Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A participação social na implantação do projeto
Rostos, Vozes e Lugares em Guarulhos/SP

Emília Estivalet Broide

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientadora: Prof ^a. Dr ^a. Márcia Faria
Westphal

São Paulo
2010

A participação social na implantação do projeto
Rostos, Vozes e Lugares em Guarulhos/SP

Emília Estivalet Broide

**Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de Mestre
em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Faria
Westphal**

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A meus pais Juvenal e Alzira

A meus filhos Thiago e Arthur

A meu marido Jorge,

com amor.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. Márcia Faria Westphal pela acolhida e competência.

A Prof^a. Dr^a. Rosilda Mendes e Prof^a. Dr^a. Claudia Bógus, pelas contribuições no período de escrita da dissertação.

À Eng. Diego Victoria, Diego Gonzáles, Gustavo Bergonzolli, Fernando Rocabado, Maria Alice Fortunato, companheiros de jornada do RVL.

A Otaliba Libanio Neto pelo apoio incondicional ao RVL, desde o Ministério da Saúde.

A Rogério Frenner pela parceria desde a Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde.

A Paulo Capucci por ter me introduzido nos caminhos da promoção da saúde em Guarulhos e na coordenação do RVL.

A Janete Pietá por ter me contagiado com seu espírito guerreiro na participação social na saúde em Guarulhos.

A Carlos Derman pela possibilidade de continuar o trabalho e pela confiança.

À Elói Pietá pela coragem em transformar Guarulhos em uma cidade com um projeto democrático e popular.

A Sebastião Almeida pela determinação na construção de Guarulhos como cidade saudável, sustentável, participativa e cidadã e pelo apoio encontrado.

A equipe inteira da secretaria da saúde pelo convívio que me faz desejar seguir sempre o trabalho. Destaco aqui as gerentes Isamar, Ana

Clara, Eda, Priscila, Ângela, Eliana, Lucimara, que foram incansáveis nas inúmeras batalhas prá efetivar o RVL em Guarulhos. As diretoras: Antônia, Maria Luiza, Berenice, Letícia que junto com Tânia, Sueli, Marilene são incansáveis companheiras. Além dos ACS e pessoal das equipes técnicas das regiões que acompanharam o RVL com determinação. As amigas de interlocução no RVL Selma, Madalena e Marli. Também todo pessoal da sala 66 pelo carinho e cotidiano compartilhados!

A todos aqueles que gentilmente me concederam a possibilidade de escutá-los para realizar esta pesquisa.

RESUMO

Broide, EE A participação social na implantação do projeto Rostos Vozes e Lugares em Guarulhos/SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

O presente estudo tem como objetivo analisar a participação social na implementação do projeto Rostos Vozes e Lugares no município de Guarulhos/SP. Buscou-se compreender quem são os atores sociais envolvidos, identificar como olham para o lugar onde vivem, para os problemas e as potencialidades, quais seus sonhos e quais as formas de participação assumidas. Para tanto, os referenciais teóricos seguidos são do campo da psicanálise, da sociologia e da saúde coletiva. Este estudo constitui-se em uma pesquisa qualitativa, desenvolvida através da metodologia de estudo de caso. Foram analisados textos científicos, documentos, relatórios e arquivos produzidos durante o desenvolvimento do projeto. Para aprofundar a análise foram realizadas 27 entrevistas em profundidade a representante de cinco segmentos presentes no desenvolvimento do projeto (gestores, trabalhadores, usuários, representantes de entidades e representante da iniciativa privada). Estas entrevistas foram gravadas, transcritas e após analisadas. A partir da análise dos elementos emergentes surgidos nas entrevistas os conteúdos foram reunidos em três categorias: 1. Reconhecimento do outro; 2. Território e políticas públicas; 3. Redes Sociais, intersetorialidade e sustentabilidade. Concluiu-se que estas categorias revelam os sentidos e os significados da participação para os entrevistados apresentando os desafios da participação, os motivos que os levam a exercê-la, bem como os impasses existentes. Ficou evidenciada a necessidade da criação permanente de dispositivos participativos que ajam de forma integrada no território e estimulem o exercício do protagonismo dos diversos atores na esfera pública, visto que a participação ainda é exercida de forma frágil na medida em que muito dependente das atividades criadas no projeto. O RVL constitui-se um dispositivo que possibilita incrementar a participação social, visto que se propõe a dar voz e vez aos diversos atores que compõem o território, entretanto é necessário incrementar formas de sustentabilidade das ações desencadeadas neste processo, a fim de que as práticas possam efetivamente se constituir em ações de transformação social.

Descritores: participação social, promoção da saúde, psicanálise e saúde coletiva

ABSTRACT

Broide, EE A participação social na implantação do projeto Rostos Vozes e Lugares em Guarulhos/SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

The present research intends to study social participation to implement the “Rostos Vozes e Lugares”, project, in Guarulhos, State of São Paulo. We pursue to understand who are the social people involved, identify the way they look at the places where they live, problems and potentials, their dreams and involvement means undertaken. For so, theoretical references relate to psychoanalysis, sociology and group health. This study comprises a qualitative research developed by a case study method. Scientific texts, documents, reports and files produced during the project development were analyzed. In order to deepen the analysis, 27 complete analysis of representatives of five segments comprised in the project development (managers, employees, users, entities representatives and private initiatives representatives) were performed. They were recorded, transcribed and studied. By analyzing the emerging elements arising out of interviews, content was divided into three categories: 1. Acknowledgment of the other; 2. Territory and public policies; 3. Social networks, intersectoriality and sustainability. Conclusion is such categories indicate meanings of participation for interviewees, with challenges and reasons driving them towards it, as well as its obstacles. It is evident the need of a permanent creation of participative devices acting in an integrated way and stimulating leading role of several public people, considering participation is still fragile as it depends very much on the activities created in the project. RVL is a device enabling to increment social participation, once it provides voice and room for other people in the territory, therefore requiring to increment the sustainability forms of actions arising out of this process, so that practices may efficiently become social transformation actions.

Descriptors: social participation, health promotion, psychoanalysis and group health

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO	15
2	INTRODUÇÃO	20
	2.1 PROBLEMA	20
	2.2. JUSTIFICATIVA	29
3	CENÁRIO DO ESTUDO	32
	3.1O MUNICÍPIO DE GUARULHOS/SP	32
	3.2 PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM GUARULHOS	34
4	O PROJETO ROSTOS, VOZES E LUGARES	36
	4.1 O PROJETO ROSTOS, VOZES E LUGARES EM GUARULHOS	
	4.1.1 Assinatura do termo de cooperação técnica	38
	4.1.2 Eleição de Três Distritos de Saúde para o Desenvolvimento do Projeto RVL (Lavras, Cabuçu e Vila Galvão)	39
	4.1.3 Eleição da Coordenação do Projeto e Instalação de um Comitê Gestor	41
	4.1.4. Construção dos Diagnósticos Técnicos (DT)	42
	4.1.4.1. Reuniões do comitê gestor	42
	4.1.4.2 Reuniões nas UBS para aprofundamento dos DT e projeto RVL	46
	4.1.5 Diagnóstico Participativo	49
	4.1.5.1 Oficinas de Diagnóstico Participativo – situando o campo dos problemas e potencialidades	50
	4.1.5.2. Oficinas de Diagnóstico Participativo – definindo e priorizando estratégias e ações e de intervenção	53
	4.1.6 Acompanhamento e monitoramento	56
	4.1.6.1 Comissões executivas locais	56

4.1.6.2	Oficinas	57
4.1.7	Comunicação e Divulgação	57
4.1.8	Oficinas – Tear, Cerâmica e Cozinha Enriquecida	59
5	CONCEPÇÃO DA PESQUISA	62
5.1	A GLOBALIZAÇÃO	62
5.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE	66
5.3	TERRITÓRIO	68
5.4	PARTICIPAÇÃO SOCIAL	72
5.5	NOVOS MOVIMENTOS SOCIAIS	76
5.6	REDES SOCIAIS	80
5.7	TOURAINÉ: SUJEITO SOCIAL, DEMOCRACIA E MODERNIDADE	83
5.8	O SUJEITO E OS GRUPOS NA PSICANÁLISE	84
6	OBJETIVOS	89
6.1	OBJETIVO GERAL	89
6.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	89
7	METODOLOGIA	90
7.1	COLETA DE DADOS	91
7.1.1	ANÁLISE DOCUMENTAL	92
7.1.2	ENTREVISTAS	92
7.1.3	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	96
7.2	ANÁLISE DOS DADOS	96
8	CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS MORADORES DAS COMUNIDADES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	99
8.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS MORADORES DAS COMUNIDADES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS	101
8.1.1	CATEGORIAS DE ANÁLISE	101

8.1.1.1 Território e políticas públicas: pertença e abandono	101
8.1.1.2 Redes Sociais	106
8.1.1.3 Sustentabilidade	110
8.2 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES	112
8.2.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE	112
8.2.1.1 Reconhecimento do outro	113
8.2.1.2 Sustentabilidade: Co-autoria, a co-responsabilização, o empoderamento	116
8.2.1.3 Território	120
8.2.1.4. Redes e Intersetorialidade	121
8.3 REPRESENTANTE DA INICIATIVA PRIVADA	123
8.3.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE DA ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA INICIATIVA PRIVADA	124
8.3.1.1 Sustentabilidade: Co-autoria, co-responsabilização, empoderamento	124
8.3.1.2 Redes Sociais	126
8.3.1.3 Território	127
8.4 Representantes de Entidades	127
8.4.1 Categorias de Análise das Entrevistas com Representantes de Entidades	128
8.4.1.1 Reconhecimento do outro	128
8.4.1.2 Território	129
8.4.1.3 Redes Sociais	130
8.5 Representantes dos Trabalhadores	131
8.5.1 Categorias de Análise das Entrevistas com os Trabalhadores	
8.5.1.1 Reconhecimento do outro	132
8.5.1.2 Redes Sociais	134
8.5.1.3 O Território	135
8.6 Discussão - Estabelecendo Conexões	136

9	CONCLUSÃO	147
10	BIBLIOGRAFIA	150
	ANEXOS	158
	Curriculo Lattes da Orientadora	189
	Curriculo Lattes da Autora	190

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Reuniões do RVL – julho a dezembro de 2008	43
Tabela 2	Reuniões do RVL - janeiro de 2009	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Cerimônia de assinatura do termo de cooperação técnica	39
Figura 2	Mapa da cidade de Guarulhos com a divisão das 3 regiões de saúde e os 14 DS	40
Figura 3	Reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos	41
Figura 4	Reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos	42
Figura 5	Reunião com gestores	45
Figura 6	Criação de capacidade de avaliação da situação de saúde e condição de vida nos territórios	45
Figura 7	Reunião na UBS São Rafael	48
Figura 8	Oficina 1 no DS Lavras	51
Figura 9	Oficina 1 no DS Lavras	52
Figura 10	Oficina 1 Vila Galvão	52
Figura 11	Oficina 1 Cabuçu	53
Figura 12	Oficina 2 no DS Lavras	54
Figura 13	Oficina 2 no DS Vila Galvão	55
Figura 14	Oficina 2 no DS Cabuçu	55
Figura 15	Reunião das Comissões executivas locais	56
Figura 16	Oficinas	57
Figura 17	Feira dos produtos das Oficinas RVL do Lavras	60
Figura 18	Plantio de mudas na UBS Cabuçu	60
Figura 19	Tear na USF São Rafael	61

1 APRESENTAÇÃO

Há 23 anos desenvolvo minha atividade clínica no consultório e em diversos trabalhos no âmbito das políticas públicas. Nessa trajetória, a psicanálise tem sido baliza e eixo estruturante dos trabalhos. Minha compreensão da psicanálise implica um posicionamento ético segundo o qual pensar os sujeitos faz, necessariamente, interrogar a cultura e a polis, assumindo que as transformações históricas e sociais influenciam a constituição da subjetividade e a articulação singular do desejo dos sujeitos no coletivo.

O presente estudo emerge dessa trajetória e conseqüente experiência, muito embora tenha como ponto de ancoragem o trabalho que venho realizando atualmente como Gestora da Atenção Básica no município de Guarulhos/SP na perspectiva da promoção da saúde.

Durante 10 anos trabalhei no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre/RS, no atendimento direto aos usuários dos serviços, suas famílias e, também, em consultorias internas a equipes médicas e de enfermagem. Supervisionei estagiários de psicologia clínica e no plano institucional, compus o grupo que fundou o Serviço de Oncologia do Hospital Conceição. No Hospital Fêmina, um dos quatro hospitais do GHC, dedicado à atenção à mulher, além do trabalho nas diversas clínicas, participei da implantação dos projetos: Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura, ambos vinculados ao Ministério da Saúde.

Era o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da conquista constitucional da saúde como direito. A dimensão da saúde como direito não somente colocou em destaque a vitória da luta coletiva na promoção de um bem comum e universal, como também promoveu a garantia individual ao acesso ao serviço público e à assistência a saúde.

No atendimento clínico direto aos usuários do SUS presenciava cotidianamente a importância da articulação do trabalho hospitalar com as

ações da atenção básica na busca da resolutividade e da atenção integral ao usuário, confirmando a relevância do trabalho em rede. Este também era primordial na articulação das diversas clínicas dentro do hospital para a construção de uma lógica de atendimento não fragmentada, onde a interdisciplinariedade pode então se revelar como potência de trabalho. Ao mesmo tempo, produziam-se interrogantes, desde a psicanálise, em relação à peculiaridade da escuta dos sujeitos na instituição.

Como potencializar os diversos saberes que circulavam na instituição dando voz e vez ao usuário? Como extrair intervenções singulares, que pudessem ser formuladas caso a caso, sem que necessariamente seguissem uma conduta padronizada segundo um protocolo pré-estabelecido? Como fazer valer as pequenas conquistas, tanto das equipes como dos usuários, atravessados pela experiência da dor, da morte e também da potência para reconstrução da vida a partir do sintoma, da doença e do luto?

A escuta psicanalítica oportunizava a manutenção da tensão necessária entre o particular, o singular e o coletivo, na busca de novas práticas no cotidiano hospitalar. Muitas vezes, abrir a porta de um quarto para fazer o ar circular, discutir uma intervenção com o médico ou enfermeira, abordar um familiar, questionar um procedimento mecanicamente repetido, sem que o executor se perguntasse por que o fazia, instituíam espaços de fala inusitados e promoviam a circulação de novos saberes.

Essa experiência no âmbito hospitalar conduziu-me, já em São Paulo, à inserção como consultora no Ministério da Saúde no Programa Nacional de Humanização Hospitalar, junto ao Complexo Hospitalar do Mandaqui/SP. A tarefa então era pensar uma política nacional a partir das experiências em diferentes regiões do país e promover a articulação dos serviços oferecidos em rede. Esse trabalho deu início à construção da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual dispositivos como: acolhimento, clínica ampliada e a organização dos processos de trabalho foram sendo

formulados e hoje subsidiam várias ações desencadeadas desde a atenção básica à assistência hospitalar.

Ainda como consultora, na área da saúde, em 2005, fui contratada pela Secretaria de Saúde de Guarulhos para implantação de um sistema unificado de notificação das violências. Nesse projeto, o desenvolvimento de ações intersetoriais e a participação social foram premissas básicas de trabalho, marcando de forma consistente minha inclusão na perspectiva da promoção da saúde. Se, antes, essa perspectiva era algo timidamente ensaiado, pela realização das experiências anteriores, principalmente no âmbito hospitalar, nesse momento passa a fazer parte do meu cotidiano de trabalho na instituição pública.

Paralelamente, outros trabalhos institucionais na área da violência, da justiça restaurativa e da promoção de uma cultura de paz surgiram nessa época: o Projeto Criança Esperança, a consultoria ao Instituto Sou da Paz e as capacitações a equipes na área da assistência social, realizadas em diversas prefeituras (São Bernardo do Campo/SP, Porto Alegre/RS, Piracicaba/SP, Londrina/PR).

O trabalho na Associação Nacional de Empresas de Autogestão (ANTEAG), embora no campo da Economia Solidária, também apontou na perspectiva da participação e do desenvolvimento local sustentável. Coordenei grupos nas cidades de Caxias/RS, Canoas/RS, Itajaí/SC e Recife/PE com os cooperados vinculados à ANTEAG discutindo o que significava, e como garantir, qualidade e tecnologia nos empreendimentos a fim de buscar sustentabilidade. O objetivo desses grupos era construir um saber sobre esses temas, advindos de suas experiências concretas.

Em todos esses trabalhos, a questão da participação social esteve ligada à escuta do singular do desejo do sujeito em sua inserção em projetos coletivos. Essa característica peculiar ao trabalho possibilitou, nesse percurso, construir a articulação da psicanálise com as ciências sociais e humanas, pois, quer na perspectiva da promoção da saúde, quer em

campos como o da economia solidária e na área social, ações participativas não encontram eco em propostas prescritivas.

A autonomia e o empoderamento dos sujeitos nos processos sociais só podem advir da implicação destes em processos participativos transformadores e não da submissão bem comportada a uma proposta ou projeto. O que os projetos podem conter são estímulos a formas e estratégias associativas que tenham algo que contemple os sujeitos em sua singularidade e lhes propicie a construção de um projeto compartilhado.

Em Guarulhos, o trabalho seguiu nos anos seguintes na perspectiva da articulação das ações de promoção da saúde: participar da rede de não-violência e promoção de uma cultura de paz vinculando as ações municipais às políticas do Ministério da Saúde, desenvolver projetos na área da atividade física e práticas corporais e, a partir de 2008, coordenar dois novos projetos vinculados a organismos internacionais: Urban Heart e Rostos Vozes e Lugares.

O primeiro foi fruto de uma parceria estabelecida entre a Secretaria da Saúde de Guarulhos e a Organização Mundial da Saúde – OMS para pré-testar uma ferramenta de medição de diferenças intra-urbanas. O segundo, firmado através de uma parceria da prefeitura de Guarulhos com a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS têm seu foco no alcance das metas estabelecidas para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Estes dois projetos envolveram a busca da participação social para discussão dos problemas locais e identificação de potencialidades para criação de estratégias coletivas, visando à melhoria das condições de vida e saúde no nível local.

O interesse em analisar o projeto Rostos Vozes e Lugares na presente pesquisa decorre da possibilidade de articular toda essa trajetória de trabalho a partir de uma experiência social participativa em curso e, com isso, aprofundar e ampliar conhecimentos acerca da participação social, na ótica dos sujeitos envolvidos no processo participativo. Sob essa perspectiva, a meu ver, a participação social é dispositivo e interrogante

permanente na articulação dos sujeitos com o laço social, enquanto laço de linguagem.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Problema

A Participação social configura-se como objeto de reflexão e estudo desta pesquisa. Nosso interesse é entender de que maneira ocorre a participação social no projeto Rostos Vozes e Lugares e, principalmente, qual a implicação dos sujeitos, aqui nomeados atores sociais – gestores e trabalhadores da saúde, conselheiros, usuários dos serviços, representantes de organizações não-governamentais (ONGs), representantes da iniciativa privada, representantes de outras secretarias do município e de movimentos religiosos – nos processos coletivos nos quais participam como protagonistas.

