocho salarial, etc.

Como a classe patronal controla tudo na sociedade capitalista, inclusive o Governo, ela organiza, também, a distribuição das rendas em seu próprio benefício. Por isso é que a cada ano, verifica-se que os pobres ficam cada vez mais pobres, enquanto que os capitalistas ficam cada vez mais ricos. E, para piorar, o Governo está mandando para fora do País boa parte das nossas riquezas, para pagar uma dívida externa que só traz sacrifícios para o povo brasileiro.

I - COMO O SISTEMA CAPITALISTA INFLUI NA SAÚDE?

Para ilustrar melhor esta relação que existe entre a saúde e a exploração capitalista, vamos fazer na dramatização.

OSÊ: Joana, estou preocupado com este tal de capitalismo, que vem arrancando do povo a única gota de saúde que ele tem.

JOANA: Olha, José, dizem que uma boa alimentação faz a gente ter saúde, mas toda vez que vou na feira, os preços estão mais altos e eu compro menos alimentos...

OSÊ: Se eu falo pra você o preço do remédio que fui comprar hoje, você vai se arrepiar toda! É um susto! E acabei voltando pra casa com duas doenças: uma no estômago e outra no bolso.

JOANA: Tem tanto hospital, laboratório, indústria de remédios querendo ficar ricos às custas das doenças dos pobres! Fui visitar a Dona Maria que estava doente do fígado e do estômago. Ela me disse que não ia ficar boa porque o remédio que o Doutor receitou ia custar Cz\$ 1.000,00 e o dinheiro dela só dava para pagar uma viagem de ônibus.

JOSÉ: Sabe, Joana, o sistema capitalista é como uma indústria que fabrica doenças e onde o povo não tem condições de viver bem!

JOANA: É isso mesmo José! E quando precisamos procurar um serviço de saúde somos obrigados a pagar por fora para sermos atendidos. Mas para onde vai o dinheiro do INAMPS?

JOSÉ: Não sei Joana. Só sei que enquanto o INAMPS e os serviços públicos estão abandonados, os hospitais particulares contratados pelo INAMPS e os convênios crescem a olhos vistos. Por que será que isto acontece?

1. A situação vivida pelos personagens da história já ocorreu com você ou com alguém conhecido? Citar, apenas 1 ou 2 exemplos.

2. Na UBS (Unidade Básica de Saúde) do seu bairro tem medicamentos para todos que a procuram?

3. Você sabia que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o tempo de consulta deveria ser de, no mínimo, 15 minutos para cada cliente? Em quanto tempo vocês são atendidos pelo médico, tanto nas UBS, nos consultórios do INAMPS e nos convênios?

TAREFA PARA CASA: REFLETIR SOBRE TUDO ISSO QUE FOI DISCUTIDO A RESPEITO DO SISTEMA CAPITALISTA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE. PENSAR PARA ONDE ESTÁ indo o DINHEIRO DA PREVIDÊNCIA (INAMPS).

MOVIMENTO DE SAÚDE

Em virtude de tudo isso que vimos nos três primeiros Encontros, moradores da nossa região conscientizaram-se da necessidade de se organizarem por melhores condições de saúde. Assim, há cerca de 15 anos foram organizadas COMISSÕES NOS BAIRROS que lutam para que a população tenha um adequado atendimento à saúde.

Mais de 80 bairros participam, atualmente, do Movimento de Saúde da Zona Leste, através de suas Comissões e Conselhos de Saúde, formados por moradores dos bairros. Em muitas outras regiões e cidades o povo também vem se organizando em Movimento de Saúde.

I - OBJETIVOS DO MOVIMENTO DE SAÚDE

- trabalhar por melhores condições de saúde e pela redução da mortalidade infantil;
- exercer o controle popular sobre os órgãos públicos, fiscalizando a qualidade dos serviços prestados e participando nas decisões que são tomadas na área da saúde;
- reivindicar mais verbas para a saúde e que os recursos do INAMPS sejam utilizados na rede pública e não nos convênios particulares;
- lutar contra a medicina de lucro (hospitais particulares com fins lucrativos, hospitais contratados, convênios, medicina de grupo, etc);
- lutar por um Sistema Único de Saúde, público, gratuito e de boa qualidade, garantindo o acesso a todos e controlado pela população organizada em Conselhos de Saúde.

II - NOSSAS LUTAS PARA 1.988

No VI Encontro Anual do Movimento de Saúde foi decidido que, em 1.988, lutaremos prioritariamente por :

- eleição dos Conselhos de Saúde;
- continuidade do PMS (Programa Metropolitano de Saúde) e implantação dos módulos de saúde;
- pela democratização e moralização do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e da Secretaria de Higiene e Saúde, contra o clientelismo, a corrupção, a politicagem e o favorecimento da iniciativa privada;
- saneamento básico: rede de esgoto, estações de tratamento de esgoto, canalização de córregos, contra os lixões, etc.

1. Você conhece o MOVIMENTO DE SAÚDE?
2. Em quais lutas você já participou?
3. Como estão as lutas de saúde no seu bairro?
4. Temos no Movimento 4 Comissões de Trabalho : SANEAMENTO BÁSICO, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE MENTAL e POLÍTICA DE SAÚDE. Em qual dessas Comissões você gostaria de participar? Nos próximos Encontros vamos detalhar as atividades destas Comissões.
5. Quais sugestões de outras atividades você tem para o Movimento de Saúde?

I - COMISSÕES DE SAÚDE

Para lutarmos por melhores condições de saúde, precisamos nos organizar cada vez mais nos bairros. Você sabe o que é uma Comissão de Saúde e como ela funciona? Qual o seu trabalho? Existe alguma em seu bairro?

Todos podem fazer parte da Comissão de Saúde desde que estejam interessados em melhorar o atendimento de saúde no seu bairro, acompanhando as reuniões e as atividades do Movimento. Em nossa Comissão o povo é livre e independente dos órgãos públicos, de entidades e partidos políticos, podendo cada um contribuir com as suas opiniões, seu apoio e seu trabalho. Não tem chefes. As decisões são tomadas nas reuniões.

As Comissões de Saúde ligam-se ao Movimento de saúde através das reuniões das regiões, das assembleias gerais e da Coordenação do Movimento. Quanto mais você participa, maior é a força das Comissões. Cada um deve fazer uma parte das tarefas para que sejam atingidos os objetivos. Você tem algumas idéias de como organizar uma Comissão de Saúde no seu bairro?

- A RELAÇÃO ENTRE AS COMISSÕES E OS CONSELHOS DE SAÚDE.

É a partir da organização da Comissão de Saúde do bairro, que vamos eleger os Conselhos de Saúde, cujas funções serão discutidas nos 2 últimos encontros. O Conselho de Saúde só terá condições de trabalhar bem quando houver uma Comissão de Saúde mais ampla que o ajude nas lutas por melhores condições de saúde.

TAREFA PARA CASA: FAÇA UMA AVALIAÇÃO SE VOCÊ QUER PARTICIPAR DA COMISSÃO DE SAÚDE DO SEU BAIRRO, A FIM DE ELEGER O CONSELHO QUE IRÁ FISCALIZAR OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PARA O SEU BOM FUNCIONAMENTO.

SAÚDE DA MULHER- SAÚDE MENTAL

COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER

Não é de hoje que as questões da Saúde da Mulher vêm sendo trabalhadas pelos mais variados grupos. Porém, sabemos que a solução não está apenas em nossas mãos, dependendo principalmente de uma política de saúde adequada.

A grande maioria do pessoal que luta nos bairros são MULHERES. No entanto, não existe nas UBS (Unidade Básica de Saúde) um programa decente para cuidar dos problemas específicos da Saúde da Mulher.

Discussão em grupo:

- Como você acha que deveria ser o atendimento à mulher nas UBS e hospitais? (Parece que os serviços de saúde, vêm a mulher apenas como um aparelho reprodutor.)

- Se as mulheres são a maioria dos Movimentos Populares, como você vê aqueles que ainda teimam em dizer que elas são o sexo frágil?

- É importante lembrar que o Brasil é um campeão de aborto clandestino. Estima-se que 300.000 mulheres morrem por ano em abortos mal feitos ou provocados pelas mesmas.

- Na sua opinião, por que isso acontece?
- Será que a mulher engravida sozinha?
- Por que só a mulher tem que pensar em evitar a gravidez?
- Na UBS de seu bairro tem atendimento adequado para a mulher desde sua adolescência, passando pela vida adulta, pela menopausa até chegar à velhice?

* Existe uma proposta do Movimento de Saúde, através da Comissão de Saúde da Mulher, de se formar grupos de discussão a respeito do problema de atendimento à saúde da Mulher nas UBS e nos hospitais. Entretanto há necessidade de que haja orientação técnica (médico, assistente social, enfermeira, psicólogo). Esses grupos podem ser formados de acordo com a idade da mulher (adolescente, idade reprodutora, idade adulta, menopausa, velhice).

Para que isso aconteça é necessário que além dos técnicos haja colaboração das mulheres para começarmos a trabalhar pelos nossos DIREITOS ou seja defender a Saúde Integral da Mulher. Precisamos de seu apoio, companheira, contamos com você na COMISSÃO DE SAÚDE DA MULHER.

COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL

Uma das 4 Comissões de trabalho do Movimento de Saúde da Zona Leste é a de Saúde Mental.

Falar de Saúde Mental é muito mais do que falar sobre Juqueri e outros hospitais psiquiátricos que existem por aí. É analisarmos juntos com a Comissão e Conselhos de Saúde o que leva o indivíduo a ficar louco, é falar dos sofrimentos que não nos deixam viver, participar, gritar, lutar, chorar, sorrir.

O GRUPO DEVE FAZER UM JOGRAL

- Para ficar louco precisa pouco, nós temos mais motivos para enlouquecer do que pra ficar sadio.

- A Receita é bem conhecida:

- Junte uma porção de desempregados com bolsos vazios, mais uma casa alugada com ordem de despejo, um punhado de famílias numerosas.

- Acrescente a fome de todo dia, as promessas dos políticos, o preço da condução, os preços da feira e do pão.

- Misture também o esgoto a céu aberto, sem esquecer as verminoses, o preço do remédio, a péssima assistência médica.

- Misture e reserve.

- Prepare com cuidado o recheio à parte.

- Um operário acidentado no trabalho em turno, a raiva do trabalhador contra o patrão, a briga do marido e mulher, o morador da COHAB, o apito da fábrica, o ônibus cheio, a mulher grávida e despedida, o desprazer sexual, a criança que não passa de ano na escola.

- Bata bem, bata mais, até virar uma massa bem pastosa.

- Acrescente uma pitada de "Calmante" prá ninguém ter indigestão e querer gritar, cuspir fora e não aceitar esse saboroso Bolo.

- Enfeite-o de sorrisos, disfarces, falsas liberdades, falsa participação e falsos prazeres...

- Pronto. Está prontinho para servir...

Discuta no grupo:

Servir a quem?

Será que estou ajudando a fazer o bolo?

Quem vai comer o bolo?

Quem irá servi-lo?

Hospício é o lugar para gente louca?

Por que querem nos enlouquecer?

A quem interessa um monte de gente sofrendo? Sem poder falar, sem se gostar?

Por que os serviços de Saúde Mental não falam nestas coisas? E enchem a gente de remédio e internação?