No nosso estudo, está-se particularmente interessado em entender como os atores compreendem a participação social e os motivos que os sujeitos assumem nas várias ações que desencadeiam e participam.

Os principais questionamentos a serem respondidos em relação à participação são: Quem são os atores sociais que participam do projeto Rostos Vozes e Lugares? Quem esses atores sociais representam? Como entendem essa representação? O que pensam sobre a realidade local, quais seus sonhos e desejos e como pensam contribuir para sua concretização? Como esses atores sociais “olham” a sua cidade e os problemas e potencialidades presentes no lugar ao qual pertencem? Como articulam as aspirações singulares com os projetos sociais e com o movimento coletivo? Quais as modalidades de participação instituídas pelo projeto Rostos Vozes e Lugares? O Projeto contribui para estimular e desenvolver o protagonismo dos sujeitos implicados no processo? Quais as possibilidades e barreiras que percebem para realizá-los? Essa participação impacta a gestão das políticas públicas da cidade e, mais especificamente, a área da saúde? De que forma? Como são publicizadas as ações desenvolvidas? (MATO, 1996).

Não é possível supor respostas diretas a essas perguntas. A análise do tema é ampla e complexa, uma vez que envolve diversos campos do conhecimento, possibilitando distintas abordagens e enfoques. Mas, partindo de categorias e conceitos oriundos da psicanálise, da sociologia e da saúde coletiva, pretende-se trabalhar o tema e estabelecer um diálogo que nem sempre foi fácil, tampouco simples, entre o universal e o particular, o coletivo e o singular, o social e o individual.

Trabalhar o tema da participação social pressupõe, então, precisar conceitual e empiricamente os termos e as categorias em análise, visto que esse não é um conceito abstrato, é fenômeno vivo, muito estudado a partir da análise de experiências concretas, e, por isso mesmo, bastante sensível às variações políticas e às mudanças nos modelos dos sistemas governamentais.

É preciso, portanto, situar a participação social, tanto em relação às atividades e aos objetivos aos quais se propõe nos projetos e movimentos, quanto em relação aos processos históricos e sociais em curso. Nesse sentido, é necessário esclarecer que a perspectiva com a qual se tratará o tema não é a da ação de tutela e integração social, mas se abordará a participação social como potencializadora da justiça social e da ação para a transformação da realidade.

Nossa perspectiva de estudo parte da compreensão de que problematizar a participação social é abordar a realidade sobre a qual se trabalha, assumindo que o território onde ela se desenvolve é complexo, conflituoso e, muitas vezes, contraditório. Campo de tensões e potencialidades, onde se expressam relações objetivas em articulação com relações subjetivas, relações hierarquias e de poder, mescladas com relações solidárias e de resistência (SANTOS, 1997).

A participação social, desde esse ponto de vista, é um processo histórico e relacional, que implica a construção de identidades em torno de interesses comuns e da ação social: revela o conflito, expõe a divisão entre grupos ou classes antagônicas.

Vivemos tempos contraditórios: a modernidade que proporcionou avanços tecnológicos de proporções inigualáveis excluiu, por outro lado, grandes contingentes populacionais ao acesso a esses avanços. Essa lógica, própria ao sistema capitalista, e edificada sob o modelo econômico neoliberal, é objetiva e promove a submissão dos sujeitos ao discurso social dominante, esgarçando os vínculos, dificultando a articulação de ações coletivas e solidárias, gerando a fragmentação das relações e conduzindo ao desamparo social. Mas, se tal dinâmica fomenta, por um lado, o conformismo e as irrupções de violência, tão típicas de nossa época, desencadeiam, por outro lado, movimentos positivos, caracterizados pela participação social, ensejando a luta pela cidadania através dos mais variados tipos de organização.

O Brasil, como a maioria dos países latino-americanos, é herdeiro de uma cultura política colonial – imperial seguida pelo coronelismo e posterior entrada em cena de líderes populistas e dos militares na condução dos destinos do país. Nesse movimento histórico observa-se, como traço comum, a naturalização das relações sociais de dominação dos cidadãos perante o Estado, manifesta fundamentalmente através do paternalismo, do clientelismo e da submissão aos interesses das classes dominantes (WESTPHAL, 1999).

Apesar da forte tradição autoritária, característica da formação da sociedade brasileira, sempre houve, concomitantemente, diversos movimentos de resistência à opressão, desde o abolicionismo até os movimentos rurais, dos seringueiros, quilombolas, religiosos e indígenas, dos sindicalistas e trabalhadores, caracterizando uma ampla gama de formas de participação social, constituindo um mosaico de formas de participação social marcado por momentos de luta e resistência, assim como de conformismo e resignação, ou de enfrentamento e cooptação.

Narrar a história permite o compartilhamento das experiências e possibilita, pelo seu conhecimento e reconhecimento, constituir uma trama discursiva onde a singularidade encontra guarida no coletivo, onde o sujeito

se apresenta constituído e constituinte do social. Os discursos instituem modos de vida, práticas, contornam territórios, adentram relações, realizam construções imaginárias e simbólicas, criam teorias e desconstróem campos de saber anteriormente constituídos, criando novas formas de sociabilidade e de leituras da realidade instaurando paradigmas.

Nessa perspectiva, cada tempo histórico introduz nomeações ao campo das mobilizações coletivas, segundo os atores sociais envolvidos e os contextos nos quais se desenvolvem. Participação social, participação popular, movimento social, controle social, democracia, adquirem matizes distintos.

Nas últimas décadas, a partir da promulgação da constituição de 1988, o acúmulo das experiências de resistência e participação, somadas à luta pela redemocratização, conduziu o país a conquistas de novos direitos constitucionais (BRASIL, 1988). A carta constitucional de 1988 criou uma série de instrumentos para o exercício democrático.

No campo da saúde instituiu a “Saúde como direitos de todos e dever do Estado”. As leis que promoveram a inclusão da participação social em saúde, como elemento estruturante das políticas públicas, são fruto dessas lutas e da intensa mobilização do movimento sanitário brasileiro em prol do direito universal à saúde.

As Leis 8080/90 e 8142/90 – que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990a, b); e as Normas Operacionais Básicas 01/91, 01/93, 01/96 (MS, 1991, 1993, 1996), relativas à criação do SUS, deram suporte à conquista desse direito.

A descentralização do sistema, apoiada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde tem, gradativamente, instituído modificações nas relações entre as três esferas de governo, determinando novas funções e a transferência de competências aos municípios (VAZQUEZ et al, 2003).

Com o SUS, a participação social na área da saúde se ampliou e se institucionalizou como um princípio e como uma prática de democratização do setor. Foram constituídos órgãos deliberativos e fiscalizadores denominados Conselhos de Saúde e Conferências que buscam a “participação da comunidade” nas decisões relacionadas à saúde.

A institucionalização dos conselhos foi e é importante instrumento para a democratização das políticas municipais de saúde e para construção da cidadania, pois amplia significativamente o número de atores que participam dos processos decisórios (MOYSES, 1998; GONÇALVES, ALMEIDA, 2002). Hoje, os Conselhos de Saúde estão presentes nos 5564 municípios brasileiros e contam com aproximadamente 72 mil conselheiros, representando a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país (MOREIRA, ESCOREL 2009).

Com a instauração das instâncias legais de participação na área da saúde, foi importante elaborar como se daria na prática, e conceitualmente, a operacionalização das ações nos espaços participativos e a forma de articulação dos representantes da população e membros do poder público estatal, visto que a instituição da política não é somente um processo legal e de governo.

Nesse sentido, pode-se constatar em muitos estudos acadêmicos que abordam a questão da participação social em saúde a preocupação com relação à instauração e solidificação destas instâncias, dado que a maior parte dos estudos aborda as formas de organização vinculadas aos conselhos de saúde, ou seja, onde a participação é exercida por representação.

Esses estudos abordam: a criação dos conselhos de saúde no Brasil, descrevendo sua importância para uma efetiva participação da sociedade civil na tomada de decisão do setor (MARTINS et al 2008); composição, perfil e prática de atuação dos conselhos (ZANARDI; CORDONI JR, (2004); MARTINS (2008); OLIVEIRA, (2008)); desafios e possibilidades destas instâncias (ALMEIDA, 2009); a questão da representatividade nos conselhos

(MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006); descrevem e avaliam a participação dos conselheiros nestas instâncias (PELLIZZARO, MILBRATZ, 1998).

Camargo-Borges e Mishima (2009), ainda com foco na consolidação do SUS, mas, já com um olhar para participação direta dos usuários nos serviços de saúde, em sua relação com os trabalhadores da saúde tratam a participação social como recurso fundamental à sustentação da Atenção Básica, referindo a importância da escuta dos diversos atores para a construção da co-responsabilidade na assistência.

Contudo, apesar da imensa conquista que representam as instâncias de representação para a consolidação dos processos democráticos, há em nossa sociedade uma interpretação recorrente de que a forma legal instituída de participação, por si só, não é suficiente para que os processos decisórios sejam efetivamente democráticos. A legalidade não garante a legitimidade.

Silva (2008) questiona se a ação dos conselhos gestores não tem se dirigido à legitimação de uma gestão. Afirma que dificilmente os conselhos colocam em pauta temas que problematizem a direção, os conteúdos e os sentidos das políticas públicas. Cita como exemplo, a fragilidade de influência e/ou deliberação dessas instâncias sobre ações e estratégias que incidam sobre seus determinantes como: acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao trabalho, à renda, à educação, ao transporte, ao lazer, e aos bens e serviços essenciais. Segundo a autora, a pauta dos conselhos tem priorizado o debate e a aprovação de demandas relacionadas à prestação de serviços, à deliberação sobre ações e programas focalizados e setorializados, legitimando a divisão ou mesmo a replicação de demandas dos usuários dos serviços públicos.

Avritzer (2002) argumenta que, apesar ter havido a democratização da sociedade brasileira, observa-se a permanência de relações hierárquicas e pouco democráticas no interior dos conselhos. Tal fato denota elementos da cultura pouco participativa vigente no país. Dessa forma, quem não se

destaca acaba excluído da participação e setores mais qualificados das entidades e lideranças são, muitas vezes, cooptados por autoridades locais (SCHWARTZMAN, 1982) ou passam a ser porta-vozes de todos os segmentos, o que desfigura a representatividade nos conselhos.

Outro problema identificado por Zanardi e Cordoni Jr (2004) é que, muitas vezes, as propostas apresentadas ao conselho ficam vinculadas a demandas espontâneas dos segmentos que integram a entidade, denotando frágil discussão e planejamento conjunto das políticas para o setor.

Os desafios que se apresentam com relação à participação social em saúde são, portanto, sempre renovados. Para enfrentá-los, vários estudos enfocam a necessidade de aprimoramento das instâncias representativas quanto: à qualidade do processo decisório, às questões de poder interno, às disparidades de informação, e à formação dos usuários dos serviços e representantes governamentais (TELLES, 1994; CORREIA, 2005; WENDHAUSEN; CARDOSO DE MELLO, 2007; BÓGUS, WESTPHAL, 2008).

De nossa parte, compreendemos que a discussão sobre a promoção da saúde adquire aqui um significado bastante estratégico para abordar o tema da participação social, uma vez que a promoção da saúde, ao retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto da reforma sanitária pode constituir-se num dos referenciais que auxilia a recolocar a questão em relevo (TEIXEIRA, 2006, p. 41).

Isso é possível, pois, desde a 1ª Conferência Internacional da área, realizada em 1986, a participação social constitui-se como diretriz. Ou seja, o envolvimento da população, tanto por intermédio dos seus representantes, como através dos canais participativos já existentes, é buscado como forma de promover uma “cultura sanitária”, que estimula a capacidade de pensar e de agir coerentes com a defesa da saúde e qualidade de vida, atenta aos seus determinantes sociais, culturais, ambientais e econômicos.

A promoção da saúde é uma abordagem que tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se

ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo dominante nas últimas décadas - defendendo principalmente as dimensões da intersectorialidade e da participação social.

A promoção da saúde propõe-se a articular redes sociais cujos diversos atores governamentais e não-governamentais, por meio do debate e do diálogo, pactuem e produzam políticas que atuem sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais para uma melhor qualidade de vida. Sob essa perspectiva, a abordagem da saúde extrapola o setor saúde constituindo necessariamente uma práxis transdisciplinar, baseada num conceito ampliado de saúde.

Segundo Carvalho (2004), a Organização Mundial da Saúde vem estimulando o ideário da promoção da saúde em vários países, com crescente repercussão e influência em suas políticas públicas. No Brasil, faz-se presente na proposta da Vigilância à Saúde (MENDES, 1993; TEIXEIRA et al., 1998), sustenta o Movimento Cidades Saudáveis (WESTPHAL, 2000), influencia práticas de Educação à Saúde (HILLS, 2000) e, suas diretrizes são partes estruturantes de muitos dos projetos de reorganização da rede básica, vinculados ao Programa Saúde da Família.

Essas experiências, desenvolvidas sob a ótica da promoção da saúde, vêm fomentando a participação social em saúde ampliando os espaços de discussão e articulação para além dos espaços dos conselhos gestores, influenciando outros setores na abordagem da determinação social dos processos de saúde-doença no nível local.

Nesse sentido, projetos e programas como Agenda 21, Rostos Vozes e Lugares, Cidades Saudáveis e outros, somam-se aos movimentos já instituídos, para promover o empoderamento individual e coletivo, estimulando o desenvolvimento local, a cidadania, os processos de gestão participativa nas cidades.

No nosso entender, as agendas participativas se enriquecem, ainda mais, quando se deixam permear pela discussão acerca da dimensão subjetiva dos sujeitos implicados nos processos participativos.

Compreender como os desejos, as expectativas e os interesses individuais se articulam com os projetos coletivos nos quais os atores estão envolvidos possibilita compreender a implicação do sujeito em interação no coletivo. Possibilita dar voz ao sujeito, permitindo que a palavra adquira potencia de transformação, uma vez que instaura o reconhecimento do outro, a mediação e o diálogo, elementos tão necessários aos processos participativos.

Portanto, não falamos aqui de uma subjetividade autocentrada, pautada no individualismo e na glorificação do eu, tão em voga na modernidade globalizada do neoliberalismo, mas a discussão proposta considera que categorias como: empoderamento, autonomia e cidadania não são elementos exteriores ao sujeito, logo devem estar articuladas tanto em relação ao próprio sujeito, quanto à realidade que se quer transformar.

Tal como apontado por Freud (1921/2006), a responsabilização do sujeito frente ao seu desejo é um elemento importante, capaz de minimizar os efeitos regressivos e de contágio presentes nos fenômenos de identificação imaginária e do amor exacerbado ao líder existente nos grupos que se constituem como massa e que dão origem aos autoritarismos, populismos ou a cooptação. Tema importante na abordagem dos movimentos sociais.

Outro aspecto importante também para a inclusão de elementos da psicanálise, na análise dos projetos participativos, está relacionado à possibilidade de que estes não se tornem prescritivos, com indicações e orientações do bom e do melhor para o indivíduo e para a coletividade, descolados do contexto dos sujeitos.

As palavras abrem caminho ao campo da significação, a palavra comunica, possibilita o dialogo, o pacto a negociação. Freud (1914/2006) inclui na positividade da palavra enquanto fenômeno de linguagem a dimensão inconsciente presente em toda fala humana, ou seja, o autor propõe que o sujeito diz mais do que pretende dizer, inscrevendo outra lógica às palavras. Esta lógica aparece na situação analítica, através da

transferência, nos lapsos, nas equivocções, nos sonhos, nos chistes. Tal fato é importante visto que, esta lógica embora estudada por Freud na situação analítica não é exclusiva a ela, é fenômeno social. Os espaços de participação são espaços coletivos subjetivados, movidos por atos e palavras. São espaços onde os sujeitos se vêem afetados pelo outro, pela luta coletiva, pela mobilização conjunta.

2.2 Justificativa

A participação social em saúde, presente nos processos das gestões municipais é uma preocupação anterior aos marcos históricos da Constituição de 1988 e da instauração do Sistema Único de Saúde, mas é a partir daí que ganha contornos institucionais. Há muito essa questão é objeto da atenção e tem sido examinada por vários estudiosos e administradores públicos. Conhecer esses processos de participação, e sua real interferência na gestão municipal, é fundamental para que se possam criar parâmetros úteis aos governantes, legisladores, lideranças partidárias e populares.

A maioria dos estudos no âmbito da saúde tem-se preocupado principalmente com o funcionamento, a efetividade, a representação, as limitações e desafios das instâncias participativas instituídas pelo SUS. Consideramos importante que a esta discussão se incorpore a análise de outros movimentos participativos que permitem que a abordagem dos atores sociais também ganhe destaque.

Os novos cenários, político, econômico e social, têm afetado de modo intenso os grupos, as comunidades, os territórios e subjetividades, e pautam desafios para as ciências sociais e humanas, exigindo investigação e construções de análises que forneçam elementos para pensar as novas grupalidades e as mudanças aceleradas e profundas, ocorridas com maior intensidade nas últimas décadas.

Nesse sentido, é imprescindível fomentar estudos e, concomitantemente, analisar as formas de participação social, baseadas nos novos pactos societários dos diversos atores que compõe o território urbano, onde estão em questão as redes de movimentos que articulam o local e o global, os “centros” e as “periferias”.

Sob essa perspectiva, a iniciativa Rostos Vozes e Lugares soma-se a uma série de agendas sociais como a Agenda 21 e Movimento de Cidades Saudáveis, constituindo-se em oportunidade de aprofundar os estudos desses movimentos coletivos na perspectiva daqueles que os compõe.

A relevância desse estudo também está referida a possibilidade de desenvolver a análise de uma experiência na perspectiva dos sujeitos, enquanto atores sociais, protagonistas de sua história no processo participativo nos quais estão envolvidos. E, nesse sentido, é interesse da pesquisa aprofundar a investigação da participação social incluindo não somente a análise do movimento social, ou da articulação coletiva na qual o sujeito esteja incluído, mas verificar quais são os elementos subjetivos, presentes em seus discursos, que compõem o seu fazer coletivo e possibilitam a articulação de ações conjuntas.

Segundo Pont (2000, p. 110), toda a experiência que incentive a ação direta da população e leve as pessoas a assumirem o seu fazer político, cotidiano, e a praticarem a gestão coletiva, é positiva e necessária. Toda experiência que diminua a delegação de poder, onde o cidadão não abra mão da sua soberania, nem delegue o seu falar e o seu agir a outro, e que se construa sob as bases do respeito aos movimentos sociais e autonomia da organização popular, fortalece a democracia e a formação da cidadania.

Nesse sentido, o aprofundamento do estudo da participação social é fundamental para todos que se interessam pelo fortalecimento da democracia, sendo esta a nossa perspectiva de trabalho. Em outras palavras, consideramos que o estudo da participação social é um pré-requisito estratégico para o desenvolvimento das agendas de promoção da

saúde e, conseqüentemente, para a construção de sociedades democráticas.

3 CENÁRIO DO ESTUDO

3.1 O Município de Guarulhos/SP

Guarulhos apresenta o 8º maior Produto Interno Bruto (PIB) ¹ entre os municípios brasileiros e o terceiro entre os municípios paulistas. Sua atividade industrial caracteriza-se como principal fonte de recursos e de desenvolvimento da cidade, ocupando papel importante na geração de empregos e renda.

A localização da cidade é privilegiada em termos logísticos. O município é atravessado pelas duas mais importantes rodovias federais do Brasil – Presidente Dutra (São Paulo - Rio) e Fernão Dias (São Paulo - Belo Horizonte) e por uma das principais rodovias estaduais paulistas, a Ayrton Senna. Além disso, possui o maior aeroporto da América do Sul. Essa característica locacional e de escoamento é importante fator de atração para as atividades industriais de todos os portes e segmentos.

O comércio e o setor de serviços, especialmente os ramos de Transportes e Logística, têm significativa presença em Guarulhos; a cidade possui 2.500 indústrias, 12.000 estabelecimentos comerciais e 45.000 prestadores de serviço (PMG, 2006). O número de empregos formais é de 237.000 (Brasil, 2005). Em 2006, o aeroporto de Guarulhos transportou 34,2% da carga e 15,4% dos passageiros de todo o País. Cerca de 300 empresas dirigem sua produção para o mercado internacional. Em 2006, as exportações alcançaram US\$ 1,86 bilhão e o saldo positivo da balança comercial foi de US\$ 448 milhões (IBGE, 2006).

Entretanto, ao mesmo tempo em que o crescimento industrial da cidade gerou riqueza material para alguns, intensificou desigualdades. Há diferenças significativas em relação às faixas salariais da população, uma

¹ O PIB compreende a soma dos valores monetários dos bens e serviços finais produzidos dentro de um país em determinado período de tempo (ano, trimestre, mês).

vez que 48,8% da população ganha até 3 salários mínimos e 3,03% recebem acima de 30 salários mínimos. Essa diferença delimita fronteiras e cria sub-cidades dentro de uma mesma cidade, uma parte rica, legal e infra-estruturado e outras pobres, ilegais e precárias, um dos efeitos perversos de uma globalização que não contempla a perspectiva do olhar sobre as iniquidades.

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de Guarulhos na década em 1970 era de 212.000 habitantes. Atualmente, é de 1.236.192 (IBGE, 2007). Ou seja, um milhão de pessoas adensou o território em 37 anos. Nesse sentido, a precariedade habitacional constitui-se como um dos aspectos marcantes do desenvolvimento histórico da cidade de Guarulhos.

A exemplo de outras cidades da Região Metropolitana de São Paulo, a “precariedade” habitacional de Guarulhos é caracterizada pela presença de inúmeras favelas que surgem e se adensam em terrenos públicos ou particulares. Ao lado destas, outra forma de precariedade habitacional se estende por boa parte do seu território: os loteamentos irregulares e clandestinos. Ações de governo se voltam para o atendimento da população residente nessas áreas de carência de infra-estrutura.

O desafio, portanto, é o da criação de políticas públicas integradas e que conversem entre si, mas, principalmente, articuladas com as comunidades e movimentos sociais através de dispositivos participativos, visto que as carências superam em muito as possibilidades de recursos que façam frente às difíceis condições de vida.

Devido a esse crescimento exponencial da população, há também falta de equipamentos públicos de saúde que dêem conta da situação de saúde dos habitantes da cidade. Nesse contexto, o grande desafio do setor saúde é criar ações intersetoriais que promovam o desenvolvimento integral dos sujeitos e coletivos do município, uma vez que os problemas de saúde encontram-se extremamente vinculados à cultura local e às condições de sociabilidade, trabalho, habitação, renda e saúde. Tais fatores levam a um

jeito de pensar e viver que constroem objetividades e organizam subjetividades.

3.2 Participação Social em Guarulhos

Há quase uma década o município vem ampliando os canais formais de participação direta da população. Em 2001 foi instituído o Orçamento Participativo e, mais recentemente, em 2005, foram criadas as Plenárias de Saúde Participativa.

O Orçamento Participativo permite que a população priorize parte dos investimentos financeiros da gestão municipal. Já, através das Plenárias de Saúde Participativa, foram eleitos 1300 conselheiros gestores de Saúde (50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores da saúde). Tais gestores hoje estão presentes nas Unidades de Saúde, acompanhando no nível local, a implantação da política e pactuando prioridades com gerentes e trabalhadores, contribuindo para melhoria da atenção à saúde no município.

As Plenárias de Saúde Participativa são bianuais, quando então a população é ouvida com relação a suas questões de saúde e são planejadas ações com o compromisso do gestor da saúde de considerar a reivindicação popular no plano de gestão.

Com a constituição dos conselhos gestores nas unidades de saúde um novo dispositivo foi criado a fim de promover maior autonomia no funcionamento dos conselhos: denomina-se Pró-Rede e possibilita que cada conselho gestor constitua uma associação que recebe recursos financeiros da gestão municipal para implementar ações e pequenos reparos nas unidades.

Além desses dispositivos de participação, a cidade conta com 23 Conselhos de Direito² e realizou, nos últimos 10 anos, diversas Conferências no âmbito municipal. Há também o desenvolvimento de outras agendas que, assim como o Projeto *Rostos Vozes e Lugares*, têm no conteúdo participativo elemento de sustentação. São exemplos destes processos a Agenda 21 e as ações da secretaria de habitação na re-alocação das populações que vivem em áreas precárias e de risco sócio-ambiental.

A promoção de agendas participativas contribuiu de maneira significativa para que Guarulhos fosse eleita para compor o conjunto de cidades que desenvolvem o Projeto Rostos, Vozes e Lugares.

² Conselho Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Educação; Conselho Municipal de Assistência Social; Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional - Fome Zero; Conselho Municipal de Assuntos da Pessoa com Deficiência; Conselho Municipal de Desenvolvimento Econômico; Conselho Municipal de Desporto; Conselho Municipal Consultivo de Patrimônio Histórico, Arqueológico, Arquitetônico e Paisagístico; Conselho Municipal Deliberativo do Serviço Autônomo de Água e Esgoto - SAAE; Conselho Municipal de Segurança Pública; Conselho Municipal de Transporte e Trânsito; Conselho Municipal de Turismo; Conselho Municipal Antidrogas; Conselho Municipal de Habitação; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Municipal do Orçamento Participativo; Conselho Municipal da Juventude; Conselho Municipal da Alimentação Escolar; Conselho Municipal da Cultura; Conselho Municipal de Controle Social do Programa Bolsa - Família; Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano; Conselho Municipal do Meio Ambiente e Conselho Municipal da Mulher.

4 O PROJETO ROSTOS, VOZES E LUGARES (RVL)

A iniciativa Rostos, Vozes e Lugares foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no 47º Conselho Diretivo, em 2006, com o propósito de impulsionar a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)³.

A iniciativa ocorre em cerca de 30 localidades na América Latina e Caribe na perspectiva de melhoria das condições de saúde e incremento do desenvolvimento social sustentável e concentra seus esforços nas comunidades mais vulneráveis. Tem como princípios estruturantes: 1. Reduzir a iniquidade – ou seja, responder às desigualdades específicas dos grupos e dos municípios mais vulneráveis. 2. Trabalhar em nível local: tratando o impacto dos determinantes sociais e econômicos da saúde em comunidades com os maiores riscos e níveis de negligência. 3. Promover a atenção primária à saúde e a promoção da saúde: fomentando a participação social de modo que os membros da comunidade possam identificar e reconhecer seus problemas e participar diretamente da gestão de soluções para todos. 4. Trabalhar intersetorialmente: coordenando as várias instituições e setores na integração de políticas e programas, vinculando as autoridades nacionais e locais. 5. Promover a cooperação externa e interagencial.

Este esforço na luta contra as iniquidades cria redes de ações inovadoras, e busca envolver: ministérios de saúde e outros setores, prefeitos e secretarias municipais das comunidades participantes, a sociedade civil, as organizações não governamentais e as agências internacionais.

³ Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos durante a Reunião de Cúpula do Milênio das Nações Unidas, ocorrida em Nova York, em setembro de 2000. Na ocasião, 189 países firmaram o compromisso compartilhado de reduzir a pobreza à metade até 2015, buscando o alcance de um novo patamar de desenvolvimento global, incentivando o progresso nos países mais pobres do planeta. Foram pactuados 8 objetivos. São eles: 1. Acabar com a fome e a miséria. 2. Educação básica de qualidade para todos. 3. Igualdade entre os sexos e valorização da mulher. 4. Reduzir a mortalidade infantil. 5. Melhorar a saúde das gestantes. 6. Combater AIDS, Malária e outras doenças. 7. Qualidade de vida e meio ambiente. 8. Todo mundo trabalhando para o desenvolvimento.

Nesta perspectiva, Rostos, Vozes e Lugares constitui um esforço para promover a vontade política em seu nível mais alto e ao mesmo tempo disponibilizar assistência técnica para trabalhar os determinantes sociais e econômicos da saúde no nível local. Busca promover ações voltadas aos mais vulneráveis estimulando a cidadania com foco nos direitos e responsabilidades compartilhados. Isso deve ser alcançado mediante a colaboração intersetorial e interagencial para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Outro aspecto relevante do projeto refere-se à possibilidade de identificar setores sociais pobres que ficam invisíveis quando os dados ficam em torno das médias e indicadores de desenvolvimento nacional. Segundo dados da OPAS (2007) mais de 200 milhões de pessoas na Região da América Latina e Caribe vivem na pobreza e são invisíveis a estas médias nacionais. Esta iniciativa busca olhar para além destas médias e identificar as comunidades mais vulneráveis e envolve-las em um processo de desenvolvimento próprio.

Embora tenham sido alcançados grandes progressos durante esses últimos anos na redução da pobreza e da extrema pobreza, principalmente no Brasil, estudos prospectivos que adotam o coeficiente Gini sugerem que, se algo não for feito, a região das Américas e Caribe continuará sendo a região mais iníqua do mundo em 2015. Nesse sentido, a estratégia Rostos, Vozes, e Lugares foi estabelecida, a fim de estimular e promover a análise das realidades locais, não somente através de indicadores nacionais, mas através dos indicadores e da realidade local no próprio território onde a vida pulsa e acerta.

O próprio nome do projeto Rostos, Vozes e Lugares, já enseja a possibilidade de articulação do singular e do coletivo, da trama discursiva dos atores sociais - suas vozes, seus desejos, afetos, aspirações; - seus rostos, representações e imagens; e as potencialidades da participação coletiva no território, - lugares a que pertencem.

4.1 O Projeto Rostos, Vozes e Lugares em Guarulhos/SP

O projeto Rostos Vozes e Lugares iniciou em Guarulhos em junho de 2008 com a assinatura de um termo de cooperação técnica entre a OPAS e a prefeitura da cidade, através da Secretaria da Saúde, sob a ótica da promoção da saúde e conta, para sua execução, com o apoio técnico da Faculdade de Saúde Pública, através do Cepedoc Cidades Saudáveis. Tem como objetivo colher informações que sirvam à análise diagnóstica da realidade municipal para identificação das iniquidades intra-urbanas, a fim de promover a construção de estratégias locais de ação para atingir as metas traçadas pelos ODM. A participação social e a intersetorialidade são elementos chaves para o desenvolvimento do mesmo.

No município o projeto RVL seguiu os seguintes passos:

4.1.1. Assinatura do termo de cooperação técnica

A assinatura do termo de cooperação técnica entre a OPAS e o município de Guarulhos para o desenvolvimento do projeto RVL ocorreu em 13 de junho de 2008. Nesta ocasião estiveram presentes no auditório do Paço municipal representantes da Secretaria Municipal da Saúde e de várias secretarias do município. Compuseram a mesa solene para firmar o termo de compromisso de cooperação técnica: o Dr. Luiz Augusto Galvão - Gerente da Área de Desenvolvimento Sustentável e de Saúde Ambiental da OPAS em Washington; o Eng. Diego Victoria - Representante da OPAS/Brasil; o Prefeito de Guarulhos - Elói Pietá; a Deputada Federal - Janete Rocha Pietá; o Secretário da Saúde de Guarulhos - Paulo Capucci e a Presidente do Conselho Municipal de Saúde - Amália de Jesus Esteves.

Figura 1: Cerimônia de assinatura do termo de cooperação técnica

4.1.2 Eleição de Três Distritos de Saúde para o Desenvolvimento do Projeto RVL (Lavras, Cabuçu e Vila Galvão)

Para a realização do projeto RVL na cidade foram escolhidos três distritos de saúde (DS): Lavras, Cabuçu e Vila Galvão, cada um deles localiza-se em uma das três regiões da cidade. Desta forma buscou-se contemplar a análise da complexidade das diferenças intra-urbanas. O DS tem base territorial definida geograficamente, com rede de serviços de saúde e perfil tecnológico em conformidade com as características epidemiológicas da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza várias nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações: município, distrito de saúde ou distritos sanitário (DS), micro-área, a área de abrangência das unidades de saúde e outros. Estas áreas apresentam caráter administrativo, gerencial, econômico ou político definido.

Considera-se o distrito como um espaço privilegiado para promover mudanças na situação de saúde da população local, na medida em que pode se constituir em um espaço de compartilhamento de poder entre os diversos atores que compõe o território, onde estes podem buscar soluções coletivas para melhorar a qualidade de vida a partir das potencialidades locais.

Figura 2: Mapa da cidade de Guarulhos com a divisão das 3 regiões de saúde e os 14 DS

4.1.3 Eleição da Coordenação do Projeto e Instalação de um Comitê Gestor

O projeto RVL ficou ligado diretamente ao gabinete do secretário da saúde. Foi nomeada a coordenação do Projeto, que ficou a cargo de Emília Broide. A equipe da secretaria da saúde contou inicialmente com a participação de integrantes dos projetos prioritários e de representantes das regiões de saúde, não tendo sido nomeadas pessoas fixas. A consultoria do Cepedoc Cidades Saudáveis contou com a participação das pesquisadoras: Rosilda Mendes, Paula Ischkanian, Vanessa Almeida, inicialmente, tendo se incorporado ao projeto Andréia Setti e Graziela Marchi Gomes com a saída das duas últimas. Este comitê gestor teve como função planejar a implantação do RVL em Guarulhos e estruturar as ações para o seu desenvolvimento.

Figura 3: Reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos

Figura 4: Reunião na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos

4.1.4 Construção dos Diagnósticos Técnicos (DT)

4.1.4.1 Reuniões do comitê gestor

Buscou-se com a construção dos DT coletar os indicadores sociais e de saúde em cada um dos três distritos de saúde, e da cidade, com a identificação dos recursos disponíveis e das potencialidades de cada localidade. Para tanto, durante o período de julho a dezembro de 2008 foram realizadas reuniões sistemáticas com vários técnicos da secretaria da saúde e foram feitas consultas a outras secretarias e instituições, a fim de obterem-se os dados para confecção dos diagnósticos técnicos da cidade e dos três distritos de saúde. A elaboração dos diagnósticos técnicos teve por objetivo:

1. A criação de capacidades técnicas e de análise por parte dos gestores de saúde;
2. Avaliação da situação de saúde e condição de vida nos territórios

e 3. A obtenção de informação e subsídio para as oficinas de diagnóstico participativo e tomada de decisão e ação no território.

Na tabela abaixo se pode visualizar de forma geral como ocorreu à participação da equipe da saúde nesta etapa do projeto de acordo com as datas e os temas debatidos na construção dos DT. Não foram registradas aqui as reuniões realizadas com as outras secretarias, bem como, as consultas feitas as entidades para mapeamento dos equipamentos e recursos nos territórios.

Tabela 1: Reuniões do RVL – julho a dezembro de 2008

Reunião	Data	Número de participantes	Objetivo
1	11/07/08	7	Retrato dos distritos - padronização; base de dados existentes e disponíveis; discussão sobre os indicadores
2	18/07/08	7	Discussão da metodologia para elaboração do DT
3	25/07/08	9	Discussão sobre a coleta e a análise dos dados
4	01/08/08	14	Apresentação do Relatório RVL
5	11/08/08	19	Apresentação do Sumário Executivo
6	15/08/08	16	Discussão e elaboração do DT do município e por Distrito
7	22/08/08	19	Discussão e elaboração dos DT do município e por Distrito
8	28/08/08	18	Discussão e continuidade dos DT nos Distritos
9	05/09/08	16	Discussão e continuidade dos DT nos Distritos
10	12/09/08	15	Discussão sobre os DT

11	19/09/08	37	Apresentação dos D
12	13/11/08	13	Balanço e continuidade do RVL
13	27/11/08	9	Envolvimento da comunidade
14	04/12/08	7	Discussão de estratégias participativas
15	12/12/08	8	Definição de metodologias das Oficinas
16	16/12/08	6	Elaboração de material das Oficinas

A construção do diagnóstico técnico envolveu o trabalho direto de 58 pessoas. Estas participaram de pelo menos um dos 16 encontros realizados. Destes 58 participantes, 7 participaram uma única vez, pois foram convidados somente para a apresentação da sistematização dos DT.

Inicialmente os participantes da secretaria da saúde mais envolvidos na construção do diagnóstico técnico eram os responsáveis pelos chamados projetos prioritários⁴. Com o decorrer das reuniões e o aprofundamento do conhecimento dos territórios os gerentes das UBS dos três distritos eleitos para o RVL, bem como os técnicos destas regiões de saúde, foram se envolvendo com o trabalho e tomando para si a tarefa do diagnóstico.

⁴ Os projetos prioritários da secretaria da saúde de Guarulhos são: Resgate para Vida (abordagem das violências sexual doméstica e acidentes de trânsito e promoção de uma cultura de paz); Nascer bem em Guarulhos (ciclo de vida criança e adolescente); Viver Bem (ciclo de vida adulto e idoso); Cabeça legal (Saúde Mental – Álcool e drogas). Também compõe as ações com os projetos prioritários a Saúde Bucal e a Saúde Ambiental.