Se você está interessado em desfazer este bolo, ou mudar a receita com coisas mais gostosas e que fazem a gente ser feliz. Participe da Comissão de Saúde Mental. Isto que quando entendermos este bolo, não vamos fazer parte dele ou simplesmente comê-lo sem questionar os ingredientes. Venha dar sugestões para uma nova receita de bolo que não seja este, mas sim o BOLO DA FELICIDADE E DA LIBERDADE.

SANEAMENTO BÁSICO E

POLÍTICA DE SAÚDE

Você sabe o que é Saneamento Básico?

- Água encanada e de boa qualidade;
- Canalização e tratamento de esgotos;
- Canalização dos córregos;
- Coleta e tratamento do lixo;
- Combate à poluição;
- Preservação das áreas verdes.

Discuta no grupo:

No seu bairro já tem rede de esgoto?

Nas COHABs, a rede de esgoto é despejada nos bairros vizinhos. Você acha isto correto? Como fica a população desses bairros?

Tem problema de lixo na sua rua?

Existe córrego que dá enchente no seu bairro?

Você sabe os problemas que traz o lixo ou aterro sanitário?

Existe um grande número de doenças causadas por falta de saneamento básico, por exemplo, leptospirose, diarreias, problemas de pele, hepatite, verminoses, doenças trazidas pelos ratos e insetos. Quais você conhece?

Se você está interessado em participar dessa Comissão deixe seu nome e endereço para que a Comissão entre em contato com você.

COMISSÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE

Responda no grupo:

1. Como somos atendidos no C.S. ou PAM de nosso bairro?
2. A gestante que fez o pré-natal no C.S. ou PAM e está no final da gestação para onde é encaminhada?
3. O que acontece quando precisamos de internação ou de um tratamento especializado?
4. Por que ocorre tudo isso?
5. Você já ouviu falar em Módulo de Saúde?

Módulo

Como funciona?

Módulo de Saúde, uma antiga reivindicação do Movimento de Saúde, é uma forma de organizar os serviços de saúde, integrando-os e garantindo a solução da maioria dos problemas dentro do próprio bairro na UBS (Unidade Básica de Saúde, C.S. ou PAM).

O que deve ter na UBS?

Este atendimento é para todos independente da pessoa pagar ou não o INAMPS, ter ou não convênio. Quando houver necessidade de tratamento, exame mais especializado ou internação, o doente será encaminhado para esses serviços com data marcada pela própria UBS. Nos casos mais graves deverá ser solicitado o transporte em ambulância.

Por que esta política ainda não está sendo efetivamente implantada?

De fato, as UBS funcionam mal e não resolvem os problemas dos pacientes que a procuram. Por outro lado existem poucos hospitais públicos, tanto do INAMPS como do Estado ou da Prefeitura, porque a maioria das verbas da saúde ainda são repassadas para os hospitais e clínicas particulares que lucram com a doença do povo.

A organização dos serviços de saúde, a participação da população nestes, o funcionamento do INAMPS, das Secretarias de Estado e Município, a distribuição das verbas da área da saúde, etc., fazem parte do que se chama política de saúde.

Todas essas questões passam hoje pela Constituinte onde já foram aprovados no primeiro turno, depois de muita luta:

- Saúde como direito de todos e dever do Estado;
- Sistema Único de Saúde, envolvendo apenas os serviços públicos;
- Controle do poder público sobre os hospitais e clínicas particulares;
- Convênios serão feitos, preferencialmente, com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;
- A saúde do trabalhador fará parte do Sistema de Saúde;
- Será proibida a venda de sangue, órgãos e etc.;
- Participação da população em todos os níveis.

Outros temas importantes de política de saúde são: a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), colocando os serviços do INAMPS sob a responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde e a proposta de municipalização de todos os serviços básicos de saúde. Estes e outros assuntos são debatidos na Comissão de Política de Saúde.

Venha participar desta Comissão onde discutimos como enfrentar, no dia a dia, o descaso das autoridades com a saúde pública, para conquistarmos cada vez mais melhorias no nosso atendimento e ampliarmos nossos espaços de participação.

CONSELHOS DE SAÚDE

I - OS CONSELHOS DE SAÚDE

O Conselho de Saúde é uma maneira da população participar organizadamente do controle da qualidade dos serviços de saúde, influenciando nas decisões dentro das UBS. Os Conselhos são previstos em lei, havendo um estatuto que regulamenta as suas atribuições.

Seu trabalho no dia a dia é: incentivar a população a utilizar os serviços públicos de saúde, verificar a qualidade do atendimento, reivindicar recursos humanos, materiais e financeiros para a UBS junto com a Comissão de Saúde e os usuários, influir nos programas de saúde, propor mudanças no atendimento, etc.

As reuniões do Conselho devem ser feitas, pelo menos uma vez por mês, junto com a diretoria da UBS e de mais funcionários.

1. O que você acha deste trabalho?
2. Existe Conselho de Saúde no seu bairro?
3. Vamos dramatizar uma reunião do Conselho?
4. Você gostaria de ser um Conselheiro?

II - A ELEIÇÃO DOS CONSELHOS

A Comissão de Saúde, como já dissemos, vai organizar a eleição do Conselho e deve continuar trabalhando junto com os conselheiros eleitos para dar forças ao Conselho.

Como fazer uma boa eleição do Conselho? Como fazer para que o Conselho eleito seja realmente representativo dos moradores do bairro? Queremos ouvir a sua opinião sobre isso, para junto escolhermos o melhor caminho. (discussão com o grupo).

MOVIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS

entamos alguns pontos do Regimento Interno que
rado pelo Movimento e aprovado depois pelo Go

eleições devem ser abertas à participação de
lação. Assim os conselheiros terão mais for -
defender os interesses do povo;

úmero de representantes do Conselho será, no
e 10 pessoas efetivas e mais seus suplentes .
bairros e vilas que frequentam a UBS devem es
sentados;

lquer pessoa pode ser candidata, contanto que
interesse em melhorar as condições de saúde
irro. Não precisa ser matriculada, mas deve
bairro atendido pela UBS;

candidatos poderão apresentar-se através de
e vão concorrer às eleições. A chapa do Movi-
Saúde em cada bairro será formada após a dis-
ste caderninho;

funcionários da UBS também podem ser candida-
esentando a população, e para isso devem mo-
irro;

eleição será através do voto direto, secreto ,
que serão providenciadas pela direção da UBS;

votantes serão os moradores do bairro, alfabe
ou não, maiores de 15 anos;

votação e na apuração dos votos é necessário
pação de pelo menos um funcionário da UBS, re
ido a Secretaria da Saúde;

lia da eleição será definido por uma Comissão
ticipação do povo e da Secretaria da Saúde
deverá ser amplamente divulgada, inclusive na

PARA CASA:

QUEM AINDA ESTIVER INDECISO DEVE CONTINUAR PEN
GOSTARIA DE SER UM CONSELHEIRO DE SAÚDE, POIS
IO ENCONTRO VAMOS FORMAR A NOSSA CHAPA;

CONVITE-MOS O GRUPO PARA FAZER UMA VISITA A UBS

A ELEIÇÃO DOS CONSELHOS

Neste Encontro, será defi
nida a CHAPA DO CONSELHO DE
SAÚDE, com os nomes que foram
indicados nas reuniões reali
zadas em nosso bairro.

Também será indicada a CO
MISSÃO ELEITORAL, que irá en
caminhar as providências ne-
cessárias para a realização
das eleições.

Esta Comissão será forma
da por 3 ou 4 membros de ca
da chapa e mais um funcioná
rio das Secretarias de Saú-
de (Estadual e Municipal) ,
que trabalhe ou não na UBS.

A eleição será direta com cédulas onde deverá estar
escrito o nome da chapa que irá compor o CONSELHO DE
SAÚDE. O eleitor deverá assinar a lista de presença que
acompanha a urna.

Antecedendo o período antes das eleições, deverá ha
ver divulgação da chapa através de boletins, cartazes ,
(com os nomes dos candidatos) enfim, o que for possível
para a divulgação da CHAPA DO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZO
NA LESTE. Cada bairro deverá discutir as formas e os
meios de comunicação.

Será organizada a eleição de acordo com a realidade
de cada bairro. Deverá ser verificado quais são os lo-
cais onde há maior concentração de moradores, a fim de
que se possa passar um número adequado de URNAS VOLAN-
TES, colhendo votos (feiras, igrejas, mercados, escolas
etc.).

Um fiscal de cada chapa (MEMBROS DA COMISSÃO ELEITO
RAL) deverá acompanhar a urna volante.

Uma ou mais urnas deverão ficar fixas na UBS para
que se possa colher votos dos usuários.

Cada bairro decidirá quantas urnas serão necessárias
para a eleição e o número de cédulas a serem utiliza-
das.

AS SECRETARIAS DE ESTADO E MUNICÍPIO deverão forne-
cer todos os materiais necessários para as eleições (

Os encaminhamentos dessa ELEIÇÃO serão feitos pela COMISSÃO PARITÁRIA, composta por membros da COORDENAÇÃO DO MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE e de OUTRAS REGIÕES E MUNICÍPIOS QUE TAMBÉM ELEGERÃO CONSELHOS DE SAÚDE NESTE ANO, E REPRESENTANTES DAS SECRETARIAS DE HIGIENE E SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DO ESTADO.

As eleições já têm como data definida para o seu início, o dia da 2ª ETAPA DA CAMPOLIO, que será em agosto.

A APURAÇÃO DOS VOTOS será feita pela COMISSÃO ELEITORAL em cada Bairro e deverá ocorrer num mesmo dia para todos os bairros.

OS CONSELHOS ELEITOS TOMARÃO POSSE NUM MESMO DIA E LOCAL PARA MOSTRAR A FORÇA DA NOSSA UNIÃO;

CONCLUIR A LISTA DE CANDIDATOS, ANOTANDO SEU NOME COMPLETO, R.G. OU C.I.C. E ENDEREÇO (COM CEP E TELEFONE).

Depois dos Conselhos eleitos para as UBS, vamos nos preocupar com outros Conselhos para os níveis mais gerais (Módulos de Saúde, Comissões Interinstitucionais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, etc). Estes Conselhos serão formados pelos conselheiros já eleitos nos bairros.

Na 1ª Reunião do Conselho de Saúde eleito, deverão ser escolhidos os 2 representantes (1 efetivo e 1 suplente) que irão fazer parte do Conselho do Módulo.

ANEXO 4

CADERNO DE POLÍTICA DE SAÚDE

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE **2**

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Reuniões da Coordenação do Movimento de Saúde da Zona Leste

2º sábados do mês às 14:30 horas
Rua Flores do Piauí, 170
CIFA - Itaquera - São Paulo
Telefones para contato
Zulmira: 944.6560
Isa: 919.6099

Elaborado pelo curso de formação de conselheiros do movimento de saúde da Zona Leste.

MAIO/87
ILUSTRAÇÕES: ÉTON

APRESENTAÇÃO

Este caderno resultou da experiência do nosso 1º curso de Formação Política para conselheiros do Movimento de Saúde da Zona Leste.

Escrever sobre esse assunto é difícil não só por ser polêmico mas também porque a organização do Sistema de Saúde está sempre mudando.

Foi preciso ousar, esperando que esta contribuição ajude os companheiros do movimento de Saúde e demais interessados a pensar sua participação organizada no sentido de mudar este Sistema de Saúde que lucra sobre a doença do povo. Fazer esta mudança significa repensar toda a realidade social, política e econômica que está aí.

POLÍTICA DE SAÚDE

O que é política?