Figura 5: Reunião com gestores

Figura 6: Criação de capacidade de avaliação da situação de saúde e condição de vida nos territórios

4.1.4.2 Reuniões nas UBS para aprofundamento dos DT e projeto RVL

Para a construção dos DT também foi importante as reuniões que ocorreram com os ACS e equipes para discussão dos problemas e potencialidades locais, a partir do RVL. Na UBS Continental, DS Cabuçu, os problemas levantados foram: infra-estrutura (iluminação pública, rede de esgoto, pavimentação, educação (fim da educação progressiva, creches, aulas de reforço), assistência social (centros recreativos e sociais para idosos e adolescentes), trânsito, saúde (psicólogo, medicação de alto custo descentralizado, ampliação da cesta básica de medicamentos, pronto-socorro, ampliação do quadro de profissionais de odontologia), cultura (biblioteca, acesso gratuito à internet), segurança, serviço bancário.

Nesta UBS foi discutido entre os participantes o papel do setor saúde no enfrentamento destes problemas. Destacou-se a importância deles como protagonistas e articuladores de um processo de discussão amplo, através da proposição de compromissos concretos para a promoção da igualdade entre os sexos; do desenvolvimento sustentável; da erradicação da pobreza e da fome. Afirmou-se que a busca destes objetivos vinculados ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e de assistência, são elementos de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população.

Em reunião realizada na UBS Cabuçu, DS Cabuçu, no dia 20 de dezembro de 2008, o RVL foi apresentado na reunião de planejamento para 2009. Com relação aos indicadores de saúde da região foram levantados problemas com relação à violência contra a criança, sexo na adolescência, violência contra a mulher e consumo de drogas. O tema meio ambiente foi identificado como relevante para região. Foram sugeridas atividades de ecoturismo inclusive como estratégia para gerar renda. Também foi ressaltada a prática ilegal de despejar entulho na mata. Os ODM foram apresentados e discutidos entre os presentes que citaram a articulação com a pastoral da criança como iniciativa a contribuir para alcançar as metas.

Na UBS Jardim Vila Galvão, Distrito Vila Galvão, houve reunião dia 25 de novembro de 2008. O gerente da UBS Jardim Vila Galvão apresentou o projeto Rostos, Vozes e Lugares e o Diagnóstico Técnico ao Conselho Gestor da Unidade. Foi dito que o RVL é um projeto, que conta com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, e que tem por objetivo promover melhor qualidade de vida, intervindo no enfrentamento das situações geradoras de iniquidades, visando contribuir para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Foi proposto ao Conselho Gestor identificar pessoas da comunidade que participam do OP (Orçamento Participativo), pastorais e outros movimentos e que possam ser incluídas na discussão das propostas de intervenção. Foi ressaltado, pelos presentes, que as propostas de intervenção são intersetoriais e implicam no envolvimento de outras secretarias.

Foi proposto aos presentes que identificassem as ações que estão sendo realizadas no Distrito de Vila Galvão que contribuem para alcançar os ODM. Eles destacaram que: A partir do mês de junho/2008 o Distrito tem participado de reuniões intersetoriais com a Secretaria de Transportes e Trânsito, Secretarias Municipal e Estadual de Educação, Guarda Municipal, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros para a criação de um Comitê Intersectorial de Prevenção de Acidentes de Trânsito; Foi elaborado e aplicado nas escolas estaduais e municipais, um questionário para identificar os locais mais críticos relacionados aos acidentes de trânsito.

Em 26/11/2008, foi realizada uma sensibilização para Conselheiros Gestores e funcionários das Unidades do Distrito Vila Galvão, para que eles se inserissem na Prevenção dos Acidentes de Trânsito. A capacitação foi realizada utilizando-se a metodologia problematizadora, a partir de dinâmicas; Em 29/11/2008, ocorreu na UBS São Rafael, o Dia Cidadão, com ações envolvendo o Corpo de Bombeiros, o Ponto de Cultura, o Fundo Social de Solidariedade, a Secretaria do Meio Ambiente e a Secretaria de Saúde. Nesta ocasião foram coletados exames de papanicolaou, feitas aferições de pressão arterial, medição de glicemia capilar e vacinação.

Foram proferidas palestras sobre saúde bucal, escovação supervisionada para as crianças, além de oferecer música, dança, pintura, manicure e cortes de cabelo.

Na UBS São Rafael, Distrito Vila Galvão, a reunião ocorreu dia 12 de dezembro de 2008 e teve por objetivo apresentar o projeto Rostos, Vozes e Lugares para equipe da Unidade de Saúde São Rafael. Foi destacado o Projeto *Rostos, Vozes e Lugares* na América Latina e nos municípios brasileiros e em Guarulhos. Comentou-se sobre o envolvimento da UBS no Projeto RVL e destacou-se iniciativas que já estão em prática na Unidade e que contribuem para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Foram feitas sugestões de ações que poderiam ser desenvolvidas, a fim de contribuir ainda mais com o alcance das metas traçadas pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.

Figura 7: Reunião na UBS São Rafael

4.1.5. Diagnóstico Participativo

A programação local participativa é definida pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) como:

la herramienta que permite a las personas y comunidad conocer su propia realidad, y explicársela en conjunto, a la vez que sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación” (OPS/OMS, 1999).

A etapa do diagnóstico participativo exigiu a preparação das oficinas por parte do comitê gestor.

Nas oficinas, os problemas levantados nos DT foram submetidos às comunidades dos três distritos de saúde. Foram realizadas duas oficinas em cada um dos três distritos de saúde, totalizando seis oficinas. Nas primeiras buscou-se problematizar os problemas levantados à luz dos ODM e, também agregar problemas dos distritos levantados pelas comunidades que não haviam sido contemplados nos DT. Na segunda rodada das oficinas, se priorizou os problemas levantados na primeira oficina, construindo estratégias de ação, definindo prazos e responsáveis. Para as oficinas foram enviados convites para que os envolvidos com a construção dos DT enviassem a pessoas e entidades representativas de cada um dos três distritos. (anexo 9)

Tabela 2: Reuniões do RVL - janeiro de 2009

Reunião	Data	Número de participantes	Objetivo
1	09/01/09	6	Elaboração de material das Oficinas
2	23/01/09	10	Organização e logística das Oficinas
3	28/01/09	44	Oficina I - Distrito de Saúde Lavras
4	29/01/09	54	Oficina I - Distrito de Saúde Vila Galvão
5	30/01/09	40	Oficina I - Distrito de Saúde Cabuçu
6	06/02/09	09	Avaliação das oficinas nos 03 DS
7	16/02/09	61	Apresentação do RVL em Guarulhos e visita dos representantes da OMS, OPAS e MS
8	17/02/09	26	Avaliação da possibilidade de integração dos projetos Urban HEART e RVL

4.1.5.1 Oficinas de Diagnóstico Participativo – situando o campo dos problemas e potencialidades

Em cada um dos três distritos os participantes das oficinas foram distribuídos em 8 grupos, conforme ordem de chegada dos mesmos ao local da atividade. Na oficina, cada grupo tinha como função trabalhar com um Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Os problemas identificados no diagnóstico técnico foram escritos em tarjetas verdes e distribuídas aleatoriamente aos grupos que deveriam relacioná-los ao ODM de seu grupo ou, caso o problema apresentado na tarjeta não tivesse relação com o ODM a ser trabalhado no grupo, o grupo deveria enviar a tarjeta ao painel geral dos ODM, conforme sua avaliação. Para essa etapa, foram distribuídos: material de consulta com breve descrição de cada Objetivo do Milênio (anexo 10) e planilha para anotação (anexo 11). Em seguida, os grupos identificaram outros problemas significativos na sua região para todos os

temas abordados nos ODM, produzindo novas tarjetas (amarelas). Ao final foi possível obter um diagnóstico com os problemas relacionados aos ODM em cada um dos distritos de saúde (anexo 12).

Figura 8: Oficina 1 no DS Lavras

Figura 9: Oficina 1 no DS Lavras

Figura 10: Oficina 1 Vila Galvão

Figura 11: Oficina 1 Cabuçu

4.1.5.2. Oficinas de Diagnóstico Participativo – definindo e priorizando estratégias e ações e de intervenção

Todos os participantes foram distribuídos da mesma forma que na oficina anterior e receberam os resultados do trabalho realizado para proceder à priorização dos problemas levantados. Foi utilizada uma adaptação da técnica Delphi para priorizar os problemas. Após a análise e discussão dos problemas, cada integrante dos respectivos grupos ordenou numericamente os problemas por ordem de prioridade, recebendo o n 1 o problema considerado prioritário, 2 o segundo por ordem de importância e assim por diante. Os dois problemas prioritários foram destacados e

trabalhados, tendo sido estabelecidos os envolvidos, as soluções possíveis, as ações existentes e prazo para sua realização. Ao final houve a apresentação dos trabalhos de cada um dos grupos e discussão para definir os encaminhamentos e monitoramento das ações propostas (anexo 13).

Figura 12: Oficina 2 no DS Lavras

Figura 13: Oficina 2 no DS Vila Galvão

Figura 14: Oficina 2 no DS Cabuçu

4.1.6 Acompanhamento e monitoramento

Para acompanhar o processo foram criadas duas estratégias: 1. Comissões executivas em cada um dos três distritos de saúde, com reuniões mensais e 2. Os chamados “Oficinas” que são encontros semestrais onde se encontram os participantes dos três distritos envolvidos no desenvolvimento do projeto Rostos Vozes e Lugares para troca de experiências e avaliação do processo. Este dispositivo também é o momento de encontro com outras entidades e secretarias, bem como participam representantes da: OPAS, OMS e MS.

4.1.6.1 Comissões executivas locais

Após a primeira oficina participativa se montou em cada distrito de saúde comissões executivas locais com a finalidade de acompanhamento sistemático das ações propostas nas oficinas. A idéia foi constituir um grupo que pudesse gerir o RVL no nível local.

Figura 15: Reunião das Comissões executivas locais

4.1.6.2 Oficinas

Os oficinas foram previstos para ocorrerem semestralmente e visam integrar as discussões dos três distritos de saúde, sendo um momento de encontro e avaliação do projeto, ao mesmo tempo em que buscam o aprofundamento, compromisso e pactuação das ações integradas. Também visam dar credibilidade e agregar parceiros e demais secretarias na dinâmica do projeto.

Figura 16: Oficinas

4.1.7 Comunicação e Divulgação

A divulgação do projeto ocorre através de ações intersecretarial, com setores e entidades da sociedade civil. Tem sido utilizada a mídia local, a distribuição de convites para as atividades realizadas, a divulgação da experiência em fóruns de debate, nos conselhos gestores e conselho municipal de saúde, a visita a outros municípios, a troca de experiências

através da participação em congressos e seminários. Seguem alguns exemplos:

Notícias de jornal

Prefeito recebe membros da OMS e OPS

1º e 2º Grau
A distância em 40 dias
Problemas de saúde
Problemas de saúde
Problemas de saúde

Comitê acompanha a aplicação de projetos em Curitiba

Em uma reunião realizada no dia 17 de fevereiro, o prefeito de Curitiba, Gustavo Frota, recebeu os membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A reunião foi realizada no auditório do Palácio da Prefeitura, onde os representantes das organizações internacionais discutiram com o prefeito e os membros do Comitê de Saúde o andamento dos projetos de saúde em Curitiba.

O prefeito Frota destacou a importância da parceria com as organizações internacionais para a melhoria da saúde pública em Curitiba. Ele mencionou que a cidade está trabalhando em vários projetos de saúde, incluindo a criação de unidades de saúde, a melhoria da qualidade de vida da população e a implementação de programas de prevenção de doenças.

Os membros da OMS e OPAS também apresentaram os resultados dos projetos de saúde em Curitiba, destacando a importância da participação da comunidade e a necessidade de uma abordagem integrada para a melhoria da saúde pública.

A reunião terminou com um acordo de cooperação entre o município de Curitiba e as organizações internacionais, comprometendo-se a trabalhar juntos para a melhoria da saúde pública em Curitiba.

4.1.8 Oficinas – Tear, Cerâmica e Cozinha Enriquecida

Como ações concretas desencadeadas pelo RVL foram desenvolvidas oficinas nos três distritos, respeitando a vocação de cada território. Desta forma, no Lavras deu-se origem a um trabalho com os estagiários de um programa ligado a secretaria de educação para a promoção dos cuidados em saúde enfocando a intersetorialidade e a busca do ODM 6 – erradicar HIV Aids malária e outras doenças. No caso do distrito o enfoque foi na dengue e nas doenças sexualmente transmissíveis, buscando abarcar o público jovem.

Também neste distrito buscou-se promover atividades de geração de renda, voltadas especialmente as mulheres, contemplando o ODM 4 – igualdade entre os sexos e valorização da mulher. No distrito Vila Galvão a atividade do tear foi desenvolvida, buscando a geração de renda para um grupo de mulheres da favela do Jardim São Rafael, buscando contemplar o ODM 1 – erradicar a extrema fome e a pobreza. Também funciona na UBS São Rafael, em parceria com a Pastoral da Criança, a Cozinha Enriquecida que, através da busca da alimentação saudável, busca agregar mulheres para difundir hábitos alimentares saudáveis de baixo custo e com grande valor nutricional. No Cabuçu a atividade com cerâmica também teve como objetivo a geração de renda e envolveu o trabalho dos ACS. Todas estas atividades que iniciaram com o RVL tem como possibilidade a exposição de prontos em feiras livres organizadas pela prefeitura, voltadas a comercialização solidária.

Figura 17: Feira dos produtos das Oficinas RVL do Lavras

Figura 18: Plantio de mudas na UBS Cabuçu

Figura 19: Tear na USF São Rafael

5 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

5.1. A Globalização

Muito embora possamos situar que já existia uma “economia global” desde os finais do século XVI, época das grandes navegações e dos descobrimentos europeus de terras africanas, asiáticas e americanas (BUSS, 2007), a difusão do termo globalização como sinônimo de investimentos financeiros internacionais, ocorreu somente no século passado, em meados da década de 80 (RIBEIRO, 1995).

A partir dessa época, a globalização passou a significar a transnacionalização de megaempresas, a livre circulação de capitais, a privatização da economia e a minimização do papel dos governos e dos estados-nação e a disseminação de novas tecnologias na área das comunicações. Essas mudanças aceleraram a circulação de informações e fluxos financeiros, aproximando tempo e distância de forma nunca antes experimentada. Também passou-se a afirmar o ser humano como global, definindo-o como aquele que está inserido no universo do consumo, em dissonância com o conceito de cidadão.

Segundo SANTOS (1996), embora a globalização seja um processo cuja pretensão é global, o que se observa é que, ao invés disso, ela renova disparidades e cria novas desigualdades, devido à violência dos seus processos fundadores, todos praticamente indiferentes às realidades e desenvolvimento locais. Ou seja, a aplicação brutal de princípios gerais a situações muito diversas e específicas é criadora de desordem. Por isso mesmo, a globalização beneficia apenas uma parcela limitada de atores, colocando todos diante de grandes desafios.

Ao se olhar para o lugar, para onde as pessoas vivem seu cotidiano, identifica-se o lado perverso e excludente da globalização, em especial, quando os lugares ficam nas áreas pobres do mundo.

Sob essa perspectiva, ao se identificar o impacto da globalização nos sujeitos e grupos populacionais, considera-se que a busca de soluções para os problemas globais deve estar articulada às iniciativas locais, onde a globalização se expressa de forma concreta. Ao mesmo tempo, também se faz necessário que a realidade específica dos atores locais, suas identidades, suas dinâmicas de poder e organização, sejam percebidas à luz dos efeitos produzidos pelas transformações globais.

Hoje, de forma mais intensa que em outras épocas, devemos enfrentar o tema da pobreza, da miséria, da exclusão social, da deterioração do meio ambiente e, sobretudo, o da falta de habilidade das comunidades em conviverem umas com as outras (BAQUERO apud BORBA, 2005).

As respostas a exclusão tem sido de vários tipos: 1. Afirmação das identidades culturais em termos fundamentalistas, com as guerras religiosas e étnicas 2. Estabelecimento de uma conexão perversa à economia global, com a especialização dos negócios ilegais 3. Migração em massa para os países centrais e 4. Procura de alternativas para a grande contingente da população marginalizada da produção e do consumo (CASTELLS apud WESTPHAL, 2007, p.14).

Contemporâneo dos processos de globalização, vivemos a transição demográfica que afetou de forma significativa os modos de vida e de saúde das pessoas. Nas últimas décadas, a população brasileira passou de majoritariamente rural para predominantemente urbana. Entretanto, o grande fluxo populacional migratório que se dirigiu principalmente para as regiões metropolitanas das capitais brasileiras e seu entorno, em busca de oportunidades de trabalho, como no caso de Guarulhos, foi desordenado, excludente e concentrador, gerando graves desigualdades sociais e contribuindo para o aumento dos fatores de risco de doenças e agravos à saúde.

Tais processos geram relações que penetram em várias dimensões da vida social. A relação Estado-sociedade é atingida, configurando-as e reconfigurando-se nas relações sociais, tanto quanto no mais íntimo do ser

do sujeito. Segundo Rolnick (2008), tal movimento migratório funcionou como uma máquina de crescimento que ao mesmo tempo fragmentou o território e, ao produzir cidades, reproduziu desigualdades, constituindo uma porção rica e infra-estruturada e uma porção pobre, ilegal e precária, sem acesso às oportunidades econômicas e culturais. Ou, no dizer de Wanderley (2006):

(...) a pobreza e a exclusão social configuram-se como indicadores de um lugar social, de uma condição de classe, expressando relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, produzindo e reproduzindo a desigualdade, nos planos social, político, econômico, definindo para os pobres um lugar na sociedade. Essa é uma questão social recorrente que perdura desde o período da colonização no continente latino-americano. Trata-se, pois, de um processo de empobrecimento histórico e social, dado por determinantes econômicos, políticos e culturais, que tende a ser reproduzido mediante mecanismos que o reforçam e o expandem.

Contudo, como nos lembra Santos (2002) essa globalização que exclui e marginaliza não é a única. Também há outras formas de globalizações contra-hegemônicas. O autor argumenta que talvez o mais correto não seja se falar em uma globalização, mas sim em globalizações, constituídas por redes e alianças transfronteiras entre movimentos que lutam contra a exclusão social.

Vivemos estes tempos contraditórios: globalização, mudanças tecnológicas e transformações na vida cotidiana fazem surgir, ao mesmo tempo, a hegemonia do mercado e do consumo, por um lado, e a emergência de novos movimentos sociais que se contrapõe a esta hegemonia.