Deveria ser a maneira como são tratadas todas as coisas que interessam a sociedade, por exemplo: como vão ser empregadas as verbas, quais as prioridades na educação, na habitação, na saúde, etc...

De fato, na política estão em jogo os interesses de classes sociais diferentes que buscam o poder para atingir seus objetivos.

Para a burguesia o objetivo é o lucro, para o trabalhador, uma vida melhor.

Você acha que Política interessa ao povo?

O povo faz Política? Como?

Qual a função dos partidos políticos?

Como você vê esta função na prática?

O que é saúde?

Se representássemos a Saúde assim:

O que você colocaria na ponta das outras flechinhas?

O que vai determinar com
se esta balança vai para um
lado ou outro?

Quem são os responsáveis pe
la saúde do povo?

Sugestão:

Divida as pessoas em grupos
e dê material para elas elabo-
rarem um cartaz ou uma cola-
gem sobre o que elas acham
que é saúde. Discuta os tra-
balhos com o grupo.

O que é política de saúde?

Agora já sabemos o que é po-
lítica e o que é saúde pode-
mos juntos fazer uma defini-
ção de política de saúde. Es-
creva abaixo a sua definição.

O responsável pela política
de saúde no Brasil é o Minis-
terio da Saúde no âmbito fede-
ral que passa suas diretrizes
para as Secretarias de Saúde
em nível estadual e municipal.
Muito pouco estes órgãos con-
seguem fazer porque de fato a
estrutura existente é mínima em
relação às necessidades da po-
pulação que depende para sua
saúde de maiores investimen-
tos em todos ministérios que
trabalham com a área social.

Os serviços públicos em ge-
ral não tem prestígio junto à
população, são esvaziados,

pois não atendem bem, não re-
solvem os problemas de saúde,
não tem profissionais adequa-
dos.

O serviço público na sua o-
pinhão poderia funcionar bem?

O que seria necessário para
isto ocorrer?

Inamps

É o INAMPS que dispõe de dinheiro o que faz para a saúde?

O INAMPS tem sido alvo de inúmeras críticas nos noticiários: as fraudes, a corrupção, a má administração, o rombo dos cofres. Vejamos alguns problemas do INAMPS que são reconhecidos por ele próprio:

Repassa de verbas para o setor privado que para obter lucro piora a qualidade da assistência.

O INAMPS pouco investe nos seus serviços próprios.

Burocracia excessiva.

Os ambulatorios não resolvem os problemas de saúde havendo um número excessivo de internações.

O Purrural foi extinto passando o atendimento do homem ao campo para o INAMPS, enquanto o atendimento não mudou ficando a maior parte

dos serviços do INAMPS localizados nas grandes cidades.

A assistência na área odontológica é mínima ficando restrita na sua maioria a extrações de dentes.

A assistência farmacêutica é mínima não conseguindo a CEME fornecer os remédios que os segurados necessitam.

Tendo em vista estes problemas o INAMPS a partir de

1983 mudou a maneira de pagar aos hospitais contratados e instituiu o convenio AIS - Ações Integradas de Saúde. Você sentiu a partir das AIS uma mudança importante na forma do INAMPS trabalhar?

Propostas para Reflexão e Discussão:

Quando o Caderno de Saúde ficou pronto, já havia duas modificações na organização dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo:

- a) Estadualização do INAMPS
- b) Municipalização dos Serviços de Saúde.

a) **Estadualização do INAMPS:** quer dizer que todos os serviços dos ambulatórios e hospitais do INAMPS em São Paulo passam a ser administrados pela Secretaria de Saúde do Estado. Houve uma unificação de órgãos: não é o sistema único de saúde. O Secretário de Saúde, Sr. Pinotti passou a acumular duas funções:

- Superintendente do INAMPS
- Secretário de Saúde.

A partir de junho o Secretário administra os recursos do INAMPS - 46 bilhões de cruzados e da Secretaria Estadual de Saúde - 10 bilhões de cruzados: total de 56 bilhões de cruzados.

b) **Municipalização dos Serviços de Saúde dos Municípios,** inclusive o do Município de São Paulo: quer dizer os serviços primários de saúde (unidades básicas de saúde, ambulatórios) passam a ser administrados pelos Municípios, através de convênios com o Estado.

O Sistema Único de Saúde, aprovado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, propõe uma Política Nacional de Saúde, com adaptações regionais. O principal é a promoção da Saúde e não apenas o atendimento do doente. O acesso aos serviços de saúde é favorecido para todos e o controle dos serviços é feito pela população. A Municipalização dentro deste Sistema Único de Saúde deveria vir acompanhado de fortalecimento do poder local e de uma redução da tributária (dos impostos) que garante recursos para o Município. Podemos dizer que a proposta do Governo de São Paulo está sendo implantada em São Paulo e no Sistema Único de Saúde? É a Reforma Sanitária? Se não, quais são os objetivos do Governo? O que está por trás dessas reformas?

Hoje em Brasília, na Assembleia Nacional Constituinte, discute-se:

- Reforma Sanitária
- Propostas de Saúde para a Constituinte

Mas o Ministro da Previdência e Assistência Social, Raphael de Almeida Magalhães, desconhecendo o processo de discussão, numa jogada política, para continuar a concentrar verbas em seu Ministério, antecipa-se e decide implantar por conta própria em vários Estados o que ele "entende" ser a Reforma Sanitária.

A proposta do Movimento para a Reforma Sanitária é que os Recursos de Saúde, devam estar em um só Ministério.

O novo Ministério da Saúde.

Porém, para o Ministério da Previdência, isso não interessa.

Propõe um plano para deixar tudo como está, o que é muito ruim.

- O INAMPS, continua subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, e com ele a maior parte do orçamento de Saúde.

- Com os Convênios de Estadualização do INAMPS na prática concentra-se nas mãos do Secretário Estadual de Saúde. (Pinotti em São Paulo).

- Influência, poder, dinheiro, favorecendo nomeações políticas e o uso eleitoral da máquina administrativa.

- O Governo não pretende tocar nos interesses dos empresários, donos de hospitais e laboratórios, portanto a maior parte das verbas do INAMPS continua indo para a medicina privada.

- Os serviços de saúde não melhoraram nada, continuam cada vez piores.

- O Secretário centraliza em suas mãos todas as decisões. Não abriu a discussão de seus planos nem para os profissionais de Saúde, quanto mais para a população.

- O Governo continua a mentir quando fala de participação popular e controle dos serviços de saúde.

O Secretário, Sr. Pinotti, tem medo de discutir com a população da Zona Leste os rumos da saúde no Governo Odebrecht. Não aceitou o convite do Movimento de Saúde da Zona Leste para ir lá.

O Sr. Pinotti, quando chamado para depor pelos deputados, na Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa proibiu os Movimentos e Entidades de Saúde de fazer perguntas para ele.

- Para os funcionários dos diversos órgãos está uma confusão. Ninguém sabe como irá ficar. Atualmente tudo está como antes: todos continuam com seus regimes de trabalho, contratos e salários inerentes no exercício das mesmas funções.

É neste momento que se reúnem várias entidades e movimentos de saúde na Plenária de Entidades e Movimentos de Saúde propondo uma luta conjunta. É o momento para nos unirmos para dizer não a esta política de descaso com a saúde lutando por:

- Um Sistema de Saúde Único, Público, Gratuito e de Boa Qualidade, com a participação da população para decidir. É necessária a organização dos movimentos e mobilização da população para rebuviar estas manobras demagógicas em caravanas à Secretaria de Saúde, atos públicos e assembleias nos bairros.

MOVIMENTO DE SAÚDE
ZONA LESTE

Programa Metropolitano de Saúde — P.M.S.

A população já vem participando da elaboração das políticas de saúde há bastante tempo. O P.M.S. surgiu do Projeto Piloto de São Mateus, que foi um trabalho conjunto

entre técnicos das Secretarias de Saúde e o Movimento de Saúde de São Mateus. Em 1984 o programa foi aprovado e começou a ser implantado em 1985.

O que é este Programa ?
Você já ouviu falar de M-
DULO DE SAÚDE ?

Módulo

Como funciona ?

Modulo e uma nova forma de organização dos serviços de saúde que se apoia no convênio AIS e tem por objetivo um atendimento integrado, com planejamento a nível local e que garanta a resolução dos problemas de saúde. Deverá atender uma população de 50.000 habitantes. Isto significa que:

Os PAM e C.S. passam a ser chamadas Unidades Básicas de Saúde, devendo funcionar bem resolvendo a maioria dos problemas de saúde. Para isto deverão contar com todos os recursos necessários para atender a população do bairro, independente de idade, de ser segurado ou não do INAMPS. Assim não será necessário a pessoa sair do bairro para receber a maioria dos casos de doença. Também são responsáveis pelas ações de prevenção de doenças (vacinas, orientações de saúde, etc). Quando houver necessidade de internação, a pessoa deve-

rá ser encaminhada para o Hospital Geral de sua região que deverá ter pelo menos as seguintes especialidades: Pronto Socorro, Pediatria, Ginecologia, Maternidade, Ortopedia, Psiquiatria, Clínica Médica e Cirúrgica (para pequenas e médias cirurgias). Este Hospital Geral mais o Ambulatório de Especialidades que deverá funcionar junto a ele deverão estar capacitados para atender a maioria dos casos a eles encaminhados.

c. Se a pessoa necessitar de um atendimento ainda mais especializado ela será encaminhada pela U.B.S. ou Hospital para onde houver estes serviços.

Para construir, reformar e equipar as U.B.S. os Ambulatórios e Hospitais o governo do Estado de São Paulo, pressionado pela população, buscou verbas junto ao Banco Mundial - 55,5 milhões de dólares, de sendo por sua vez contribuir com 39,6 milhões de dólares e a Prefeitura de São Paulo com

26,5 milhões de dólares. Os recursos necessários para contratar e treinar pessoal e, manter funcionando as unidades deverão vir dos orçamentos do Estado, Município e através das AIS.

Este programa numa primeira fase está sendo implantado prioritariamente nas seguintes áreas:

1. Itaquera - Guaianazes
2. Freguesia do Ó
3. Maua
4. Cotia
5. Caieiras

Na área de Itaquera Guaianazes estavam previstos inicialmente os seguintes Módulos de Saúde:

1. Itaquera
2. Santa Marcelina
3. São Mateus
4. Guaianazes

Recentemente através de um estudo da EMPLASA estão previstos outros 5 módulos na área do ERS 5 entre eles: São Miguel, Ermelino Matarazzo, Itaim.

A pressão popular através do Movimento de Saúde da Zona Leste teve grande importância para a concretização deste programa. Através deste programa vêm sendo construídas unidades básicas, alguns hospitais já foram equi-

pados ou estão sendo construídos como o de Itaquera, Maua, São Mateus.

Vários problemas têm surgido com as mudanças de governo. Em São Mateus, Itaquera, Santa Marcelina e Guaianazes está sendo implantada a políti-

ca de Módulo de Saúde? Como?

Sugestão: dramatize com o seu grupo o funcionamento de um Módulo de Saúde.

Caminhos atuais da política de saúde

8ª Conferência de saúde

Em março de 1986 foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde na qual participaram delegados indicados pelos órgãos institucionais de saúde e também representantes

dos movimentos populares, sindicatos, partidos, etc... A iniciativa privada se recusou a participar. Alguns aspectos foram ressaltados neste encontro:

a. Saúde é resultado das condições de vida, direito de todo cidadão, responsabilidade do Estado.

b. A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar num sistema único que integre as ações de saúde que estão dispersas nos vários Ministérios. Pela proposta da 8ª Conferência o Ministério da Saúde deverá se integrar com o INAMPS, sendo o sistema de Saúde coordenado

a nível federal por um único Ministério. A nível estadual e municipal deve haver também um comando único. Este sistema deve obedecer os seguintes princípios:

- Todas as áreas carentes e sem assistência devem ter serviços públicos de saúde.
- Integrar as ações de saúde

- preventivas e curativas.
- Favorecer a participação da população através de Conselhos a nível federal, estadual, municipal e local no planejamento, administração, execução e avaliação das ações de saúde.
- Fortalecer o papel do município.

- . Promover atendimento público de boa qualidade.
- . Respeitar a dignidade dos usuários.
- . Fornecer remuneração digna e condições adequadas de trabalho aos servidores da saúde.

Este sistema deve ter como meta ser progressivamente estatizado. O relacionamento do poder público com a rede privada de saúde deve fundamentar-se no controle efetivo do

estado sobre esta rede. A existência das AIS não deve ser motivo para retardar a implantação do sistema Único de Saúde.

c. Devera ser criado um fundo Único de Saúde a nível federal, Estadual e Municipal, com diversas fontes de receitas. Os recursos que vêm dos salários deverão ser substituídos por recursos que vêm dos ganhos do capital (lu-

cos), das empresas federais, estaduais e municipais, deverá constar uma porcentagem fixa mínima destinada à saúde, por exemplo 10%.

Para colocar em prática estas propostas foi criada uma Comissão Nacional da REFORMA SANITÁRIA que elaborou algumas propostas para o Congresso Constituinte, mas que tem caminhado muito devagar e encontrado resistências nos setores conservadores.

O que é reforma sanitária?

A Reforma Sanitária esta para a saúde assim como a Reforma Agrária esta para a questão da terra no campo. Ela pretende levar adiante as propostas de mudanças na área da saúde que foram discutidas na 8ª Conferência. Mas para isto acontecer depende da força de pressão de alguns setores organizados como Sindicato dos trabalhadores, forças populares, funcionários e técnicos de saúde.

O setor privado lucrativo na saúde, representando os interesses dos grandes grupos nacionais e internacionais da área de saúde, organizou sua própria conferência e no Congresso Constituinte vem se articulando com os deputados e senadores mais conservadores para impedir a aprovação e a implantação da Reforma Sanitária. Com isto pretendem resguardar seus lucros, impedindo a estatização mesmo que pro-

gressiva dos serviços de saúde e o controle popular dos mesmos.

Como você vê as propostas da 8ª Conferência que são a base para a Reforma Sanitária?

E a população o que está fazendo hoje em relação às questões da política de saúde?

E A POPULAÇÃO O QUE ESTÁ FAZENDO HOJE EM RELAÇÃO ÀS QUESTÕES DA POLÍTICA DE SAÚDE ?

Algumas discussões e propostas têm sido feitas a nível de entidades e movimentos de saúde resultando

na Emenda de Iniciativa Popular de Saúde a ser enviada com pelo menos 30.000 assinaturas para o Congresso Constituinte. Sabemos que neste Congresso predominam as ideias mais conservadoras estando bem re-

presentado o setor privado lucrativo da Saúde. A população terá que se organizar para fazer muita pressão fortalecendo os parlamentares progressistas e garantindo nossas principais propostas.

E o Movimento de Saúde?

O Movimento de Saúde da Zona Leste visando a implantação de uma nova política de saúde definiu no seu V Encontro anual realizado em março de 87 os seguintes caminhos:

Em relação a participação Constituinte:

Discutir nossas propostas na área de saúde, participar da coleta de assinatura para a Emenda de Iniciativa Popular, organizar junto com outros movimentos pressão popular sobre o Congresso Constituinte.

b. Lutar desde já pela Integração dos Serviços de Saúde, pela implantação dos Módulos e para que o INAMPS invista prioritariamente nos serviços públicos de saúde.

c. Priorizar este ano a luta pelo Saneamento Básico na Zona Leste (coleta e tratamento de esgotos e lixo, canalização de correções, etc....)

d. Conscientizar o movimento e a população em geral sobre os temas Política de Saúde, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Abastecimento.

Serão formadas Comissões de Trabalho para estes fins, responsáveis também pelo encaminhamento das lutas específicas.

e. Portalecer o trabalho dos Conselhos e Comissões de Saúde através da luta pelo Saneamento e demais e também dos Cursos de Formação Política. Participar da CLIS e do CTA do ERSa. Renovar os Conselhos no 1º semestre de 1988.

f. Organizar melhor a coordenação e as regiões para conseguir estes objetivos.

No seu bairro e região como estão estes trabalhos?

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Elton

movimento de saúde da Zona Leste

O movimento de saúde nasceu na Zona Leste notadamente na região de São Mateus e Jardim Nordeste a partir de 1974.75, fruto de pequenos grupos que se organizavam nas vilas para reeivindicar das autoridades melhores condições de vida e saúde. A população, começando a ter clareza de seu direito à saúde e a importância de os equipamentos públicos funcionarem decentemente, inicia a luta por postos de saúde e hospitais públicos, se organizando nas Comissões de Saúde.

Em 1978 e eleito o primeiro

Conselho de Saúde no Jardim Nordeste. No momento contamos com cerca de 50 conselhos de saúde que são uma representação oficial da população dentro do centro de Saúde, lutando pela qualidade do atendimento público a saúde.

Os eixos básicos do nosso movimento são:

1. Construção, ampliação e manutenção de postos de saúde e hospitais públicos.

2. Controle popular das diversas unidades de saúde, funcionamento e qualidade de atendimento, através dos Conselhos de Saúde, eleitos democratica-

mente pela população. Na última eleição votaram cerca de 200.000 pessoas.

3. Reivindicações dos serviços essenciais à promoção da saúde (água, coleta e tratamento do lixo, esgoto, abastecimento, etc)

4. Contra a medicina do lucro (medicina privada) pela saúde pública de boa qualidade para todos e com controle popular.

Atualmente temos o movimento funcionando em diversas regiões: São Mateus, Itaquera, Itaim, São Miguel, Ermelino, Guaianazes, Vila Prudente e Penha.

CADERNO DE POLÍTICA DE SAÚDE

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE

3

O CONTRÔLE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO

APRESENTAÇÃO

É antiga a luta do Movimento de Saúde da Zona Leste pelo Sistema Único de Saúde, público, gratuito, de boa qualidade, com controle da população e sua participação efetiva nas decisões. Neste momento em que algumas destas propostas começam a ser colocadas em prática, nos propomos a melhor conhecer, discutir e divulgar as políticas de saúde para que nossa participação se torne mais efetiva e eficaz na conquista de nossas principais reivindicações. Este caderno é fruto de nossos trabalhos no Projeto de Formação Política dos Conselheiros de Saúde da Zona Leste. Contém uma Síntese dos Seminários sobre Comissão de Gestão realizados nas regiões de Itaquera, Sapopemba, São Mateus e Tatuapé, sendo uma colaboração dos nossos militantes para a formação dos usuários que irão integrar as Comissões de Gestão dos serviços de saúde, proposta pela atual Secretaria Municipal de Saúde.

Movimento de Saúde da Zona Leste

2º semestre 1989

1 - Reforma Sanitária - 8ª Conferência de Saúde

A proposta de Reforma Sanitária parte de uma idéia ampla do que é saúde e procura reorganizar o Modelo de Atenção à Saúde através da integração dos serviços de saúde e sua subordinação a um único comando em cada nível de governo.

Esta proposta ganhou espaço a partir da 8ª Conferência de Saúde, realizada em Brasília em 1986, onde participaram representantes das instituições de saúde (Secretaria de Saúde, Inamps, etc.) e organizações populares de saúde (Sindicatos, Entidades, Movimentos).

2 - A Saúde na Constituição Federal

O texto aprovado na Constituição Federal em 1988 incorporou grande parte das propostas da 8ª Conferência e sua proposta de Reforma Sanitária.

Principais pontos definidos pela Constituição Federal:

- Saúde é um direito de todos e dever do Estado que deve ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas.

- As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade.

- O poder público é responsável pelo serviço público de saúde, podendo contratar terceiros (iniciativa privada) para atendimento complementar. Normas de direito público conferem ao governo um poder de controle e de intervenção sobre os hospitais e clínicas particulares conveniados.

- O Sistema Único deverá executar ações de "Saúde do Trabalhador".

- É proibida a comercialização do sangue, seus derivados e órgãos do corpo humano.

3 - Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (S.U.S.) foi portanto aprovado na Constituinte Federal, sendo regulamentado mais de um ano depois em dezembro de 1989 através da Lei Orgânica da Saúde.

Pela Lei Orgânica da Saúde o Inamps que até o final de 1989 funcionava dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi transferido para o Ministério da Saúde, passando o comando da saúde a nível federal a ser único. Está previsto comando único também a nível estadual e municipal. Entretanto a Lei Orgânica da Saúde ainda manteve os Escritórios Regionais do Inamps com seus cargos e máquina administrativa, que deverão funcionar sob o comando da Secretaria Estadual da Saúde. O Comando único a nível municipal será fortalecido, pois, segundo as Constituições Federal e Estadual é prevista a descentralização dos serviços

de saúde, o que deverá ser ainda mais reforçado na Lei Orgânica do Município.

Foi regulamentada a participação popular na gestão dos serviços públicos de saúde através dos Conselhos Federal, Estadual, Municipal e Comissões gestoras locais. A representação da população nestes Conselhos em todas instâncias -do nível federal ao local- é paritária em relação ao conjunto dos demais representantes, isto significa que 50% dos representantes serão dos usuários e 50% do governo, trabalhadores da saúde, etc...

O atendimento à saúde passa a ser universal, isto é, é independente da pessoa ser previdenciária ou não, ter convênios, etc...

Assim através do S.U.S. o usuário terá direito aos diversos níveis de atendimento à saúde que estão organizados segundo sua complexidade em:

a) Serviços Primários

- Unidade Básica de Saúde (U.B.S.)
- Pronto Socorro (P.S.)
- Pronto Atendimento (P.A.)

Devem resolver
80% dos problemas
de saúde

b) Serv. Secundários

- Hospital Geral
- Ambulatório de Especialidades

Devem resolver mais 10% do problemas de saúde

a) e b) juntos devem dar a resolução a 90% dos problemas de saúde.

c) Serviços Terciários

- Hospitais Especializados
- Hospitais de Especialidades
- Hospitais Universitários

O S.U.S. e a Medicina de Lucro

No momento o S.U.S. não cortaria todos os convênios com a iniciativa privada, hospitais e clínicas particulares, pois sua contratação, complementando os serviços públicos, está prevista nas Constituições Federal e Estadual. No momento, nos locais onde os serviços públicos, principalmente hospitais, não sejam suficientes para atender a população, os serviços privados poderão ser contratados, mas lutamos para que estes serviços sejam

também controlados pela população.

Os movimentos de saúde constantemente denunciam o boicote da medicina de lucro, que vive pressionando o poder público para não perder seu meio de enriquecimento em cima das doenças do povo. Lutamos portanto para que futuramente todo o dinheiro público seja aplicado na construção e melhoria da qualidade dos serviços públicos de saúde.

4 - O S.U.D.S.

Que é o S.U.D.S.?