Dessa forma, assistimos nos processos de globalização o triunfo dos mercados financeiros e a intensificação da exclusão social. Por outro lado, e concomitantemente, a internacionalização de agendas promove também, alternativa às formas dominantes de desenvolvimento e cria múltiplas formas

movimentos sociais participativos e de globalização contra-hegemônica chamando para um “outro mundo possível”.

Assim como o global acontece localmente é necessário que o local contra-hegemônico aconteça globalmente. Faz-se necessário como diz Santos (2002) criar inteligibilidade recíproca entre diferentes lutas locais, potencializando interesses comuns de forma a criar alianças translocais com capacidades sustentáveis.

Buss (2007), na mesma linha de Santos (2002), referindo-se às agendas na área da saúde, argumenta que não existe somente a face negra da globalização. Aponta algumas oportunidades surgidas no decorrer das últimas décadas. Cita a criação do sistema das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde, logo após a II Guerra Mundial, como um passo à frente para o diálogo internacional e para a convivência pacífica das nações, assim como para a cooperação a favor do progresso dos países e das pessoas no mundo.

Na década de 90, no que pese a grande decepção e desconfiança com relação às Nações Unidas, estabeleceu-se no interior desse organismo uma orientação para a realização de um conjunto de grandes conferências temáticas⁵, lideradas pelas respectivas organizações setoriais, a fim de preparar o mundo para o século XXI (BUSS, 2007).

Finalizando a série de conferências dos anos 90, a Organização das Nações Unidas realizou a Cúpula do Milênio, na qual todos os estados-membros firmaram um novo compromisso mundial para o desenvolvimento. A expressão política da Cúpula ficou estabelecida na Declaração dos Objetivos do Milênio. Dos oito ODM, três são relacionados diretamente ao

⁵ Essas conferências foram: 1990 Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York); 1992, Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92); 1993, Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena); 1994, Conferência das Nações Unidas sobre Populações e Desenvolvimento (Cairo); 1995, Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim) 1995, Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague); 1996, Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul); 1996, Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma); 2000, Cúpula do Milênio: Declaração e Objetivos do Milênio (Nova York); 2002, Conferência Internacional sobre Financiamento do Desenvolvimento (Monterey); 2003, Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável (Johanesburgo); e 2005, Cúpula Mundial sobre Objetivos do Milênio (Nova York).

setor saúde, muito embora todos se vinculem de algum modo à área. Em 2005, novamente os Estados membros se reuniram para ratificar e acompanhar as metas traçadas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Tais conferências geraram informes importantes, com recomendações expressivas, que, se tomadas em conta e efetivamente implementadas pelos países e pela própria Nações Unidas, poderiam já ter trazido expressivo progresso político, social, econômico, cultural e ambiental para o mundo como um todo. O grande problema é que elas expressam interesses políticos contraditórios de países e outros atores relevantes na cena internacional e, freqüentemente, não passam de retórica internacionalista (BUSS, 2007, p. 1580).

O desafio que se coloca para esses compromissos internacionais e para o projeto Rostos Vozes e Lugares, em particular, é o de capilarizar as ações locais de forma a estimular a participação social para a criação de alternativas reais visando à promoção da saúde e à transformação social, e não simplesmente manter ou reproduzir a fragmentação vivida na sociedade contemporânea, dada à complexidade da realidade urbana. Na área da saúde, a perspectiva da promoção surge como alternativa para desenvolver ações intersetoriais, integradas e sinérgicas que visam atingir tal objetivo.

5.2 Promoção da Saúde

Especificamente na área da saúde houve uma série de conferências internacionais nas últimas décadas que buscaram a articulação dos diversos organismos, instituições e governos, em torno da saúde pensada na perspectiva da cidadania, da promoção, da qualidade de vida, da equidade e da ampliação dos canais participativos e intersetoriais.

Fundamentando novas perspectivas no campo teórico e das políticas públicas através do ideário da promoção da saúde, as conferências de Alma-Ata (1978) Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997),

México (2000) e Bangkok (2005) acompanharam os processos históricos, políticos, econômicos e sociais.

Através dessas conferências impulsionadas pela OMS a partir dos anos 80 a promoção da saúde ganha destaque. Foram difundidas reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico a partir do conceito positivo e ampliado de saúde, elegendo como objetivo a defesa da vida e o desenvolvimento humano, e tendo como foco o processo social da produção da saúde. Ou seja, a perspectiva assumida pela OMS passou a incorporar um pensar a saúde para além do modelo médico-centrado. Seu marco conceitual e sua prática foram desenvolvidos predominantemente por organizações internacionais e por estudiosos da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos (CERQUEIRA, 1997 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A expressão promoção de saúde, concebida em 1945 por Henry Sigerist como uma das quatro tarefas da Medicina (juntamente com prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação), nasce intimamente relacionada à vigilância à saúde e à crítica à medicalização do setor. Supõe-se uma concepção não restrita à ausência da doença, mas à capacidade de atuar sobre seus determinantes, incidindo sobre as condições de vida da população. Extrapola a prestação de serviços clínico assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente e acesso a bens e serviços essenciais, entre outros determinantes sociais da saúde.

Os determinantes socioeconômicos do processo saúde/doença constituem um referencial analítico imprescindível não só para a reflexão teórica, mas para o desenho de políticas públicas, dos programas e intervenções voltados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, a promoção da saúde ultrapassa o setor saúde e incide, cada vez mais, sobre as políticas públicas em geral, dialogando com a diversidade de campos, organizações e sujeitos envolvidos nas múltiplas dimensões da vida

social. Preocupa-se em disseminar estratégias participativas, que ofereçam oportunidades aos sujeitos para ampliar a autonomia individual e coletiva.

Os debates em torno do conceito de determinantes sociais da saúde datam dos anos 1970 a 1980, ou seja, são contemporâneos ao desenvolvimento da promoção da saúde e compartilham a compreensão de que as intervenções curativas baseadas nos fatores de risco do adoecer humano são insuficientes para dar conta da qualidade de vida na sociedade contemporânea

Nesse sentido vale ressaltar a concepção de Cohn (2000) de que promover saúde está ligado ao combate à naturalização da pobreza e a problematizar as questões sociais remetendo-as para o tema da desigualdade social. No contexto atual de crescente desemprego, desregulamentação do trabalho, quebra dos velhos contratos, flexibilização de direitos historicamente conquistados e submissão da gestão e gerência dos serviços públicos estatais à racionalidade do mercado, à participação, à cidadania e à promoção da saúde teriam, sobretudo, a atribuição de “reconstruir a esfera pública”.

No Brasil, a agenda da promoção da saúde vem sendo difundida no contexto do processo de construção do SUS. Com a intensificação da municipalização das ações e serviços de saúde ganha expressão a estratégia de Cidades Saudáveis, proposta pela Organização das Nações Unidas e encampada pela Organização Mundial de Saúde⁵. Nessa perspectiva a promoção da saúde feita em consonância com a política nacional do SUS coloca desafios teóricos, estratégicos e metodológicos na construção de novas práticas nas gestões municipais

Esta e outras agendas convocam conhecimentos interdisciplinares e mobilizaram práticas intersetoriais e participativas visando à expansão do modelo de intervenção para além da crescente medicalização dos

⁵ Municípios, cidades e ou comunidades saudáveis é uma filosofia e também uma estratégia que permite fortalecer a execução das atividades de promoção da saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local. Na definição da OMS, uma cidade saudável "... é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade" (WHO, 2010, p. 1).

problemas sociais. Elas transcorreram no decorrer da emergência das sociedades capitalistas neoliberais. Nesse sentido, fundamentos da promoção como a própria participação e os movimentos sociais, a sustentabilidade, a intersetorialidade e o trabalho em rede, assim como as noções de ator e sujeito, merecem destaque.

5.3. Território

Um pioneiro na abordagem do território foi Claude Raffestin (1993). Ele destaca na sua obra o caráter político do território, bem como a sua compreensão sobre o conceito de espaço geográfico:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço (RAFFESTIN, 1993, p. 143).

Para Haesbaert (2004), o conceito de território apresenta desde a sua origem, uma dupla vertente, material e simbólica, pois aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-terror* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação”.

Nessa perspectiva o território sempre está relacionado a um espaço onde a vida acontece, submetido às inter-relações naturais, sociais e humanas, abrangendo uma significação de poder, tanto de dominação de um segmento por outro, como de apropriação e sentimento de pertença ao

local. Dessa forma o território é espaço e lugar constituído socialmente, cenário dos processos produtivos e das dinâmicas relações que definem necessidades e cuidados em saúde. Podemos dizer, também, que o território é um espaço/tempo demarcado pelas intencionalidades humanas, sonhos e identidades, que compõe os sujeitos e grupos/coletivos na sociedade urbana.

O território é vivo e dinâmico. Os movimentos de ocupação dos territórios, seja de dominação e/ou de apropriação do espaço, variam muito ao longo do tempo. Cada território, dentro de uma mesma cidade, apresenta características próprias. A distribuição geográfica das pessoas e dos equipamentos públicos não é pura e simplesmente uma escolha das pessoas. Em geral, a distribuição dos bens públicos corresponde a processos históricos de ocupação e apropriação dos territórios marcados pelas diferenças sociais.

O espaço território é então sempre múltiplo, diverso e complexo. Segundo Haesbaert (2004) o território desdobra-se em um continuum do que chama de uma dominação político-econômica a uma apropriação mais subjetiva e/ou cultural - simbólica.

Portanto, todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados”. O território é funcional a começar pelo território como recurso, seja como proteção ou abrigo (“lar” para o nosso repouso), seja como fonte de “recursos naturais” – “matérias-primas” que variam em importância de acordo com o(s) modelo(s) de sociedade(s) vigente(s) (como é o caso do petróleo no atual modelo energético capitalista)

Haesbaert (2004) define três vertentes para a definição de território: (1) política: onde o território é visto como um espaço delimitado e controlado sobre o qual se exerce determinado poder, Estado-nação. (2) Simbólica: onde o espaço é concebido pelos aspectos culturais, produto da apropriação subjetiva do imaginário. (3) Econômica: se enfatiza as relações econômicas,

o território é visto como fonte de recursos no embate entre classes sociais e na relação capital-trabalho como produto da divisão territorial do trabalho.

As sociedades tradicionais conjugavam a construção material (“funcional”) do território como abrigo e base de “recursos” com uma profunda identificação que recheava o espaço de referentes simbólicos fundamentais à manutenção de sua cultura. Já na sociedade “disciplinar” moderna (até por volta do século XIX) vigorava a funcionalidade de um “enclausuramento disciplinar” individualizante através do espaço – não dissociada, é claro, da construção da identidade (individual, mais do que de grupo). Mais recentemente, nas sociedades “de controle” ou “pós-modernas” vigora o controle da mobilidade, dos fluxos (redes) e, conseqüentemente, das conexões – o território passa então, gradativamente, de um território mais “zonal” ou de controle de áreas para um “território-rede” ou de controle de redes. Aí, o movimento ou a mobilidade passa a ser um elemento fundamental na construção do território.

É importante destacar que no âmbito da saúde o conceito de território tem sido incorporado às discussões constituindo-se em conceito fundamental para a concepção dos sistemas de saúde. Inicialmente com uma concepção mais estática e higienista, que toma o território de forma mais naturalizada, posteriormente incorporando à dinâmica e complexidade que o conceito porta.

A primeira concepção ancora uma visão burocrática de distrito sanitário. Já na segunda, coerente o território que define o distrito sanitário adquire uma concepção que transcende ao espaço e as características geofísicas: é político, epidemiológico e cultural. Esta segunda concepção é particularmente interessante, pois nos faz refletir sobre os determinantes sociais da saúde

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura

espacial é particularmente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Este espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade criando condições particulares para sua utilização por cada ator social (BARCELLOS et al. 2002).

O sucesso das políticas públicas para a superação das iniquidades, sobretudo as presentes nas metrópoles, deve incorporar o processo de territorialização na saúde como ferramenta metodológica, visto que o território engloba as relações produtivas, políticas, sociais e econômicas, as redes de comunicação, a infra-estrutura que interferem na qualidade de vida e nos modos de relação dos sujeitos e coletivos. Portanto, olhar o território e escutar os atores presentes nele é fundamental para a construção de propostas participativas.

5.4 Participação Social

A participação social é fenômeno complexo, comportando diferentes abordagens e definições, a partir da perspectiva da análise empreendida. No presente estudo, apresentamos duas vertentes que parecem sintetizar os debates em torno do tema: uma que evoca a transformação social e, outra, que propõe a integração social.

A primeira vertente, a da transformação social, implica necessariamente o envolvimento das pessoas no processo decisório e se baseia no entendimento de que o processo participativo e as ações decorrentes da participação são permeados por desigualdades, conflitos e contradições (WESTPHAL, 2000).

O outro ponto de vista apresenta uma lógica participativa verticalizada e tem por objetivo atingir o equilíbrio e o alívio de tensão. Este desenho está referido à tradição metodológica clássica de Durkheim (1963), que parte de uma concepção harmoniosa da sociedade. Haveria, nesta concepção, a

busca da integração social dos membros da sociedade, onde todos estariam em igualdade de condições. Logo, a desordem e os conflitos seriam fenômenos marginais, e de desvio, que desafiariam o sistema a construir sistematicamente formas de coerção para sua manutenção.

São exemplos desta corrente de pensamento os programas participativos, estimulados pelo Estado, que adotam caráter compensatório para que haja a superação da marginalização social, uma vez que estes não incluem os diversos atores sociais na tomada de decisões, mas os tomam como objeto de intervenção.

Nessa perspectiva da objetualização dos atores sociais, há uma série de projetos de participação social que tendem a considerar, mesmo que de modo implícito, as comunidades, ou coletivos, como grupos homogêneos, pouco diferenciados, não levando em consideração suas peculiaridades e contradições. Os coletivos indiferenciados facilmente se caracterizam por se constituírem como grupos “massa”, que se pautam por processos regressivos, onde fatalmente podemos antever a ascensão de um líder, o autoritarismo, o populismo ou a cooptação como desdobramento (FREUD, 1921/1943).

De forma oposta, para Demo (1988) a participação é conquista diferente de concessão. É um processo de luta pelo poder onde o relevo está dado na negociação dos conflitos, na partilha dos processos decisórios. “Em torno do poder se organiza, se institucionaliza, bem como, por causa dos conflitos de poder se desinstitucionaliza e se supera” (DEMO, 2001, p. 82)-

A participação social, desde este ponto de vista, é um processo histórico e relacional, que implica a construção de identidades em torno de interesses comuns e da ação social. Nessa perspectiva, a relação do Estado com a participação social dos setores menos favorecidos não exclui a contradição estrutural do sistema capitalista. Revela o conflito, expõe a divisão entre grupos ou classes antagônicas.

A conjuntura contemporânea demanda um sistema político que consiga suportar as crescentes complexidades da vida em sociedade. A democracia é o sistema vigente na grande maioria dos países, mas a sua real aplicação encontra grandes diferenças entre eles. Apesar dessas divergências, a democracia representativa, baseada em eleições periódicas de representantes, é o modelo mais desenvolvido. Entretanto, cada vez mais, este modelo vem sendo questionando quanto: à qualidade dos processos democráticos e a sua suficiência para resolver os problemas do mundo atual.

As democracias representativas, então, passaram a ampliar as formas de participação social para além do voto através da instauração de novos campos de participação. A forma mais difundida dessa participação no Brasil refere-se ao estabelecimento de instâncias institucionalizadas sob a forma de conselhos de direito e de gestão de políticas públicas.

Contudo, mesmo que o espaço democrático se amplie, é importante reforçar a concepção de Participação formulada por AMMANN (1980), visto que ele resgata a discussão sobre a importância de mecanismos de democracia direta e/ou participativa no âmbito do sistema político. Para esta autora a participação é o processo mediante o qual as diversas camadas da sociedade tomam parte na gestão, produção e usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada. Esta definição aponta para um tipo ideal de participação, que deve constituir-se como referência para o desenvolvimento dos projetos pautados na equidade e na Participação Social.

A análise dos processos de participação social no nosso país está perpassada pelos condicionantes da cultura política. Tanto o Brasil, como os demais países da América Latina, estão marcados por tradições centralizadoras, paternalistas e, portanto, por padrões de relação clientelistas e de interesses criados entre Sociedade e Estado.

Entretanto, estes condicionantes não têm sido necessariamente fatores impeditivos para a emergência de uma grande diversidade de formas

de participação dos setores populares, onde, muito embora freqüentemente os movimentos sociais se situem no escopo das práticas no contexto das tradições anteriormente descritas, outras as contradizem abertamente.

O tema dos direitos e da cidadania assume dimensão relevante no contexto deste referencial analítico, na medida em que permite aprofundar o significado do impacto destes movimentos no Brasil.

No Brasil, a construção do projeto alternativo de reforma no sistema sanitário tem seus antecedentes no final dos anos 1970. Nesse período, a sociedade brasileira passava por um processo de transformação nas relações entre Estado e sociedade, desencadeada pelo enfrentamento ao regime militar, sobretudo na área social, cobrando uma dívida social (PÊGO; ALMEIDA, 2001, SIQUEIRA-BATISTA, 2006).

A luta pela democratização do país, e conseqüentemente pela saúde, convergiu para um importante movimento nacional que reivindicou mudanças radicais no sistema sanitário existente. O chamado Movimento da Reforma Sanitária levou à ampliação da organização popular e à emergência de novos atores sociais, produzindo e incrementando as demandas sociais sobre o Estado. Seu objetivo era produzir um novo conhecimento e uma nova práxis que abarcassem as causas populares e que fossem capazes de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania.

O movimento lutava pela transformação social, advogando a constituição de sujeitos dotados de consciência social, conquistada através de sua consciência sanitária (PÊGO; ALMEIDA, 2001). Dentro deste contexto social e político ocorre no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu como um marco na história da saúde no Brasil, reunindo pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultando na ampla legitimação dos pressupostos político-ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária.

Essa conferência definiu os princípios básicos sobre os quais o SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídios para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988.

A participação social foi pensada e vivida nesta conferência, a partir da inserção da população na determinação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde, em todos os níveis do sistema de saúde (GUIZARDI et al., 2004). Nesse contexto, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, abre perspectivas para apoiar as ações no domínio social. Prevê a participação popular na gestão pública, seja ou não por via institucional, prevalecendo assim, a vontade da população sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo (BRASIL, 1988).

Diante dessa realidade, os conselhos de saúde, instituídos como forma de controle social são reconhecidos como resultado da revitalização da sociedade civil durante o processo de redemocratização do país e uma derivação direta das exigências em prol da saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado (LABRA, 2005).

Conseqüentemente, pode-se observar que houve um processo de institucionalização dos processos participativos em saúde, que resulta em aspectos positivos e negativos.