É o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, não é o Sistema Único de Saúde (S.U.S.): é um convênio entre o Inamps e as Secretarias Estaduais de Saúde que foi estabelecido a partir de 1987 com o objetivo segundo eles de ir caminhando em direção ao S.U.S.. E através deste convênio que a Secretaria de Saúde recebia as verbas para os convênios com serviços privados e para repasse às prefeituras (convênios de municipalização). Não deverá mais existir, uma vez que já foi regulamentado o S.U.S..

Em São Paulo, com a implantação do S.U.D.S.:

- Em vez de descentralização, tivemos concentração dos poderes nas mãos do Secretário de Saúde Pinotti.

- Em vez de participação popular, tivemos a recusa do Sr. Pinotti de receber a população, de aceitar o controle popular nas instâncias de decisão do S.U.D.S..

- Em vez de atendimento universal e integral, tivemos o atendimento de linha de produção dos P.A.'s (Pronto Atendimento).

- Em vez de unificação e organização tivemos os desentendimentos entre as instituições e a falência total do sistema de saúde.

- Em vez de controle rígido sobre os serviços privados, continuaram as fraudes, a corrupção.

- Em vez de transparência, até hoje não sabemos onde foram empregadas as verbas do Inamps.

5 - As Políticas da S. M. de Saúde de São Paulo

A Secretaria Municipal tentando colocar em prática as diretrizes do S.U.S. propõe:

a) Descentralização do poder dentro da S.M.S. (Secretaria Municipal de Saúde), criando 10 Administrações Regionais de Saúde (A.R.S.) que serão Unidades de Despesas.

Estas regionais serão progressivamente subdivididas em Distritos de Saúde que funcionarão como módulos de Saúde (integração dos hospitais, U.B.S. e ambulatórios de especialidades).

Mapa das Administrações Regionais da Saúde (A.R.S.)

ARS 1

- CENTRO

ARS 2

- LAPA
- BUTANTÃ

ARS 3

- V. PRUDENTE
- JABAQUARA
- IPIRANGA

ARS 4

- PENHA
- TATUAPÉ

ARS 5

- ITAQUERA
- GUAIANAZES

ARS 6

- SÃO MIGUEL

ARS 7

- SANTANA
- TUCURUVI
- FREGUESIA DO Ó

ARS 8

- PERUS
- PIRITUBA

ARS 9

- SANTO AMARO
- PARELHEIROS

ARS 10

- CAMPO LIMPO

b) **Democratização na gestão administrativa**, criando as comissões de gestão Tripartite (Comissões Gestoras)

em todas as instâncias da administração municipal.

Assim Temos:

Existe também a nível municipal uma Plenária de Entidades e Movimentos interessados na questão de Saúde, que constitui um espaço de participação para toda entidade ou movimento que queira

contribuir para solucionar os problemas de saúde do município. A partir desta plenária foi eleito o Conselho Municipal de Saúde cuja estrutura até dezembro era a seguinte:

Conselho Municipal de Saúde

PLENÁRIA

**Entidades e Movimentos interessados
na questão de Saúde de São Paulo**

6 - Trabalhadores de Saúde
1 - Não Lucrativos
1 - Lucrativos

3 - Movimentos Populares
3 - Sindicatos
1 - Associação de Doentes
1 - Patronais

Prefeitura
Estado
Gov. Federal
Universidade
Câmara

No Encontro Municipal de Saúde em dezembro foi proposta a seguinte modificação no Conselho Municipal de Saúde: 8 representantes das instâncias institucionais, 8 representantes dos trabalhadores da saúde e 12 representantes dos usuários. Esta

modificação visa aproximar este Conselho dos Conselhos do S.U.S. regulamentados na Lei Orgânica da Saúde, que prevê participação paritária: metade representantes da população, metade representantes do governo e trabalhadores da saúde.

Estrutura da Comissão de Gestão na Região de Saúde

Obs: A Comissão de Gestão do Distrito seria semelhante a da Região

Estrutura da Comissão de Gestão nas Unidades Básicas de Saúde

6 - Municipalização dos Serviços de Saúde

A discussão sobre a Municipalização dos Serviços de Saúde vem desde a 8ª Conferência de saúde passando pelas Constituintes Federal e Estadual.

O Movimento de Saúde da Zona Leste tomou posição favorável à Municipalização e vem lutando pela mesma.

- Divulgando e discutindo com os militantes o por quê da municipalização.
- Participando em Assembléias com Secretário Municipal de Saúde.
- Organizando a caravana do dia 28/06/89 junto com outros movimentos com 2.000 participantes à Secretaria Estadual de Saúde, cujo principal motivo era a luta pelo S.U.S. e pela Municipalização, denunciando o caos dos serviços públicos de saúde.
- Participando das Comissões Paritárias entre a SES e a SMS para

discutir e negociar a Municipalização dos serviços de saúde.

Mas por que municipalizar?

- Descentralizar o poder de decisão, aproximando o mesmo dos usuários.
- Contribuir para que o município seja autônomo, fortalecendo o mesmo.
- Facilitar a participação dos usuários no controle e fiscalização do sistema de saúde.
- Instituir o comando único dos serviços de saúde sob controle do município dentro da proposta do SUS.
- Facilitar o acesso às informações e a cobrança da transparência na administração.
- Trazer recursos para o município.
- Planejar a nível local, facilitando a identificação dos problemas de saúde e a gestão dos serviços.

Proposta de Municipalização dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo

a) Municipalização de todos serviços de saúde primários e secundários:

U.B.S., P.A., Pronto Socorro, Laboratórios, Hospitais Gerais, Ambulatórios de Especialidades, Atividades de Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

b) Municipalização das atividades de controle dos serviços privados de saúde.

c) Participação nas decisões pela população usuária e funcionários através das Comissões de Gestão.

d) Fundo Municipal de Saúde onde os recursos da área de saúde serão centralizados.

e) Proposta de novo modelo de atenção a saúde que será discutido mais adiante.

f) Política de recursos humanos: valorização do pessoal, treinamento e reciclagem para o trabalho, participação e isonomia salarial (salário igual para trabalho igual).

Por que ainda não aconteceu a Municipalização em São Paulo?

O S.U.D.S. no estado de São Paulo priorizou os convênios de municipalização com as prefeituras onde tinha interesses eleitorais e de favorecimentos políticos.

Desde janeiro de 1989, o SUDS deixou de repassar a verba que o município tem direito (Convênio Ais) e tem dificultado a assinatura do convênio da

municipalização. Quer municipalizar apenas os Postos de Saúde (U.B.S.) e não os Hospitais Públicos e Ambulatórios de Especialidades do Inamps.

Atualmente o SUDS continua alegando que não tem dinheiro para pagar a dívida com a Prefeitura e o convênio de Municipalização, e espera recursos do Inamps.

7 - Modelo de Atenção à Saúde

Todos nós sabemos como é o Modelo de atenção à saúde atual: dá prioridade à assistência médica curativa “em linha de produção”, não pesquisa as causas das doenças, não vê o indivíduo como todo, não valoriza a participação do funcionário e da população; isto dentro

de um sistema de saúde que ainda vê a doença como fonte de lucro, apesar das políticas dizerem o contrário.

As consequências disto estão no péssimo atendimento que a população bem conhece.

Princípios para o Novo Modelo de Atenção À Saúde

a) A saúde do indivíduo é resultado de suas condições de vida em determinado sistema político social e econômico. Portanto não basta buscar mudanças nas políticas de saúde, mas em todas as demais políticas que deverão constituir um novo sistema político - social e econômico.

b) Pesquisar e localizar as causas das doenças no bairro, nas moradias, nos ambientes de trabalho. O indivíduo faz parte de um grupo social e adoece devido às suas condições de vida e trabalho.

As ações de saúde devem portanto dar conta não só do indivíduo como da comunidade a que ele pertence (bairro, trabalho, cidade) que também está doente.

Estas causas e suas consequências devem ser discutidas com o indivíduo e a

coletividade, incentivando-os a se organizar e lutar para eliminar as causas das doenças.

c) Enfrentar as desigualdades sociais e desigualdades do atendimento à saúde propondo soluções diferentes para situações diferentes, isto quer dizer que as prioridades do atendimento devem

ser de acordo com as necessidades dos diferentes indivíduos e grupos sociais.

d) Criar condições para que a população organizada participe nas decisões sobre seu atendimento de saúde através de Conselhos, Movimentos, Comissões, etc., que devem atingir desde o nível local (UBS) até os níveis de comando superiores.

e) Criar condições para que a população venha a se organizar: Grupos de atendimento visando criar a consciência do coletivo e o incentivo a participação, palestras, reuniões, etc...

f) O Indivíduo deve ser visto como um todo e portanto tratado integralmente e não apenas uma parte de seu corpo: o pé, o estômago, a mente, etc... Para que isto aconteça é necessário que ele seja tratado por uma equipe consciente multiprofissional: o médico, o psicólogo, a enfermeira, o especialista, o auxiliar, etc...

g) Deve-se aliviar a dor imediata do indivíduo, dando-lhe um pronto-atendimento, mas também garantir a continuidade do tratamento com a retaguarda necessária: exames, consultas especializadas, internação hospitalar, etc... Para que isto aconteça é fundamental a integração dos serviços de saúde.

h) Deve-se garantir a solução do problema de saúde do indivíduo nos serviços adequados a cada caso e não o mesmo ser jogado de lá para cá e de cá para lá. Isto é chamado de resolutividade.

i) Buscar mudanças na relação médico-paciente, funcionário-paciente relação esta que não seja de autoridade-subordinado, professor-aluno, mas de respeito mútuo, confiança, troca de experiências e repasse de conhecimentos.

j) Formar, treinar e reciclar os funcionários buscando a consciência profissional do atendimento à população, valorizando e humanizando seu trabalho ao mesmo tempo.

8 - Comissão da Gestão da Unidade de Saúde

a) Composição

A composição proposta pela administração foi questionada, achando a maioria que poderia ser mudada sendo isto competência do Conselho Municipal.

A composição proposta é igualitária: 3, 3, 3 ou 2, 2, 2 ou mais favorável à população.

Um dos motivos do questionamento foram as dificuldades dos representantes da população, que buscam uma maior representatividade.

Houve uma proposta inicial de 1 ano na composição proposta pela administração para em seguida uma avaliação

De preferência os representantes da população não devem ser funcionários.

b) Caráter

A comissão de gestão é deliberativa nas questões referentes a U.B.S., mas antes deve estudar as questões e consultar as partes interessadas: o

conselho de saúde, a população usuária e os funcionários.

c) O que a Comissão de Gestão pode tratar

- Recursos humanos e materiais para a UBS (exemplo: treinamento de funcionários, reivindicações de recursos para a UBS, etc.)
- Organização do atendimento de saúde, visando uma melhor qualidade do mesmo.
- Orçamento de Unidade.
- Diagnóstico de saúde do bairro.
- Plano de saúde da UBS, adaptação dos programas da Secretaria à realidade local.

d) O que a Comissão de Gestão não pode tratar

- Contratar e demitir funcionários.
- Decidir sozinha questões que atinjam outras UBS e equipamentos de saúde.
- Interferir em questões de ética dos profissionais (consulta a prontuários por exemplo).
- Questões específicas das categorias profissionais que devem ser resolvidas a nível de sindicato.
- Decidir fora das diretrizes gerais da SMS, do SUS, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

e) A Escolha dos Representantes da População

- Onde houver conselho de saúde, os representantes devem ser membros do conselho, votados dentro do conselho.
- O conselho deve convocar uma Assembléia divulgando a Comissão de Gestão, apresentando os seus candidatos para o referendo da população.