5.5 Novos Movimentos Sociais

Apesar de não haver uma definição única dos movimentos sociais, na análise de Gohn, (1997), estes significam tanto um conjunto de ações coletivas dirigidas tanto à reivindicação de melhores condições de trabalho e vida, com caráter contestatório, quanto inspiração para construção de uma nova sociabilidade humana, ou seja, a transformação das condições econômicas, sociais e políticas das bases da sociedade atual.

Muitos autores se propuseram estudar os movimentos sociais em seu desenvolvimento histórico, em sua composição social, em sua dinâmica

interna e em suas relações com o poder. Mais recentemente, para essa análise surgem os ideólogos dos denominados “novos movimentos sociais”.

Os chamados “novos movimentos sociais” desenvolvem ações particularizadas relacionadas às dimensões da identidade humana, como por exemplo, o movimento de mulheres e os movimentos ecológicos e contra a fome. Estes têm como característica um afastamento do caráter classista presente nos movimentos sindicais e operários, que se organizaram em torno do mundo do trabalho e que assumiram, explicitamente, contraposição ao sistema social vigente.

Na visão de Gohn (1995, p. 44), esta expressão foi:

(...) cunhada na Europa, nas análises de Claus Offe, Touraine e Melucci..(...)Os novos movimentos se contrapõem aos velhos movimentos sociais, em suas práticas e objetivos, ou seja, se contrapõem ao movimento operário-sindical, organizado a partir do mundo do trabalho.

A tipificação esboçada pelos expoentes dos “novos movimentos sociais”, particularmente quanto à classificação em velhos e novos, pode representar por si mesma, um outro olhar em relação às formas históricas de organização e mobilização da classe que vive do trabalho. São caracterizadas como algo a ser repensado e, em última análise, deslocadas do atual contexto histórico, com o objetivo de que o paradigma e as formas de organização dos novos movimentos sociais sejam incorporados pelo movimento dos trabalhadores, colocando em segundo plano a exigência de uma nova sociabilidade, diversa do Capitalismo.

Segundo Scherer-Warren (1996, p. 49) “novos” movimentos sociais que tem emergido:

(...) almejam atuar no sentido de estabelecer um novo equilíbrio de forças entre Estado (aqui entendido como o campo da política institucional: o governo, dos partidos e dos aparelhos burocráticos de dominação) e sociedade civil (campo da organização social que se

realiza a partir das classes sociais ou de todas as outras espécies de agrupamentos sociais fora do Estado enquanto aparelho), bem como no interior da própria sociedade civil nas relações de força entre dominantes e dominados, entre subordinantes e subordinados.

Para Offe (1992), as bases sociais desses novos movimentos seriam: em primeiro lugar, a nova classe média, especialmente aquela que trabalha em profissões de serviços humanos e/ou no setor público; em segundo lugar, os elementos da velha classe média, e, em terceiro, uma categoria da população formada por gente à margem do mercado de trabalho ou em uma posição periférica a ele. É nessa última direção, ou seja, de reafirmar as potencialidades conflituosas dos “novos movimentos sociais” com as relações de produção capitalistas, que de fato não conseguem realizar e satisfazer os anseios por uma vida plena de sentido.

Na visão de Antunes (2001), a classe trabalhadora

no mundo contemporâneo é mais complexa e heterogênea do que aquela existente durante o período de expansão do fordismo. O resgate do sentido de pertencimento de classe, contra as inúmeras fraturas, objetivas e subjetivas, impostas pelo capital, é um dos seus desafios mais prementes. Impedir que os trabalhadores precarizados ficassem à margem das formas de organização social e política de classe é desafio imperioso no mundo contemporâneo. O entendimento das complexas conexões entre classe e gênero, entre trabalhadores “estáveis” e trabalhadores precarizados, entre trabalhadores nacionais e imigrantes, entre trabalhadores qualificados e trabalhadores sem qualificação, entre trabalhadores jovens e velhos, entre trabalhadores incluídos e desempregados, enfim entre tantas fraturas que o capital impõe sobre classe trabalhadora torna-se fundamental, tanto para o movimento dos trabalhadores e das trabalhadoras, como para a reflexão da esquerda anticapitalista (2001, p. 227).

Daí se defender, na linha de uma visão marxista, que os “novos movimentos sociais” podem adquirir um significado para além das relações

sociais atuais na medida em que assumam um projeto social, político e econômico que aponte para a construção de uma sociabilidade plena de sentido e diferenciado das relações de produção e de dominação política do capital, criando assim as condições para o desenvolvimento real das potencialidades e da subjetividade humana.

Segundo Antunes (2001), a sociedade contemporânea vem presenciando

profundas transformações, tanto nas formas de materialidade quanto na esfera da subjetividade, dadas as complexas relações entre essas formas de ser e existir da sociabilidade humana. A crise experimentada pelo capital, bem como suas respostas, das quais o neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível são expressões, têm acarretado, entre tantas conseqüências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho. Dentre elas podemos inicialmente mencionar o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas além de uma degradação que se amplia, na relação metabólica entre o homem e a natureza, conduzida pela lógica societal voltada prioritariamente para a produção de mercadorias e para a valorização do capital (2001, p. 15).

Os movimentos sociais, sejam novos ou tradicionais, encontram-se contextualizados em meio a essas transformações ocorridas na economia, com a expansão dos mercados, marcados pela profunda crise estrutural da economia mundial e pelas mudanças nos modelos de organização da produção e do trabalho sob inspiração fordista para um padrão de flexibilização das relações de trabalho e produtivas baseadas no toyotismo.

A emergência desses novos movimentos sociais e a polêmica quanto a sua ligação com os movimentos classistas nos parece importante na medida em que se pode dar relevo a problemática dos sujeitos envolvidos no processo.

Segundo Boaventura Santos (2002), as iniciativas que envolvem cidadãos comuns ou grupos vulneráveis, que abordam temas diversos como

as questões de gênero, biodiversidade, direito à terra, meio ambiente, água potável ou direitos trabalhistas, se consideradas em conjunto, podem ser vistas como uma forma de globalização contra-hegemônica.

A esse respeito cabe aqui salientar as considerações de Zioni e Westphal:

Na contemporaneidade a questão social não diz respeito à promoção de uma cidadania abstrata, mas sim à criação de espaços onde essa cidadania possa se enraizar em experiências individuais concretas. O que se discute agora não é mais simplesmente integrar e socializar indivíduos para transformá-los em cidadãos. Trata-se, ao contrário, de criar condições sociais que permitam a cada pessoa aceder com sua particularidade à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia, tornando-se sujeito de direitos (2007, p. 34).

5.6. Redes Sociais

O conceito de redes tem múltiplas conotações e diversas abordagens. Segundo Scherer-Warren (1993) as ciências físicas e humanas têm recorrido ao conceito de rede de forma bastante ampla e diversa. A geografia fala de redes técnicas, produtivas, territoriais, sociais e urbanas. A administração também utiliza o conceito, analisa as redes organizacionais, empresariais e de controle. Na economia o termo se dirige a noção de mercado, do consumo e da produção. Na antropologia encontramos o conceito vinculado a redes de vizinhança, parentesco e amizade. Já na sociologia o termo ancora-se à idéia de articulação política, ideológica ou simbólica.

As noções de rede têm sido utilizadas como instrumentais para análise desde a década de 50, com a sociometria de Moreno, que se valeu da teoria dos gráficos, da matemática, para análise das relações sociais. Esta serviu de base mais tarde para abordagem da psicologia social. A idéia da rede como tecido social ou rede energética vem da biologia e da ecologia

e, das ciências da computação, surge a noção de redes de informação (SCHERER-WARREN, 1993).

A perspectiva que nos interessa aqui diz respeito à proliferação das redes na gestão pública, consequência das transformações nas relações entre Estado e sociedade. Nos países latino-americanos, os processos de democratização favoreceram a criação de organizações sociais em defesa dos direitos sociais e gestão das políticas públicas. Nesse processo, as redes sociais assumiram um papel privilegiado e representam um conjunto de atores sociais unidos por idéias, valores e interesses compartilhados.

A rede tem como elemento estrutural básico o ator, uma unidade discreta que representa uma pessoa ou um conjunto agrupado em uma unidade social, como uma empresa ou associação, que possui atributos específicos e identificáveis. Os diversos atores que compõem a rede são, em geral, caracterizados como 'nós'. O conceito de rede como um conjunto de 'nós' conectados tem como pressuposto as relações sociais, a interação entre as unidades. Tal concepção permite visualizar a rede social como um conjunto de relacionamentos, uma malha, um tecido social que possui relações relativamente estáveis e de natureza não hierárquica e independente. A constituição da rede se faz mediante o compartilhamento, pelos atores que a compõem, de interesses e objetivos comuns definidos coletivamente (JUNQUEIRA; DAPUZZO, 2010, p. 1).

Scherer-Warren (1993) situa que a idéia de rede tem sido propagada por atores sociais como conceito propositivo, estando referida a uma estratégia de ação coletiva onde a participação cidadã está no eixo da articulação. Esta noção de rede pressupõe que as ONGs, o poder público, os movimentos de bairro, os movimentos religiosos, a iniciativa privada e outras forças vivas do território, possam estar articuladas em torno de interesses locais comuns. Ou ainda no dizer de Marteleto (2006, p. 75),

Redes sociais referem-se a um conjunto de pessoas (ou organizações ou outras entidades sociais) conectadas por relacionamentos sociais, motivados pela amizade e por relações de trabalho ou compartilhamento de informações e, por meio dessas ligações, vão construindo e re-construindo a estrutura social.

Sob essa perspectiva, o conceito de redes possibilita-nos constituir um campo de diferentes articulações políticas, ideológicas ou simbólicas entre os diversos atores sociais (grupos ou indivíduos). Quando existe o trabalho em redes há a possibilidade de minimização das práticas hierarquizadas, autoritárias e dos efeitos “massa” nos grupos.

Os projetos participativos estabelecem laços sociais entre os seus integrantes e deflagram relações intersubjetivas próprias da convivência no campo grupal. A trama discursiva dos sujeitos produz laços sociais e constitui redes humanas que se articulam constituindo códigos e leis que vão para além das vontades individuais.

Marteletto (2001) enfatiza que nas redes sociais, há valorização dos elos informais e das relações, em detrimento das estruturas hierárquicas e que esta é uma característica presente nas organizações contemporâneas.

O estudo das redes coloca assim em evidência um dado da realidade social contemporânea que ainda está sendo pouco explorado, ou seja, de que os indivíduos, dotados de recursos e capacidades propositivas, organizam suas ações nos próprios espaços políticos em função de socializações e mobilizações suscitadas pelo próprio desenvolvimento das redes. Mesmo nascendo em uma esfera informal de relações sociais, os efeitos das redes podem ser percebidos fora de seu espaço, nas interações com o Estado, a sociedade ou outras instituições representativas. Decisões micro são influenciadas pelo macro, tendo a rede como intermediária (p. 72).

5.7 Touraine: Sujeito Social, Democracia e Modernidade

Touraine (2007) reconhece a crise da sociologia clássica ao explicar a modernidade com seus referenciais, que caracterizam processos de reprodução social, como mecanismos de reiteration da ordem e necessários ao progresso.

Touraine (2007) opõe-se à sociologia clássica, que era uma sociologia da ordem. Nomeou a sociedade moderna como “sociedade programada” ou “pós-industrial” devido aos fenômenos de instabilidade e fragmentação característicos da mesma, quer pela “decomposição” da idéia de sociedade como unidade ou totalidade, quer pela instabilidade constante e pela mudança permanente substituída pela idéia de sociedade como um mosaico.

Em sua análise da modernidade, Touraine (1998) dedicou-se ao estudo da potencialidade política e social daquele que define como sujeito ou ator social. O sujeito para ele é aquele que se expressa, age e busca o reconhecimento como ator, forma-se nos processos sociais e na relação com os outros. Não trabalha com a separação entre ator e sistema, enfatiza a inter-relação entre os dois termos criando, a partir daí, uma sociologia da ação social.

Touraine (1996a) ainda referiu que há uma contínua tensão entre um universo instrumental, sob a égide racionalizadora da sociedade, e um universo simbólico, marcado pelas experiências de produção e afirmação dos sujeitos sociais. O sujeito social (indivíduo ou grupo) estaria tanto dirigido a aliviar essa tensão, como dirigido para si mesmo e para o que se poderia denominar esforço de subjetivação.

O estudo do ator social e, conseqüentemente, de sua intervenção na sociedade, só adquire sentido e consistência na perspectiva da democracia. A relevância que estamos conferindo à discussão sobre a democracia, portanto, está diretamente relacionada com a importância dos fenômenos

participativos para que ela se concretize. Assim sendo, o tema da democracia deve ser tomado como referencia fundante no estudo da participação social.

Para Touraine (1996b), a democracia não está garantida pelo funcionamento das instituições formais, mas se evidencia na luta dos sujeitos contra a lógica dominadora dos sistemas sociais. É de fundamental importância que os sujeitos preservem sua memória e que possam associar o pensamento racional, a liberdade pessoal e a identidade cultural.

Gadea (2005) em seu artigo "A contribuição de Alain Touraine para o debate sobre sujeito e democracia latino-americanos", situa como interessante a idéia do sociólogo francês de que a racionalização, acompanhada e iluminada pelas aspirações universalistas e seu correlato de suposta convivência social, deve combinar-se com a idéia da defesa do sujeito, entendida aqui como um "desejo" que atravessa o político, o moral e o ético em indivíduos e culturas.

Na articulação do singular com o coletivo, assim como Touraine (1998) incluiu em sua análise da sociedade, a dimensão do sujeito como ator social, como aquele que expressa vontade de agir e o desejo de ser reconhecido, Freud (1921/2006), em sua análise do sujeito, não divorciou os processos psíquicos deste dos fenômenos e da dinâmica social contemporâneos.

5.8 O Sujeito e os Grupos na Psicanálise

Desde o final do século XIX Freud (1921/2006) defendia a idéia de que o ser humano não age somente de modo consciente, mas move-se também por um conjunto de forças e motivações inconscientes a si. Nessa perspectiva, ao abrir as portas do inconsciente, a psicanálise incita o homem a desvencilhar-se da alienação e da dependência que caracterizam a sua entrada no mundo como sujeito da linguagem e a buscar a autonomia e responsabilização através da assunção de seu desejo.

Muito embora a experiência freudiana estivesse, fundamentalmente, dirigida a uma práxis terapêutica individual, a análise do sujeito empreendida por Freud incluiu, desde o início, o outro, o semelhante, e a cultura. Importante salientar que a análise da dinâmica psíquica proposta pela psicanálise não se reduz à compreensão dos processos individuais, mas abrange uma perspectiva mais ampla. Para Freud, a relação do sujeito com seus pais, vizinhos, objeto de amor, assim também como com o analista é tema do tratamento e da pesquisa psicanalítica. Ele não hesita em questionar a dicotomia presente em sua época, e ainda hoje vigente, entre uma psicologia social e uma psicologia individual, considerava a psicanálise um método de investigação do inconsciente, uma técnica de tratamento e uma teoria do comportamento humano.

A oposição entre psicologia individual e psicologia social ou de massas, que a primeira vista quem sabe nos parecerá muito substancial, perde boa parte de sua nitidez se a examinamos mais a fundo. É verdade que a psicologia individual trata do ser humano singular e estuda os caminhos pelos quais busca alcançar a satisfação de suas pulsões. Mas, só rara vez e sob condições de exceção pode o sujeito prescindir dos vínculos com o outro. Na vida anímica do indivíduo, o outro conta com total regularidade como modelo, como objeto, como auxiliar e como inimigo e por isso desde o começo mesmo a psicologia individual é simultaneamente, psicologia social neste sentido mais lato, mas inteiramente legítimo (FREUD, 1921/, 2006, p. 67).

Em Psicologia das Massas e Análise do Eu, Freud (1921/2006) parte das considerações de Le Bon onde este afirma que: no coletivo, na massa, surge o anonimato e desaparece a responsabilidade, fazendo emergir os fenômenos sugestivos e de contágio, próprios da anulação das diferenças e da supressão das leis que regulam os coletivos em favor dos abusos permitidos pela subserviência ao líder. Freud agrega ao trabalho de Le Bon outros elementos presentes nos processos grupais, tematizando o problema do amor, da identificação, do ideal e do líder.

A identificação, muitas vezes pensada somente no âmbito do sujeito, é trabalhada por Freud também em relação ao funcionamento e dinâmica dos sujeitos nos grupos e instituições. A igreja e o exército são referidos por ele como exemplos de uma particular relação do sujeito com um signo universal que promove a organização dos sujeitos em massa, colocados diante de um chefe, unidos pela identificação a um único e mesmo objeto. Este tipo de laço não comporta a diferença subjetiva entre os sujeitos, pois prevalece uma relação hipnótica com o líder. A questão da constituição dos coletivos como grupo ou como massa é particularmente interessante para a pesquisa, principalmente para a análise da participação nos movimentos sociais, na perspectiva dos atores, a partir dos lugares sociais que ocupam.

O grupo diferentemente da massa, mesmo que perpassado pelos efeitos imaginários e simbólicos resultantes das relações recíprocas entre os sujeitos não estão tão fortemente presos a constituição de um único ideal. Nos grupos, pode haver brechas que possibilitam tanto a expressão do desejo singular do sujeito, quanto o engajamento coletivo em uma ação ou projeto. Quando há esta possibilidade há o reconhecimento do outro, elemento fundamental e constitutivo.

Lacan (1988) demonstra em seu texto, o estádio do espelho, o nascimento do eu do sujeito, a aquisição progressiva da imagem corporal a partir da precipitação de uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de totalidade corporal, e as diversas identificações imaginárias que poderão, a partir daí, fazer-se com seu semelhante, constituindo a vida em sociedade.

No texto "A esquizo do olho e do olhar" (1985), destaca que não se trata apenas do olho do sujeito em si, mas de uma presença constitutiva, o olhar do Outro como a sustentação psíquica necessária para que o sujeito possa emergir enquanto sujeito do desejo. A relação que se estabelece com o Outro, permeada pelo olhar e pelo desejo viabiliza o estabelecimento do circuito pulsional, a libidinização de um corpo ainda fragmentado, precipitando-o numa unidade narcísica. A partir dessa apreensão que o

sujeito faz do corpo próprio a partir do olhar do Outro, vai-se uma passagem do eu especular para o eu social

Freud resgata a lenda de Schopenhauer sobre os porcos-espinhos para falar da aproximação com o outro e do coletivo, mas também para abordar a dificuldade a intolerância frente a aproximação demasiada com o outro.

Um grupo de porcos espinhos apinhou-se apertadamente em certo dia de frio de maneira que aproveitavam o calor uns dos outros e assim salvaram-se da morte por congelamento. Logo, porém, sentiram os espinhos uns dos outros coisa que os levou a separarem-se novamente. E depois quando a necessidade de aquecimento os aproximou mais uma vez, o segundo mal surgiu novamente. Dessa maneira foram impulsionados para trás e para frente, de um problema para o outro até descobrirem uma distância intermediária, na qual podiam mais toleravelmente coexistir (FREUD, 1921, p. 128).

A metáfora dos porcos espinhos nos possibilita pensar que a arte da aproximação e afastamento necessários ao convívio humano é possibilitada pelo reconhecimento da posição do outro e da possibilidade de mudança e adaptação frente às novas situações.

A fixidez em uma posição única por parte dos sujeitos gera nos coletivos a situação extrema de intolerância. Freud chamou de “narcisismo das pequenas diferenças” as rixas, as brigas desnecessárias que causam os eventos de intolerância.

Cada vez que duas famílias se vinculam por matrimônio, cada uma delas se julga superior ou de melhor nascimento do que a outra. De duas cidades vizinhas, cada uma é a mais ciumenta e rival da outra; cada pequeno cantão encara os outros com desprezo. Raças extremamente aparentadas mantêm a certa distancia uma da outra: o alemão do sul não pode suportar o alemão setentrional, o inglês lança todo tipo de calúnias sobre o escocês, o espanhol despreza o português. Não ficamos mais espantados que diferenças maiores conduzam a uma repugnância quase insuperável, tal como a que o

povo gaulês sente pelo alemão, o ariano pelo semita e as raças brancas pelos povos de cor (FREUD, 1921, p. 128-129).

Podemos constatar, portanto, que não há subjetividade que se forme fora do laço social. Os fenômenos identitários promovem constroem laços e articulam ideais coletivos. Toda relação social pressupõe jogos de linguagem onde estão presentes: os valores individuais e grupais, as identidades, as idealizações e as relações de confiança que vão constituir as bases do capital social, tal como citado por MARTELETO (2004). Ou seja, o sentido da vida não é um valor inerente a ela própria, é efeito de uma construção discursiva que confere significado ao aleatório. Nesse sentido, nos processos coletivos, a inclusão da análise da dinâmica psíquica é particularmente benéfica para compreensão do fenômeno social.

Portanto, seria necessário incorporar novas disciplinas na formação de gestores e planejadores que lhes permitissem entender as várias dimensões com que estão lidando na hora das decisões e conflitos no palco grupal, pois não se trata somente de criar espaços de fala e trocas auto-reflexivas que propiciariam a democratização e um grau de análise maior das práticas, coisa de por si já importante. Trata-se de poder compreender também que esses espaços são freqüentemente lócus de apresentação de uma mise-en-scène de estados pulsionais inconscientes (CAMPOS, 2005).

Ao eleger a participação social como objeto de estudo, na perspectiva dos sujeitos envolvidos nos processos sociais, a partir dos referenciais acima citados, pretendeu-se salientar o potencial que a interlocução e o diálogo entre as diferentes disciplinas contemplam, frente à complexidade da análise da vida em sociedade e da participação em particular.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar a participação social na implementação do Projeto RVL em Guarulhos

6.2 Objetivos Específicos

1. Identificar os atores sociais envolvidos no projeto RVL (perfil sociodemográfico dos indivíduos, grupos, organizações, movimentos sociais, etc.), e como entendem a participação
2. Identificar o olhar dos atores sociais para o lugar onde vivem: problemas, potencialidades, sonhos e desejos

Descrever e analisar as formas de participação assumidas pelos diversos atores, identificando as modalidades de participação assumidas, o protagonismo dos participantes e como articulam suas aspirações singulares ao movimento coletivo, à criação de redes sociais e à percepção de barreiras e oportunidades existentes para a participação.

7 METODOLOGIA

Segundo Minayo e Sanches (1993), o conhecimento científico é a busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica, sendo que o método constitui o fio condutor para se formular essa articulação. Um bom método, portanto, é aquele que possibilita a construção correta dos dados e permite uma reflexão profunda sobre a dinâmica da teoria.

Para a realização da presente pesquisa, utilizamos o Estudo de Caso como método de investigação, pois este se dirige à análise de fenômenos complexos e possibilita a realização de uma análise em profundidade do objeto de estudo. No Estudo de Caso, a ênfase é dada à descrição e ao entendimento da relação entre os diversos fatores em cada situação, não importado o número de envolvidos (CAMPOMAR, 1991).

Segundo Yin (2003) o Estudo de Caso investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Embora seu alcance não seja generalizável, seus achados podem ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com a situação estudada.

A abordagem de Estudo de Caso é qualitativa, sendo esta importante para compreender os valores culturais, aspirações, motivações e as representações de sujeitos, e grupos determinados, a respeito de temas específicos (MINAYO, 1992).

Através da abordagem qualitativa pode-se incorporar o conteúdo dos depoimentos à lógica que os organiza. Os estudos qualitativos possibilitam enfatizar, tanto o processo, quanto o produto e preocupam-se em retratar a perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo (LÜDKE, ANDRÉ 1986, MINAYO, 1999, NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Três são os aspectos que nos permitem caracterizar uma abordagem qualitativa. O primeiro tem caráter epistemológico e se relaciona com a visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador que se propõe a

realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. O segundo aspecto diz respeito ao tipo de dado que se objetiva coletar, isto é, dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro concerne ao método de análise, que na pesquisa qualitativa busca bem mais a compreensão e significado do que as evidências (MARTINS; BICUDO, 1989 apud BÓGUS; NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

No presente estudo, a pesquisa qualitativa baseada no Estudo de Caso, possibilitou também, encontrar um caminho metodológico que permitiu articular os fundamentos da pesquisa sociológica a conceitos da psicanálise. Nessa medida, tendo como elemento central a análise em profundidade para a compreensão do fenômeno estudado, promoveu a emergência de aspectos não mensuráveis, mas que se encontravam presentes no fenômeno estudado.

Como exemplo, podemos citar a relação pesquisador-entrevistado. A entrevista para a coleta de dados não é um simples relato, ela envolve a interação entre sujeitos. Envolve a constituição de um espaço intersubjetivo. Nesse sentido, a pesquisa não está imune aos fenômenos transferenciais que se estabelecem tanto entre a pesquisadora, que também é responsável pela coordenação do projeto, e o entrevistado, quanto entre este e a instituição que esteve na linha de frente do projeto (Secretaria da Saúde). Se no tratamento psicanalítico a análise da transferência é elemento fundamental para a melhora sintomática do sujeito, aqui ela compõe com o conjunto de outros elementos um rico material de análise.

7.1 Coleta de Dados

Para coleta de dados do Estudo de Caso foram utilizadas diversas fontes de evidência. Primeiramente procedeu-se a pesquisa de documentos, relatórios, fotografias e materiais produzidos no decorrer do projeto, seguida

foram realizadas as entrevistas e, finalmente, agregaram-se os dados provenientes da observação participante.

7.1.1 Análise Documental

A análise documental permitiu a caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica da cidade de Guarulhos/SP e dos três distritos de saúde onde se desenvolveu o projeto Rostos Vozes e Lugares. O diagnóstico da cidade e das três regiões envolvidas foi elaborado pela equipe da Secretaria da Saúde, com o apoio técnico do Cepedoc Cidades Saudáveis da Faculdade de Saúde Pública, através da consulta a diversas fontes bibliográficas, documentos, à própria Secretaria da Saúde e outras secretarias e entidades, e de entrevistas com antigos moradores da cidade. Este diagnóstico técnico foi à primeira etapa no processo de implantação do projeto RVL. Também tivemos acesso: à caracterização dos participantes através da consulta a listas de presença, fotografias, vídeos e relatórios, à análise de outros documentos produzidos durante a implantação do projeto, como matérias de jornais e registros não-oficiais, que também nos forneceram informações úteis à compreensão mais ampla do objeto de estudo.

7.1.2 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas em profundidade com diversos atores sociais participantes do projeto RVL em Guarulhos. O acesso a eles foi tanto através de consultas à lista de presença, onde constava o telefone e, em alguns casos, o email do participante, como também através da visita a algumas das oficinas de artesanato desencadeadas pelo projeto. As entrevistas são uma das fontes de informação mais importantes para os Estudos de Caso.

Segundo Yin (2003), a entrevista deve ocorrer em dois níveis: por um lado, deve ser realizada de forma espontânea, de modo a estimular a liberdade de fala e expressão do entrevistado, e, por outro, deve satisfazer as necessidades da linha de investigação seguida pelo entrevistador, ponto em que deve ser mais diretiva, tentando atender aos objetivos da pesquisa.

Nesse sentido, foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturada, buscando contemplar tanto a possibilidade do entrevistado se expressar de modo livre e espontâneo, acrescentando considerações e informações que julgasse importante, quanto à coleta dos dados necessários aos objetivos da pesquisa, bem como informações sobre questões relativas ao perfil socioeconômico dos participantes e das entidades que representam.

Foram elaborados cinco roteiros: um para os usuários dos serviços (Anexo4), um para representantes de entidades, associações ou movimentos sociais (Anexo 5), um para representantes da iniciativa privada (Anexo 6), um para representantes do poder público do segmento dos gestores (Anexo 7), um para representantes do poder público do segmento dos trabalhadores (Anexo 8).

(...) o roteiro, ao buscar a intensividade e as diferenciações de significados de fatos, relações e representações, depende fundamentalmente dos processos interativos. O pesquisador deve ter habilidade para transformar o objeto teórico em “conversas com finalidade” e “observações com propósitos” (VEIGA et al., 2005 apud MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005, p.).

Nesta pesquisa, a escolha dos sujeitos entrevistados foi definida por amostragem, de forma a contemplar a todos os segmentos sociais participantes (conselheiros gestores de saúde e/ou usuários dos serviços de saúde, trabalhadores e gestores da Secretaria da Saúde e/ou de outras

secretarias do município, bem como representantes de ONGs, da iniciativa privada e de movimentos religiosos).⁶

Quem selecionar e quantos selecionar na amostra da pesquisa são questões importantes e complementares. Na análise qualitativa respondemos a elas através da busca da representatividade da amostra e da qualidade dos dados obtidos. Essa definição também esteve relacionada à possibilidade da amostra conter e refletir certas dimensões de contexto.

A amostragem foi definida por saturação. Esta ferramenta é freqüentemente utilizada no desenvolvimento de pesquisas qualitativas para definição ou fechamento do tamanho da amostra. Glaser e Strauss (1967) originalmente conceituaram a saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo), pertinentes a discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica, levando em consideração critérios como os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria, e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.

A suspensão de novos participantes ocorre quando, na avaliação do pesquisador, os dados começam a apresentar certa redundância ou repetição e as informações passam a não acrescentar nada de novo ao material coletado e pouco servem para ampliar a reflexão teórica.

Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 1) alertam, entretanto, para o cuidado e para a necessária problematização da utilização dessa ferramenta de definição amostral, uma vez que é freqüentemente utilizada de uma forma a crítica. É fundamental, portanto, que o fechamento amostral explicita os critérios utilizados, para isso é necessário uma contínua análise de dados.

A saturação ocorre quando a captação de novos componentes é interrompida. Contudo, esse ponto de saturação também é algo que contém certa imprecisão: uma vez que é sempre definido *a posteriori*. É necessário

⁶ Neste momento da pesquisa foram analisadas somente as entrevistas do segmento dos conselheiros de saúde/usuários. A análise dos demais segmentos será concluída até a finalização da mesma.

fazer várias entrevistas e, só depois disso, pode-se definir o ponto a partir do qual elas passam a ser repetitivas.

Considera-se, também que, dependendo do objeto ou do problema focalizado, diferentes níveis de abrangência do contexto investigado são requeridos, na tentativa de captar os diferentes tipos ou níveis de simbolização presentes nas manifestações individuais dos participantes de uma pesquisa: número de indivíduos representantes desse contexto, diferentes tempos de duração de entrevista ou capacidades de *insight* dos entrevistados, assim como diferentes níveis de aprofundamento interpretativo por parte do pesquisador.

Patton (1991) enumera várias técnicas para se definir uma amostra intencional, mas geralmente seu fechamento se dará por redundância ou saturação. A definição também pode ocorrer por exaustão, ou seja, quando se esgotou o número de entrevistados de um determinado grupo, sem que necessariamente haja repetição de conteúdo das entrevistas.

O conceito de saturação encontra respaldo em diversas teorias, como a Teoria das Representações Sociais, reflete-se no conceito da determinação social das representações individuais, e, na Análise do Discurso, no conceito de determinação histórica e social das formações discursivas e da fala.

O fechamento da amostra resulta de um balanço do pesquisador sobre o que valorizar: as diferenças ou o que se repete. Isso leva à reflexão sobre a relação indivíduo-grupo e sobre qual desses aspectos a abordagem teórica do investigador privilegia.

No presente estudo cabe salientar a dificuldade encontrada para realização das entrevistas, principalmente do segmento dos usuários e dos representantes de entidades. Houve várias desmarcações feitas pelos entrevistados e também ausência nas mesmas, quando marcadas. Principalmente por parte dos conselheiros/usuários e representantes de entidades que moram em regiões mais distantes da cidade. No segmento dos representantes da iniciativa privada a amostra foi definida por exaustão,

visto que houve somente uma empresa que participou ao longo de todo o processo do RVL Neste caso este segmento teve um único entrevistado.

7.1.3 Observação participante

A observação participante é inerente a este estudo, uma vez que a pesquisadora exerce a função de coordenação do projeto. A observação participante pode tanto enriquecer a investigação, uma vez que o pesquisador tem acesso a eventos que de outra forma seriam inacessíveis à investigação científica, como, por outro lado, apresentar problemas relativos à produção de vieses, visto que o pesquisador está implicado no estudo sob investigação.

Nesse sentido, a utilização de diversas fontes de informação foi bastante útil, pois possibilitou a triangulação dos dados com o objetivo cotejar e validar os dados obtidos, corroborando fatos e/ou fenômenos.

A triangulação possibilitou, ainda, apreender as várias dimensões do objeto e agregar múltiplos pontos de vista ao estudo empreendido, a partir de variadas formulações teóricas, ou, a partir da visão de mundo dos informantes da pesquisa (YIN, 2003; MINAYO, 2005).

7.2 Análise dos Dados

O material produzido pelas entrevistas foi elaborado em diferentes passos. Primeiramente, as entrevistas foram gravadas e transcritas textualmente, posteriormente, o material foi lido e relido, sucessivas vezes, para que se pudesse fazer uma análise narrativa dos textos e destacar os elementos emergentes destas.

Esses elementos constituíram-se como analisadores que possibilitaram, no decorrer das leituras, a construção de categorias de análise para responder as questões levantadas pela pesquisa. Realizou-se

uma análise de conteúdo dos discursos, de forma a buscar-se sentidos e significações manifestas e latentes. A análise de conteúdo é,

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2002, p. 38).

Constituindo-se, desta forma, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Para a análise do discurso, lê-se na fala do indivíduo a do próprio grupo. As diferenças caracterizam-se como nuances determinadas que a linguagem adquire ao serem assimiladas as vivências pessoais aos contornos do enunciado.

Dessa forma, as semelhanças predominantemente indicam, na perspectiva social, o discurso do grupo, da formação social à qual pertence o sujeito ou, na perspectiva psicanalítica, as estruturas do aparelho psíquico mais universal, ou geral. Por sua vez, as diferenças marcam as vivências pessoais e as condições imediatas de produção da fala, podendo incluir os fenômenos ditos transferenciais na relação com pesquisador ou com a instituição onde a pesquisa é conduzida.

Logo, a constatação de saturação depende dos objetivos do pesquisador: se se tem como objetivo a captação daquilo que caracteriza o grupo, a saturação amostral se dá num determinado nível. Esse nível poderá garantir maior validade externa, ou seja, maior transferibilidade das interpretações para contextos mais amplos. Porém, se lhe interessa o conhecimento aprofundado do sujeito, essa saturação poderá, hipoteticamente, nunca ocorrer. Buscar-se-ia, nesse último caso, uma maior validade interna das interpretações, ou seja, um aprofundamento nos sujeitos que compõem a amostra, sem a preocupação precípua de ampla generalização. Tal aprofundamento pode corresponder a diferentes fenômenos, de acordo com a linha teórica adotada. Em sociologia, por exemplo, corresponderia à investigação dos modos como se concretizam, nos indivíduos, os comportamentos inerentes à estrutura de uma sociedade.

Em psicanálise, por seu turno, corresponderia à investigação da dinâmica transferencial ímpar entre um entrevistado e um pesquisador

Como nossa perspectiva aqui contempla a articulação da sociologia com a psicanálise pode-se dizer, ainda, que a saturação poderia corresponder ao que em psicanálise chama-se compulsão à repetição. Algo que o sujeito insiste em apresentar, sempre de forma modificada, mas com um núcleo estruturalmente igual. Este fenômeno que ocorre no âmbito do sujeito poderia ser transposto para as relações sociais e poderíamos dizer que o ponto de saturação é aquele onde, determinadas categorias ou elementos presentes na investigação não cessam de não se inscrever, ou seja, insistem.

Essa insistência na repetição de determinados conteúdos emergentes, ou significantes, vão compondo as chamadas semelhanças, ou identificações grupais, ou ainda, aquilo que socialmente apresenta maior valor, na medida em que vocalizado em diversas falas.

Esse procedimento não objetiva descaracterizar as singularidades de cada entrevista, mas sim possibilitar a constituição de categorias de análise. As particularidades e especificidades das respostas de cada um dos entrevistados também serão consideradas como importantes elementos de análise, uma vez que apresentam relação com os objetivos da pesquisa.

Foram realizadas 27 entrevistas em cinco segmentos populacionais que participaram do projeto RVL no período de janeiro de 2009 a junho 2010. Foram realizadas 7 entrevistas a gestores de saúde, 5 a trabalhadores da saúde, 9 a usuários dos serviços, 5 a representantes de entidades e 1 aos representantes da iniciativa privada.

A seguir apresentaremos o perfil de cada segmento entrevistado, com o levantamento das categorias para posterior discussão dos resultados e conclusão.

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS MORADORES DAS COMUNIDADES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Foram realizadas 9 entrevistas com usuários dos serviços de saúde que estão ou estiveram engajados de alguma forma no projeto RVL. Três estiveram presentes nas oficinas de diagnóstico participativo e participam das comissões executivas criadas para acompanhamento do projeto dos distritos de saúde Vila Galvão e Cabuçu. Os outros seis estão envolvidos nas ações criadas no distrito de saúde Vila Galvão e participam das oficinas de tear e/ou da cozinha enriquecida que acontecem na UBS São Rafael.