- Onde não houver conselho, deve-se formar uma comissão de saúde (Movimento de Saúde) com pessoas que já atuam na comunidade local. Esta comissão convocaria uma Assembléia, divulgada amplamente no bairro, para a escolha dos representantes. Esta comissão teria um prazo para eleger o Conselho de Saúde da unidade que daria respaldo para os representantes da população na comissão de gestão.

- Os representantes da população devem ter seus respectivos suplentes, e podem ser substituídos a qualquer momento desde que não cumpram bem seu papel ou faltem três vezes consecutivas às reuniões.

- Proposta de mandato: dois anos, com avaliação constante, e direito a reeleição.

f) Requisitos para os Representantes da População

- Ter visão da política de saúde e da realidade do bairro.

- Ser participante de movimento popular.
- Ter compromisso com a população.
- Ser democrático.
- Ter disponibilidade e coragem.
- Responsabilidades: defender sempre os interesses da população, seguir as diretrizes do Movimento de Saúde.
- Não faltar às reuniões e compromissos assumidos.
- Não buscar privilégios para si ou outros.
- Pontualidade.

g) Papel do Representante da População

- Representar os interesses do bairro e sua população.
- Fazer a ligação com o Conselho, os movimentos, as entidades e a população.
- Pesquisar continuamente os usuários e os problemas do bairro.

h) Papel da Chefia

- Executar e acompanhar no dia-a-dia as atividades decididas na Comissão de Gestão.
- Não tomar decisões individuais, trabalhar junto com a comissão, assessorar a Comissão de Gestão e repassar informações.

- É necessário continuar o contato direto da chefia com o Conselho e Movimento.

i) Interferência da Comissão de Gestão do Distrito

- A Comissão da UBS é autônoma. Poderá haver interferência da Comissão de Gestão do Distrito se a comissão local se afastar das diretrizes gerais da administração.
- Se a Comissão Local estiver com dificuldades deve pedir ajuda ao Distrito.

j) Regimento

- Deve haver regimento único para todas as Comissões de Gestão.

9 - Diferenças entre o papel do Conselho de Saúde e da Comissão de Gestão

- Os Conselhos de Saúde são braços do movimento popular dentro da administração para defender os interesses e organizar a população usuária juntamente com a comissão de

saúde devendo portanto existir, independente de ter dois de seus integrantes na comissão de gestão.

Vejamos as diferenças entre o papel de um e do outro:

Papel do Conselho de Saúde na U.B.S.

- Pesquisar as condições de vida e os problemas de saúde do bairro e os serviços de saúde existentes.

- Fazer propostas para o plano de trabalho da UBS: tipo de atendimento, programas de saúde, organização dos serviços, etc...

- Prestar informações aos usuários e à população em geral sobre a UBS e a saúde. Contribuir para a formação da mesma.

- Fazer a ligação entre a população e a UBS (os serviços) incentivando o uso dos mesmos.

- Fiscalizar o atendimento de saúde, zelando por sua qualidade.

- Organizar e conscientizar a população, incentivando-a à participação.

- Levar as lutas de saúde locais específicas e outras reivindicações do bairro.

- Fazer a ligação com o Movimento de Saúde, participando das lutas gerais de saúde.

Papel da Comissão de Gestão da U.B.S.

- Elaborar o plano de saúde da UBS, após pesquisa no bairro das condições de vida, saúde e equipamentos existentes. Acompanhar e avaliar a execução do plano de saúde.

- Elaborar o orçamento da UBS.

- Levantar as necessidades da UBS: recursos humanos, materiais e manutenção necessários.

- Divulgar seus objetivos e seu trabalho para conhecimento dos funcionários, do Conselho e da população usuária.

- Organizar os serviços da UBS de acordo com as diretrizes da SMS.

- Propor treinamentos para funcionários quando necessário.

- É responsável pelo bom atendimento na UBS.

- Trazer e buscar informações da SMS e outros órgãos competentes.

- Avaliar se as chefias colocam em prática as decisões da Comissão de Gestão.

- O papel das chefias é de responsabilidade pela administração dos serviços de saúde, a execução dos planos de saúde da UBS, e a organização dos serviços do dia-a-dia.

10 - Relações da Comissão de Gestão

a) Relação da Comissão de Gestão com o Conselho e o Movimento de Saúde

Comissão de Saúde ---> Movimento de Saúde---> Pressão às autoridades.

A Comissão de Gestão não é o princípio nem o fim do processo. Os dois representantes do conselho na Comissão de Gestão, cujo papel é defender os interesses dos usuários e da população em geral, devem estar estreitamente unidos ao Conselho de Saúde, ao Movimento de Saúde e aos usuários em geral, para poder executar seu papel e não vir a ser cooptados pela administração.

A Comissão de Gestão deve se reunir mensalmente com o Conselho de Saúde.

Os representantes dos usuários devem ser representativos de todo o bairro. A Comissão de Saúde é fundamental para que o trabalho do Conselho de Saúde não se limite. Assim ela busca preservar as diretrizes e a linha do Movimento de Saúde dentro dos conselhos, mas ao mesmo tempo consulta e obtém a participação de outros movimentos e entidades e da população em geral,

visando o fortalecimento do trabalho dentro do bairro.

Abrir a reunião do Conselho de Saúde para outros movimentos e entidades que queiram participar ou fazer trabalhos conjuntos. Nestas reuniões conjuntas o conselho deve preparar antes para garantir uma correta visão da política e modelo de atenção à saúde.

b) Relação da Comissão de Gestão com o bairro (Creches, Escolas, Comunidades, Entidades, Movimentos Populares, etc...)

A Comissão de Gestão visita e pesquisa o bairro e seus equipamentos conhecendo a realidade local diretamente ou através do Conselho de Saúde ou de outros funcionários como assistente social, visitador sanitário, etc..

A Comissão de Gestão fiscaliza e orienta os equipamentos, as comunidades, entidades, movimento em relação aos problemas de saúde, ao mesmo tempo que informa os mesmos sobre as atividades e serviços da UBS.

A Comissão de Gestão pode pedir colaboração ou fazer junto com os mesmos programas específicos de saúde.

A Comissão de Gestão deve se fazer representar nas reivindicações de saúde do bairro.

c) Relação da Comissão de Gestão com os usuários

O Conselho de Saúde informa sobre o trabalho da Comissão de Gestão para o usuário. Mas existe também uma relação direta entre os usuários e as chefias ou Comissão de Gestão.

O livro de queixas e sugestões é um bom instrumento de comunicação, mas devem haver outros instrumentos de divulgação: mural, boletim, reuniões, etc...

A comunicação é essencial na relação do usuário com a Comissão de Gestão.

A Comissão de Gestão deve também incentivar a participação e organização dos usuários.

A participação de outras pessoas sendo usuários ou não nas reuniões da Comissão de Gestão deve ser submetida a apreciação da mesma.

A Comissão de Gestão pode realizar reuniões periódicas com os usuários e representantes de equipamentos, entidades e movimentos do bairro.

Um bom momento seria para apresentar o plano de saúde da UBS ao bairro, tirar prioridades, adaptar os programas às realidades locais.

d) Relação da Comissão de Gestão com funcionários

É necessário fortalecer os representantes dos usuários pois em geral é mais fácil haver união entre objetivos da administração e funcionários do que os mesmos com os objetivos dos usuários. Esta relação em geral é difícil principalmente na aceitação por parte dos funcionários dos representantes da população na Comissão de Gestão.

A Comissão de Gestão propõe reuniões, treinamentos para funcionários quando necessário.

Para o funcionário e usuário entender o seu papel nesta administração é necessário entender as políticas de saúde (como a municipalização, o modelo de atenção a saúde) conhecer a realidade do

bairro, a necessidade de sair da visão estreita da UBS.

Mas ele também deve entender que existem questões como: salário, condições de trabalho que devem ser tratadas nas suas organizações sindicais e não esperar tudo da administração. A Comissão de Gestão deve partir de um processo educativo e ter propostas para convencer ideologicamente o funcionário.

A execução das decisões da Comissão de Gestão no dia-a-dia tomando as medidas necessárias ao bom funcionamento da unidade é papel das chefias.

Sumário

1 - Reforma Sanitária - 8ª Conferência -----	03
2 - A Saúde na Constituição Federal -----	03
3 - Sistema Único de Saúde -----	04
4 - O S.U.D.S. -----	06
5 - Política da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo -----	07
6 - Municipalização dos Serviços de Saúde -----	12
7 - Modelo de Atenção à Saúde -----	14
8 - Comissão de Gestão da Unidade de Saúde ----	16
9 - Diferenças entre o papel da Comissão de Gestão e do Conselho de Saúde -----	18
10 - Relações da Comissão de Gestão -----	20

Caderno Política de Saúde nº 3

Tiragem: 3000

**Paginado Eletronicamente : Comunicação Assessoria,
Consultoria, Planejamento e Editora Ltda. - Fone: 229 5097**

Diagramação e Arte: Éton - Fone: 703 1474

MOVIMENTO DE SAÚDE ZONA LESTE
REUNIÕES COORDENAÇÃO: 5ª FEIRAS - 08:30 Às 12:00 HS.
LOCAL: CIFA - RUA FLORES DO PIAUÍ Nº 173 - ITAQUERA
FONE PARA CONTATO: 297 3834 / 297 0703

CADERNO DE POLÍTICA DE SAÚDE

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE **4**

CONSELHO POPULAR DE SAÚDE

**UM CAMINHO PARA
A ORGANIZAÇÃO
POPULAR**

APRESENTAÇÃO

O MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E SUDESTE ACABARAM DE ELEGER SEUS CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE.

FOI UM TRABALHO QUE EXIGIU SEIS MESES DE PREPARAÇÃO, BAIRRO A BAIRRO, ENVOLVENDO TODAS AS LIDERANÇAS DO MOVIMENTO.

ACREDITAMOS QUE ESTES CONSELHOS SÃO DE FATO UM CAMINHO PARA A ORGANIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM TORNO DAS LUTAS NO BAIRRO, VISANDO O FORTALECIMENTO DOS MOVIMENTOS POPULARES E A UNIFICAÇÃO DAS LUTAS.

PARA VOCÊ CONSELHEIRA(O) QUE FOI ELEITA(O) PELA POPULAÇÃO DO SEU BAIRRO A FIM DE ORGANIZAR AS LUTAS E REPRESENTAR A POPULAÇÃO PERANTE AS AUTORIDADES, APRESENTAMOS ESTE 4º CADERNO DE POLÍTICA DE SAÚDE, COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O INÍCIO DE SUA ATUAÇÃO E ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO E LUTAS DO SEU CONSELHO.

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE E SUDESTE

2º semestre 1991

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAPÍTULO 1 - O QUE É SAÚDE?

ESCOLHA A DINÂMICA PREFERIDA PARA O GRUPO COMEÇAR A PENSAR: "O QUE É SAÚDE?"

DINÂMICA Nº 1: JOGAGEM EM PEQUENOS GRUPOS: (PROVIDENCIAR CARTOLINA OU PAPEL MANILHA, COLA, TESOURAS, PINCEL ATOMICO E REVISTAS VELHAS).

DINÂMICA Nº 2: DESENHO INDIVIDUAL OU COLETIVO.

Discuta cada desenho ou colagem com o grupo

REFLITA:

- * PORQUE EM GERAL, O POVO ACHA QUE TER SAÚDE É TER ASSISTÊNCIA MÉDICA, REMÉDIOS, HOSPITAL E CENTRO DE SAÚDE?
- * COMO O GOVERNO PENSA O QUE É SAÚDE?
- * O QUE ELE (GOVERNO) APRESENTA COMO SOLUÇÃO PARA A SAÚDE?

COMPARE:

A DEFINIÇÃO DO QUE É SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL COM AS SO
LUÇÕES QUE OS GOVERNOS NOS APRESENTAM:

CAPÍTULO DA SAÚDE - CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art.196 "A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso Universal e Igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LEI 8.080 DE 19/09/90) QUE REGULAMENTA O
O CAPÍTULO DA SAÚDE DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DIZ:

Art.3º "A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

COMO ESTÁ A SAÚDE

CAPÍTULO 2 - NO SEU BAIRRO?

ESCOLHA A DINÂMICA PREFERIDA PARA O GRUPO REFLETIR COMO ESTÁ A SAÚDE NO SEU BAIRRO.

DINÂMICA Nº 1: FAZER NUMA CARTOLINA O MAPEAMENTO DO BAIRRO ONDE AS PESSOAS VÃO LEVANTAR TUDO O QUE EXISTE: ex: órgãos públicos, comércio, fabricas, Igrejas, córregos, feiras, moradias, terrenos vagos, linhas de ônibus, etc...

VAMOS CONVERSAR:

* QUAL A RELAÇÃO DE CADA COISA QUE MAPEAMOS NO BAIRRO COM A NOSSA SAÚDE?

* O QUE O CONSELHO POPULAR DE SAÚDE PODE FAZER PARA MELHORAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NO SEU BAIRRO?

DINÂMICA Nº 2: DIVIDA O GRUPÃO EM PEQUENOS SUB-GRUPOS, E DÊ A CADA GRUPO, PAPEL MANILHA OU FOLHA DE SULFITE E PINCEL ATÔMICO ONDE AS PESSOAS VÃO RELACIONAR:

1) DE QUE AS PESSOAS ADOECEM OU MORREM NO SEU BAIRRO?	2) QUAIS AS CAUSAS DE CADA DOENÇA OU TIPO DE MORTE APONTADAS.	3) COMO PREVENIR CADA DOENÇA OU TIPO DE MORTE APONTADAS?

CAPÍTULO 3 - COMO ESTÁ A SAÚDE NO MUNICÍPIO?

AGORA QUE VOCÊ JÁ VIU COMO ESTÁ A SAÚDE NO SEU BAIRRO, VAMOS VER COMO ESTÁ A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

A SAÚDE É UMA DAS MARCAS DA DESIGUALDADE NO MÜNICÍPIO DE SÃO PAULO.

EM 1986, O RISCO DE MORRER NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ANTES DE COMPLETAR UM ANO DE VIDA ERA DE 36 CRIANÇAS EM CADA 1000 CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS.

ESTE RISCO SE DISTRIBUI DESIGUALMENTE QUANDO COMPARAMOS DIFERENTES BAIRROS, COMO POR EXEMPLO: EM GUAIANAZES, O RISCO DE MORRER ANTES DE COMPLETAR UM ANO É 7,7 VEZES MAIOR DO QUE NO SUB-DISTRITO DE CERQUEIRA CÉSAR (ÁREA PRÓXIMA À AVENIDA PAULISTA). NA REALIDADE, ESTES DADOS NÃO SÃO MUITO DIFERENTES DA SITUAÇÃO DA SAÚDE NO NOSSO PAÍS.

HÁ 67 MILHÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 19 ANOS NO BRASIL. SEGUNDO DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 51% DELAS (34 MILHÕES) PERTENCEM A FAMÍLIAS POBRES E METADE DESTAS CRIANÇAS VIVEM NO NORDESTE, A REGIÃO MAIS CARENTE DO PAÍS. A MORTALIDADE INFANTIL NO NORDESTE É DE 103 CRIANÇAS MORTAS EM CADA 1000 VIVAS, SENDO QUE NO SUDESTE ESTA TAXA DIMINUI PARA 45 CRIANÇAS MORTAS EM CADA 1000 NASCIDAS VIVAS, ASSIM, EM SÃO PAULO COMO NO BRASIL, A SAÚDE TEM A VER COM AS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO.

O PAULISTANO VIVE EM MÉDIA 65 ANOS, SENDO QUE ESTE NÚMERO DIMINUI NOS ESTADOS DO NORTE E NORDESTE E AUMENTA NOS ESTADOS DO SUL.

É IMPORTANTE DESTACAR:

- **DEFICIÊNCIA FÍSICA/MENTAL** (SABEMOS QUE O NÚMERO DE DEFICIENTES FÍSICOS E MENTAIS NO MUNICÍPIO É ALTÍSSIMO. EM ITAQUERA ESTE ÍNDICE CHEGA A 14%.

COMO SOMOS UMA CIDADE EM PROCESSO DE URBANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, O NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS ESTÁ TAMBÉM EM ALTA: doença do aparelho cardio-respiratório, tumores, doenças neurológicas, etc.).

ENFIM, EM NOSSO MUNICÍPIO, CONVIVEMOS COM UMA SITUAÇÃO GRAVE DO PONTO DE VISTA MÉDICO-SANITÁRIO, À MEDIDA QUE DOENÇAS E SITUAÇÕES EVITÁVEIS ESTÃO OCORRENDO E LEVANDO AS PESSOAS ÀS DOENÇAS E À MORTE.

**PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE POR FAIXA ETÁRIA
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

FAIXA ETÁRIA	1ª causa de morte	2ª causa de morte	3ª causa de morte	4ª causa de morte
00 04	PERINATAIS (Lesões ao nascer)	PNEUMONIAS	DESIDRATAÇÃO E DIARRÉIA	CONGÊNITAS (Defeitos ao nascer)
05 09	ACIDENTES	TUMORES	PNEUMONIAS	CONGÊNITAS
10 14	ACIDENTES	HOMICÍDIOS	TUMORES	PNEUMONIAS
15 29	HOMICÍDIOS	ACIDENTES	TUMORES	PNEUMONIAS
30 39	ACIDENTES	HOMICÍDIOS	TUMORES	CEREBRO-VASCULARES(Derrames)
40 44	TUMORES	CEREBRO-VASCULARES	ISQUÊMICAS DO CORÇÃO(Infar- tes + Aciden- tes	HOMICÍDIOS
45 49	TUMORES	CEREBRO-VASCULARES	ISQUÊMICAS DO CORÇÃO	ACIDENTES
50 69	TUMORES	ISQUÊMICAS DO CORÇÃO	CEREBRO-VASCULARES	OUTRAS FORMAS DE DOENÇAS DO CORÇÃO
70 emais	ISQUÊMICAS DO CORÇÃO	TUMORES	CEREBRO-VASCULARES	OUTRAS FORMAS DE DOENÇAS DO CORÇÃO

DO QUE AS PESSOAS ADOECEM E MORREM ?

PARA SE CONSEGUIR MEDIR AS DOENÇAS QUE OCORREM NAS PESSOAS QUE MORAM NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E DO QUE ELAS MORREM, SÃO UTILIZADOS DADOS QUE PERMITEM CALCULAR INDICADORES DE SAÚDE.

ESTES INDICADORES VEM DEMONSTRANDO QUE:

- AS DOENÇAS DO CORAÇÃO (SISTEMA CIRCULATÓRIO) SÃO AS QUE MAIS MATAM A POPULAÇÃO EM GERAL;
- SE ANALISARMOS AS CAUSAS DE MORTE PELAS DIFERENTES IDADES, VAMOS ENCONTRAR COMO PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE:

1. AS LESÕES AO NASCER (PERINATAIS) SÃO RESPONSÁVEIS POR QUASE 50% DAS MORTES QUE ACONTECERAM EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO DE VIDA, ISTO PODE ESTAR SENDO CAUSADO POR UM PRECÁRIO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL E DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÊM-NASCIDO. OS OUTROS 50% TEM COMO CAUSA DE MORTE DOENÇAS COMO A PNEUMONIA, A DIARRÉIA A DESNUTRIÇÃO E O SARAMPO.
2. É A VIOLÊNCIA (CAUSAS EXTERNAS) A SEGUNDA GRANDE CAUSA DE MORTE DE TODA A POPULAÇÃO QUE TEM MAIS DE 1 ANO DE IDADE. SÃO PAULO É UMA CIDADE VIOLENTA, DESDE AS CRIANÇAS QUE SÃO ATINGIDAS POR ACIDENTES CASEIROS, (QUEDAS, QUEIMADURAS, ETC;) E DE TRÂNSITO (POR EXEMPLO: ATROPELAMENTO) ATÉ OS ADULTOS QUE MORREM POR ACIDENTES DE TRÂNSITO, DE TRABALHO, E PRINCIPALMENTE POR HOMICÍDIO. OS DADOS DE MORTE POR HOMICÍDIO MOSTRAM QUE, DE JUNHO A NOVEMBRO DE 1990, ACONTECERAM 1865 MORTES EM PESSOAS DE IDADES QUE VÃO DOS 10 AOS 49 ANOS, ISTO SIGNIFICA QUE DO TOTAL DE MORTES POR VIOLÊNCIA (CAUSA EXTERNA) QUE OCORRERAM NA POPULAÇÃO 42% FORAM POR HOMICÍDIO, SEGUIDOS PELOS ACIDENTES DE TRÂNSITO QUE ATINGIRAM 14%.

HÁ NO NOSSO MEIO, DOENÇAS QUE PODERIAM JÁ TER SIDO SUPERADAS, DELAS AS QUE MAIS INCIDEM SÃO A TUBERCULOSE, A MENINGITE, O SARAMPO, AIDS E TANTAS OUTRAS.

NA GRANDE MAIORIA DOS CASOS ELAS INDICAM:

- DIFICULDADES DE ACESSO DA POPULAÇÃO À SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA, ESGOTO, COLETA DE LIXO.
- DESNUTRIÇÃO
- DIFICULDADE AO ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.
- CONDIÇÕES PRECÁRIAS DE HABITAÇÃO E TRABALHO.

NO CASO DA INCIDÊNCIA (APARECIMENTO) DE DOENÇAS, UM REGISTRO QUE TEMOS SÃO AS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (AQUELAS EM QUE É OBRIGATÓRIO O AVISO ÀS AUTORIDADES SANITÁRIAS).

ESTAMOS DESDE MAIO DE 1988 PASSANDO POR EPIDEMIA DE MENINGITE MENINGOCÓCICA, (EM 1990 FORAM REGISTRADOS 2139 CASOS COM 247 ÓBITOS), TEMOS APROXIMADAMENTE 6000 CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE NO ÚLTIMO ANO E AINDA MUITOS ÓBITOS DEVIDO A DOENÇAS TOTALMENTE CURÁVEIS. APÓS A ENCHENTE DESTES ANOS, 482 CASOS DE LEPTOSPIROSE (DOENÇA CAUSADA PELA URINA DO RATO) FORAM REGISTRADOS COM 39 ÓBITOS.

O APARECIMENTO CRESCENTE NOS ÚLTIMOS ANOS DOS NOVOS CASOS DE AIDS (EM 86 FORAM 401 CASOS E EM 90 ESTE NÚMERO CRESCER PARA 1991), TAMBÉM NOS INDICA A NECESSIDADE DE REFORÇAR AS CAMPANHAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS.

DISCUTA SOBRE ESTAS ESTATÍSTICAS E REFLETA!

- 1) QUAIS AS CAUSAS DESTAS DOENÇAS E MORTES?
- 2) EM QUE ESTAMOS CONTRIBUINDO PARA MUDAR ESTAS ESTATÍSTICAS?
- 3) RELACIONE ALGUMAS CONQUISTAS DOS MOVIMENTOS POPULARES QUE CONTRIBUAM PARA MUDAR ESTAS ESTATÍSTICAS DE SAÚDE.

E COMO ESTÃO NOSSOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

PARA FAZER FRENTE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO, O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO DISPÕE DE UMA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE INSUFICIENTE EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO QUE ELA DEVERIA ESTAR ATENDENDO.

TAMBÉM EXISTE DIFERENÇAS QUANTO A LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE SUA QUALIDADE.

A REDE BÁSICA (UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, POSTOS DE ATENDIMENTO) CONTA COM 346 UNIDADES, DAS QUAIS 60% SÃO ESTADUAIS, 34% MUNICIPAIS E 6% FEDERAIS.

CONSIDERANDO-SE QUE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DEVE ATENDER A 20 MIL HABITANTES E QUE A POPULAÇÃO DE SÃO PAULO EM 1990 É ESTIMADA EM 11.380.300 HABITANTES, O NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS NECESSÁRIAS SERIA DE 569, EXISTINDO ASSIM A NECESSIDADE DE 223 NOVAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.

TAMBÉM A REDE HOSPITALAR APRESENTA UMA CARÊNCIA DE LEITOS, COM UMA DISTRIBUIÇÃO IRREGULAR PELA CIDADE. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE RECOMENDA QUE EXISTA 5 LEITOS POR 1000 HABITANTES. NA CIDADE DE SÃO PAULO É NAS ÁREAS CENTRAIS QUE SE ENCONTRA O MAIOR NÚMERO DE HOSPITAIS, QUE FORNECEM APROXIMADAMENTE 9 LEITOS PARA CADA GRUPO DE 1000 HABITANTES. PARA A REGIÃO DE ERMELINO MATARAZZO/SÃO MIGUEL PAULISTA, O NÚMERO DE LEITOS DIMINUI PARA MENOS DE 1 LEITO PARA GRUPO DE 1000 HABITANTES.

CAPÍTULO 4 - COMO DEVERIA SER O ATENDIMENTO A SAÚDE?

TODOS NÓS SABEMOS COMO É O ATUAL ATENDIMENTO À SAÚDE. DA PRIORIDADE À ASSISTÊNCIA MÉDICA CURATIVA EM LINHA DE PRODUÇÃO, NÃO PESQUISA AS CAUSAS DAS DOENÇAS, NÃO VÊ O INDIVÍDUO COMO UM TODO, NÃO VALORIZA A PARTICIPAÇÃO DO FUNCIONÁRIO E DA POPULAÇÃO, ISTO DENTRO DE UM SISTEMA DE SAÚDE QUE AINDA VÊ A DOENÇA COMO FONTE DE LUCRO, APESAR DAS POLÍTICAS DIZEREM O CONTRÁRIO.

AS CONSEQUÊNCIAS DISTO ESTÃO NO PÉSSIMO ATENDIMENTO QUE A POPULAÇÃO BEM CONHECE.

DINÂMICA Nº 1: DRAMATIZE COMO É O ATENDIMENTO NUMA UNIDADE DE SAÚDE.

VAMOS DISCUTIR: O QUE ACHAMOS DA DRAMATIZAÇÃO?

REFLETINDO:

- A) NESTE ATENDIMENTO FORAM LOCALIZADAS AS CAUSAS DA DOENÇA DO PACIENTE: NO BAIRRO, NA MORADIA, NO TRABALHO, ETC.?
- B) ELE FOI EXAMINADO POR INTEIRO OU APENAS A QUEIXA?
- C) FOI RESOLVIDO O SEU PROBLEMA: SE ELE NECESSITOU DE EXAMES, CONSULTA COM ESPECIALISTA OU INTERNAÇÃO, FOI DADA UMA CARTA DE ENCAMINHAMENTO?
- D) QUE PROPOSTA ESTE GRUPO TRARIA PARA MELHORAR O ATENDIMENTO SE EXISTE TRABALHO EM GRUPO, QUAIS OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

NÃO ESQUEÇA DE ANOTAR AS OBSERVAÇÕES

DINÂMICA Nº 2: TAREFA DE CASA:

A) DIVIDA O GRUPO EM DUPLAS PARA VISITAR A UNIDADE DE SAÚDE A QUE PERTENCE O CONSELHO, PARA PESQUISAR COMO ESTÁ O FUNCIONAMENTO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE, QUAL A QUALIDADE DO ATENDIMENTO, SE EXISTE TRABALHO EM GRUPO, QUAIS OS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS.

NÃO ESQUEÇA DE ANOTAR AS OBSERVAÇÕES

DUPLA Nº 1: PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER:(controle de Câncer,Planejamento familiar,acompanhamento a gestante, etc.).

DUPLA Nº 2: PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR:(Controle de Diabete, Hipertensão, Acidentes de trabalho,doenças do trabalho, etc.).

DUPLA Nº 3: PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL:(Prevenção e tratamento dos dentes, Qual a faixa de idade, etc.).

DUPLA Nº 4: PROGRAMA DA CRIANÇA:(Vacinas, puericultura,desnutridos, grupo de orientação à mãe, atendimento de enfermagem, verminose,controle de doenças respiratórias, etc.).

DUPLA Nº 5: PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL:(atendimento individual e de grupo, grupos de atendimento preventivo, etc.).

DUPLA Nº 6: PROGRAMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA(Localização de casos, controle de epidemias, visita domiciliar, reuniões para esclarecer a população, controle da saúde em padarias,bares, restaurantes, etc.).

OBSERVAÇÃO: Se o determinado programa não funciona, as duplas devem verificar como está o atendimento como um todo:o que está faltando na UBS, ex: funcionários,equipamentos,etc.,qual a opinião do usuário, etc.).

B) VISITAR O BAIRRO

DUPLA Nº 7: PESQUISAR OS PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS IMPORTANTES:(lixões,córregos, terrenos baldios,coleta de lixo, poluição de fábricas, higiene dos ambientes públicos como: padaria, açougues, mata-douros, esgoto a céu aberto, problemas de favela, etc.).

OBSERVAÇÃO: VISITAR OS LOCAIS ESCOLHIDOS, OS MORADORES E OS MOVIMENTOS ENVOLVIDOS.

NÃO ESQUEÇA DE ANOTAR AS OBSERVAÇÕES

SUGESTÃO: DÊ 1 FOLHA DE SULFITE COM A TAREFA DE CADA DUPLA.

C) VISITAR OS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS ENVOLVIDOS COM A QUESTÃO DE SAÚDE: escolas,creches,EMEIS,hospitais,clínicas,Igrejas

DUPLA Nº 8: LOCALIZAR OS PROBLEMAS DE SAÚDE NESTES EQUIPAMENTOS,E CONVERSAR COM AS PESSOAS E MOVIMENTOS ENVOLVIDOS.

NÃO ESQUEÇA DE ANOTAR AS OBSERVAÇÕES

CAPÍTULO 5 - O TRABALHO DO CONSELHO POPULAR DE SAÚDE

DINÂMICA N: 1

VAMOS CONTAR
E DISCUTIR O
TRABALHO FEI-
TO PELAS DU-
PLAS

DINÂMICA Nº 2

« DEFINIR A PARTIR DAS DISCUSSÕES, QUAL SERÁ O TRABALHO DO CONSELHO POPULAR DE SAÚDE E AS PRIORIDADES DENTRO E FORA DO POSTO DE SAÚDE.

« ELABORAR O PLANO DE TRABALHO PARA OS PRÓXIMOS 6 MESES OU 1 ANO QUE DEVE INCLUIR:

- VISITAS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
- REUNIÕES MENSAIS COM O DIRETOR DA UNIDADE
- REUNIÕES NO BAIRRO, NAS CASAS, ETC.
- PRINCIPAIS LUTAS NO BAIRRO
- TRABALHO DO CONSELHO NOS PROGRAMAS DE SAÚDE: (Sugestão de cada dupla acompanhar um programa na Unidade).
- FINANÇAS
- FORMAÇÃO
- DIVULGAÇÃO
- LAZER

RESUMO DO PAPEL DO CONSELHO POPULAR DE SAÚDE NO BAIRRO:

- PESQUISAR AS CONDIÇÕES DE VIDA E OS PROBLEMAS DE SAÚDE DO BAIRRO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE EXISTENTES.
- BUSCAR AS CAUSAS DOS PROBLEMAS ENCONTRADOS, REFLETINDO SOBRE A POLÍTICA SOCIAL E ECONÔMICA DO MUNICÍPIO, ESTADO E PAÍS.
- FAZER PROPOSTAS PARA O PLANO DE TRABALHO DA UBS: TIPO DE ATENDIMENTO, PROGRAMAS DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, ETC.
- PRESTAR INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS E À POPULAÇÃO EM GERAL SOBRE A UNIDADE E A SAÚDE, CONTRIBUINDO PARA A FORMAÇÃO DA MESMA.
- FAZER A LIGAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO E A UBS (OS SERVIÇOS) INCENTIVANDO O USO DOS MESMOS.
- FISCALIZAR O ATENDIMENTO DE SAÚDE, ZELANDO POR SUA QUALIDADE.
- ORGANIZAR E CONSCIENTIZAR A POPULAÇÃO, INCENTIVANDO-A À PARTICIPAÇÃO
- LEVAR AS LUTAS DE SAÚDE LOCAIS, ESPECÍFICAS E OUTRAS REIVINDICAÇÕES DO BAIRRO.
- FAZER A LIGAÇÃO COM O MOVIMENTO DE SAÚDE E OUTROS MOVIMENTOS POPULARES, PARTICIPANDO DAS LUTAS GERAIS DA SAÚDE.

sugestão: ler o regimento do Conselho Popular de Saúde.

VOCÊS FIZERAM O PLANO DE TRABALHO E DE LUTAS NO BAIRRO.

ESTE PLANO É SUFICIENTE PARA DAR CONTA DA NOSSA SITUAÇÃO DE SAÚDE, DAS CAUSAS DAS DOENÇAS, DOS PROBLEMAS DO BAIRRO?

PARA ISTO É NECESSÁRIO A UNIFICAÇÃO DE TODAS AS LUTAS NOS BAIRRO, NAS REGIÕES, NO MOVIMENTO DE SAÚDE QUE POR SUA VEZ SE UNE A OUTROS MOVIMENTOS NO MUNICÍPIO, NO ESTADO, NO PAÍS.

ESTAS REFLEXÕES E PROPOSTAS PRECISAM SE COMPLETADAS COM O CADERNO Nº 5 QUE TRATARÁ DO MOVIMENTO E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.

Sumário

CAP.01 – O QUE É SAÚDE ?_____	01
CAP.02 – COMO ESTÁ A SAÚDE NO SEU BAIRRO?_____	02
CAP.03 – COMO ESTÁ A SAÚDE NO MUNICÍPIO?_____	04
CAP.04 – COMO DEVERIA SER O ATENDIMENTO A SAÚDE?____	08
CAP.05 – O TRABALHO DO CONSELHO POPULAR DE SAÚDE _____	10

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE-SUDESTE

REUNIÕES COORDENAÇÃO: 4ª feira - quinzenalmente

LOCAL: Sala do Movimento - Rua São João das Duas

Barras nº 28 - Vila Carmosina - CEP: 02872

TELEFONE: 944:5493 - São Paulo