Oito entrevistados são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino. Percebe-se na participação no projeto um número desigual de homens e mulheres, com maioria expressiva da participação das mulheres em detrimento dos homens. Característica observada nas outras instâncias de participação no município, tal como nos conselhos gestores de saúde.

Vale ressaltar a dificuldade encontrada para entrevistar os moradores das regiões mais distantes da região central da cidade. Houve grande número de desmarcações de entrevistas por parte dos mesmos, bem como ausência nos encontros marcados para a realização destas. Dessa forma, para cumprimento dos prazos da pesquisa, foram entrevistados moradores pertencentes a região mais central: oito pertencentes ao distrito de saúde Vila Galvão e um entrevistado pertencente ao distrito de saúde do Cabuçu. Dos entrevistados do distrito Vila Galvão, cinco moram na favela São Rafael.

Todos os entrevistados têm telefone em casa e três citam o telefone como um meio de comunicação muito utilizado. Cinco deles também possuem telefones celulares, e apenas uma entrevistada tem internet em casa e utiliza email. Todos eles referem que a televisão é o meio de comunicação preferencialmente utilizado, sendo que cinco utilizam televisão e rádio. Dois deles agregam leitura de jornal e revista como meio de comunicação. A única entrevistada que utiliza a internet exerce uma função

de direção de uma ONG, além de ser conselheira gestora de saúde, tendo forte participação na comunidade onde reside.

A idade dos entrevistados varia de 30 a 74 anos, sendo a maioria aposentada (seis). Quanto ao estado civil, sete são casados, dois viúvos e um é separado. Dois não têm filhos, e as idades dos filhos dos outros sete entrevistados varia de 4 a 50 anos.

Todos os entrevistados referiram ter casa própria e apenas uma entrevistada fez referência a que a casa é própria, mas em área de invasão, apesar de os cinco moradores da favela São Rafael não terem registro de propriedade por tratar-se de área de invasão e sem CEP. Quanto ao grau de instrução apenas uma possui nível superior completo, três tem ensino fundamental completo, três tem ensino fundamental incompleto e duas são analfabetas.

Seis dos entrevistados recebem algum tipo de benefício social (aposentadoria ou pensão) e três não recebem nenhum tipo. Um dos entrevistados referiu não possuir renda, cinco referiram renda de 1 a 3 salários mínimos e dois de 3 a 5 salários mínimos.

Muito embora a pesquisa tenha ficado mais restrita à entrevista aos moradores da região mais central da cidade, uma região com boa infraestrutura, com indústrias e comércio abundante⁷, ela captou as complexidades da cidade, na medida em que refletiu as diferenças intra-urbanas apresentando as dificuldades enfrentadas por moradores das áreas de maior exclusão e vulnerabilidade da região central da cidade.

Por exemplo, segundo dados do Diagnóstico Social de Guarulhos (GUARULHOS, s/d), a taxa de analfabetismo na região da Vila Galvão é considerada pequena (3,43) em comparação com outras áreas da cidade - apresentando-se 3,88 melhor do que o pior valor da cidade, que é de 10,72. Entretanto, duas das entrevistadas, moradoras da favela São Rafael,

⁷ Como visto no Diagnóstico Técnico realizado pela equipe da Secretaria da Saúde de Guarulhos, com o apoio técnico do CEPEDOC Cidades Saudáveis FSP/USP.

pertencentes ao Distrito Vila Galvão, são analfabetas e apenas uma entrevistada tem ensino superior completo.

Percebe-se, desta forma, que tanto o Diagnóstico Social de Guarulhos, quanto o Diagnóstico Técnico feito na ocasião do projeto RVL, não conseguem captar as diferenças microrregionais. Somente através da complementação dos dados, através do diagnóstico participativo e/ou da pesquisa de campo e do trabalho direto com as pessoas é que se consegue verificar e atingir iniquidades que não aparecem em estatísticas mais gerais. Nas entrevistas realizadas com os usuários podemos agrupar o conteúdo das falas a partir de alguns significantes que surgiram e conformar algumas categorias de análise. A questão sobre a cidade onde moram trouxe o tema “território e políticas públicas” como uma importante categoria de análise. Outras categorias foram: a constituição de redes, a intersectorialidade e a questão da sustentabilidade. A sustentabilidade foi problematizada principalmente pelas barreiras levantadas à participação.

8.1 Perfil dos Entrevistados Moradores das Comunidades e Usuários dos Serviços

8.1.1 Categorias de Análise

Nas entrevistas com os moradores das comunidades e usuários dos serviços de saúde surgiram como sentidos e significados da participação, constituindo-se como categorias de análise: Território e políticas públicas: pertença e abandono, Redes Sociais e Sustentabilidade.

8.1.1.1 Território e políticas públicas: pertença e abandono

Todos os entrevistados do segmento dos usuários vieram de outras cidades. Constituíram suas vidas em Guarulhos: criaram filhos, trabalharam,

construíram suas casas e vêem a cidade onde moram como um campo de oportunidades ainda em crescimento. Moradores da favela, de áreas de ocupação, e também moradores de regiões mais centrais da cidade, com melhor infra-estrutura, sentem-se pertencentes a ela.

Mesmo que se possa perceber a existência de várias cidades dentro de uma só, o sentimento de acolhimento e pertença é uma marca importante trazida por todos entrevistados desse segmento. O sentimento de pertença é referido principalmente pela inserção ativa na cidade. Tal inserção é relatada pela referência à prosperidade alcançada na atividade produtiva, na constituição do laço social e na criação dos filhos, como se observa nas seguintes falas de usuários dos serviços:

Olha, eu acho Guarulhos muito bom, é uma cidade muito grande, eu mesma criei meus filho aqui, vim lá de Prudente, não tinha trabalho. Os meus filhos trabalham e o marido também, eu fico em casa prá ajudar a cuidar das netas (U8).

Eu sou proprietária aqui na favela, a favela prá mim é tudo. Eu nunca fui machucada ali e também nunca machuquei ninguém, eu adoro todo mundo ali, eu respeito todo mundo (U4.)

Ah eu gosto, é grande, tudo que eu consegui foi aqui, minha menina faz 27 anos mês que vem e faz 27 anos que eu moro aqui eu vim da Bahia, eu vim prá São Paulo, depois que as pessoas ajudam muito a gente (U9).

Os usuários referem-se a Guarulhos, de forma geral, como uma cidade que vai ficando cada vez mais bonita e boa de morar. O sentimento de pertença também é reforçado quando vinculam a sua vida na cidade com algum movimento participativo no qual já estiveram inseridos:

Guarulhos só melhora, já começou com o Pietá e agora com estes dois aí que eu conheci quando tava nos condutores [Sindicato dos

Condutores]. Foi o tempo das greves e tudo mais, mas Guarulhos tá bonita e tá ficando bom morar aqui (U3).

Entretanto, nas regiões de maior vulnerabilidade, a cidade que acolhe e possibilita prosperar também é vista pelos mesmos moradores como aquela onde existe a exclusão. O orgulho da conquista da casa própria, comprada de um parente, vizinho ou amigo é em área de ocupação e invasão. A vida segue em vertigem. Do barraco de madeira à construção ergue-se de tijolo, mas ainda à mercê da intempérie e da força da natureza.

Meu irmão tinha um barraquinho dele lá eu comprei dele a prestação, aí quando a chuva vinha derrubava o meu barraco. Aí eu saí da firma que eu trabalhava aí eles me pagaram meu tempo e eu fui aqui ao Vila Rio e comprei 1000 blocos e construí minha casinha (U7).

A dificuldade também é relatada em relação ao acesso aos equipamentos públicos, onde é reconhecida a melhoria realizada pelo poder público, entretanto, também é apontada a falta de políticas públicas na região

Muita coisa mudou, mas o meu bairro, eu falo pelo meu bairro... É o único que paga imposto predial, e é o único que não tem infra-estrutura nenhuma. A gente tem que se deslocar meia hora até o Recreio. 20 minutos até esta unidade básica de saúde para chegar à unidade mais próxima. A gente desce uma rua que tem um declive de 45 graus, e depois tem que subir tudo. Uma pessoa idosa é difícil ela chegar até a UBS. Falta prá nós lá em cima, infra-estrutura, para que as pessoas possam chegar até os estabelecimentos. Prá chegarmos até a escola mais próxima, creche, a gente tem que andar 50 minutos, nós temos que subir ladeiras (U1)

Nesses cenários também são constantemente referidas: a carência de trabalho e a falta de opções de lazer, gerando nos sujeitos uma vivência de abandono e esquecimento por parte do poder público.

Às vezes, as pessoas vêm e dizem não tem nada prá fazer aqui, tá tudo sujo, tudo abandonado, não tem nada prá fazer aqui. Porque aqui não tem ordem, porque tá na mão de todo mundo um vem e faz o outro vem e desmancha, tem que estar numa mão prá fazer e não prá desfazer (U4).

As calçadas sujas, é rato, é.... Parece que a gente tá abandonado, lá embaixo é muito feio. Tinha que colocar mais curso, colocar umas máquinas prá mulheres costurarem, prá mulher tricotar, pra aquelas mulher parar de ficar mendigando pão nas portas, aprender a fazer uma costura, pregar um zíper numa calça (U9).

A situação de abandono e desmando instaura zonas de segregação social, produto e produtora do conflito social. Os entrevistados referem o quanto a falta de políticas públicas, tanto na área da geração de renda, como em atividades e cursos que promovam ocupação de crianças jovens e mulheres, oportuniza a entrada das drogas e do tráfico em algumas regiões. A questão das drogas é claramente colocada como elemento presente no território.

Ali falta centro de cultura, mas ali não tem nada de cultura, ali ficou pros nóia fazer funk, fazer, não sei o que... Os “caras” não vêm ali fazer um projeto, dar uma ajeitada, ali tudo né, prá melhorar... “Colocar mais curso, mais coisa prá nós, coloca alguma coisa aí pra essas criançadas, ao invés de ficar aí fumando maconha, coca, alguma coisa, um curso de computador, um futebol, sei lá, alguma coisa, prá tirar um pouco da rua, tinha que ter algum projeto ali, tinha que ter (U9).

O tema da droga é trazido pelos usuários dos serviços com a preocupação da criação de alternativas para a socialização, geração de renda e qualificação. É clara a percepção por parte dos entrevistados da determinação social do problema das drogas.

Eles associam as condições sócio-espaciais, infra-estruturais e da falta de qualificação profissional e opção de lazer ao favorecimento da entrada da droga no território.

As famílias têm muita família com falta de estrutura básica, então a pessoa não tem alimento, não tem como se transportar para procurar um trabalho e a pessoa tem um acesso livre muito grande a coisas, droga, álcool e isso traz um problema enorme para a comunidade e às vezes quem tá no poder não enxerga da mesma maneira que eu enxergo (U1).

A visão não é a de que a droga é um problema individual do consumidor, mas algo associado às condições de vida e da carência de ações voltadas à qualificação das pessoas. Logo, as drogas entram no território ocupando a brecha, o lugar vazio deixado pelo Estado.

Assim, a maior ausência, ou presença, do Estado, com políticas públicas mais ou menos eficazes, impacta de forma decisiva nas condições de vida e moradia da população da cidade e determina as condições de saúde e do adoecer das comunidades.

O sentimento de pertencimento à realidade local: multifacetada, contraditória e viva, cria significados, identidades, organiza o espaço, influencia os modos de convivência e sobrevivência no território, define a constituição e a fragilidade ou força das redes e das relações sociais.

Muitas vezes, também, o conflito é falsamente deslocado do plano social para o plano individual. Vê-se surgirem relações recíprocas de agressividade e tensão entre vizinhos, ali onde a questão é coletiva, enfatizando-se nos vínculos bem mais o indivíduo em sua vulnerabilidade

específica do que o encontro de sujeitos em movimentos para mudança social.

Tem às vezes como é o caso da minha vizinha, que fez um muro colado no meu que aí ela virou minha inimiga, o meu marido na época não pôs banca, afrouxou. O barraco dela era um metro do meu e ela encostou a parede. É que tinha o esgoto entre as duas casas e pra modo de que os ratos não entrem em casa a gente tampou, o meu marido tampou com cimento e ela colou o muro no meu e então eu fui brigar com ela porque eu estava umas roupas prá secar do lado no varal e eu disse que era errado ela fazer aquilo e ela disse que o meu marido era melhor que eu e eu não falo com ela até hoje (U7).

O muro da vizinha colado ao barraco é construído sobre o córrego. O córrego foi tampado com cimento para os ratos não entrarem na casa. A questão dos ratos e das condições de moradia, que afeta todos os envolvidos na situação, é substituída pela briga de vizinhança. A vulnerabilidade aqui é social e a resposta encontrada pelos moradores apela para a animosidade entre os pares, ao invés da construção coletiva de alternativas para fazer frente ao problema mais geral.

Nesses cenários o outro, quer seja o vizinho quer seja o Estado vai estar posicionado a partir de um lugar de reconhecimento como amigo-inimigo, parceiro-traíçoeiro, num laço solidário, fraterno ou de violência. Nesta perspectiva a participação social põe em jogo uma série de reflexões sobre redes, intersectorialidade e sustentabilidade.

8.1.1.2 Redes Sociais

A percepção de que a participação pode funcionar como canal de comunicação entre a comunidade e o poder público abre a compreensão para o conceito de redes. As redes pressupõem processos horizontalizados onde os sujeitos encontrem-se articulados por valores, projetos e objetivos comuns (SCHERER-WARREN, 2006).

No depoimento a seguir, a entrevistada compreende a participação como o intercâmbio entre o poder público e a comunidade.

... participar de todos os problemas, todas as virtudes, todas, eventos sociais, problemas sociais, levar e trazer os problemas da região ao poder público, trazer os problemas do poder público para a comunidade (U1).

Entretanto, questiona se o projeto conseguiu construir rede:

Por exemplo, este centro aqui, como vai ser ocupado, quem vai ocupar, como se decide o que vai ser feito aqui? Vai ficar centralizado na mão de alguns, ou vai ser feito alguma coisa de fato que as pessoas querem e precisam. Então, eu não sei se o RVL ajudou de verdade a construir esta confiança (U1).

Em seu questionamento alerta para que as redes ocorram deve haver inter-relação dos diversos projetos inseridos no mesmo território, apontando a fragilidade destas articulações.

Pensar em rede leva a assumir um compromisso ético quanto ao reconhecimento de que existem necessidades e problemas comuns e partilháveis e que, também, pode haver interesses distintos onde haja necessidade de negociação e a participação possibilita essa arena de debate e de negociação.

As redes tanto podem se constituir entre a comunidade e o poder público, como vimos acima, como também na construção de laços solidários da comunidade consigo mesma no sentido da busca do direito coletivo e da constituição de laços de confiança e apoio social. Esta segunda forma de rede, se é que podemos dizer assim, é a que se mostrou mais fortificada pelo projeto.

Com o posto, com a gente, a gente ficou mais unido. Formamos o grupo, a gente se reúne sempre no tear, o professor é muito bonzinho e essas coisas (U5).

Ah, essa alegria, essa participação, uma ajudando a outra, sempre é assim aqui, mas falta muita aproximação ainda, a gente podia juntar os cursos, fazer mais atividade isso é bom, isso educa as pessoas e as pessoas precisam ser mais valorizadas (U4).

Nesse sentido a participação é percebida como efeito da inclusão. Só existe a participação se os atores sociais se sentem parte integrante dos projetos nos quais tomam lugar

É estar junto estar vendo aí as necessidades, indo atrás, buscando soluções, discutindo, buscando realmente a solução para resolver aquele problema. Acho que nasceu comigo já isso... Porque é assim, eu não quero só o eu bem só, eu acho que é assim, ó, quando a comunidade está bem você está bem também, né. Você vê mais médicos atendendo no posto, as pessoas atendendo com mais rapidez, com mais carinho, com mais atenção, com mais qualidade, eu acho que é muito bom isso, então eu brigo por isso, eu quero isso, eu quero mais qualidade de vida, não só prá mim, prá minha comunidade, pro ambiente onde estou. Eu quero ruas mais limpas, eu chamo muita atenção do pessoal quando eu vejo jogar lixo, eu brigo muito nesse sentido. Eu tento conscientizar que isso vai prejudicar agora, mas vai prejudicar muito mais no futuro, então me motiva muito isso, eu quero o bem, não só prá mim, mas pro planeta, né? Me incomoda muito ver um idoso, esperando numa fila prá receber um remédio, o coitadinho ele trabalhou, ele paga, ele paga imposto, me incomoda, acho que essas coisas tem que mudar, não sei de que forma, não sei se eu estou participando da forma certa ou errada, eu quero que isso mude (U2).

Também no depoimento a seguir podemos perceber que o usuário compreende que a sua participação contagia e motiva outros, e que a participação da comunidade é fundamental para as conquistas. Essa também é uma forma de construir redes.

Eu vejo que muita gente que não estava participando com a nossa força começa a participar. Você consegue mais pessoas e com mais pessoas

é que você consegue alguma coisa.” Eu acho assim, o conselho gestor pra nós que somos da população, eu acho que sem o apoio da população não vai né? É política, é tudo sem a força da população não vai né. Então pra mim a participação é boa (U3).

Outro aspecto interessante que surgiu em relação ao exercício da participação social e da constituição de redes foi à referência quanto à possibilidade de conhecer outras realidades a partir do projeto Rostos Vozes e Lugares, visto tratar-se de um projeto internacional.

Bom, a partir do momento que eu fui convidada eu comecei a participar das reuniões, e foi muito interessante a gente ficou sabendo de coisa de outros países, da realidade de outros países, significou bastante, porque eu pude estar entrando em contato com outras idéias, com outras opiniões e formas de ver as coisas(U2).

O RVL é uma coisa que vem da Pan-americana e vem aquele trabalho que tem que ser integral e como não é integral no Brasil, não é em todo lugar que tem... Eu acho que Guarulhos é um lugar muito avançado nesse ponto, que vem aí avançando de muitas coisas sobre participação, sobre gravidez de mulher e criança, e mortalidade de adolescentes né?(U3).

A referência à abrangência internacional do projeto e a possibilidade de participar de reuniões de trocas de experiências entre países, relacionadas ao mesmo projeto, aponta para a percepção dos entrevistados com relação à constituição de redes, no sentido mais amplo, que extrapola o plano local, constituindo uma riqueza enorme de significados para cada um em particular.

Entretanto, também foram identificadas restrições em relação à participação social. As barreiras levantadas podem ser abordadas a partir da necessidade de se pensar as formas de participação e a sustentabilidade do projeto.

Com relação à formação de redes, houve um entrevistado que colocou que o projeto não constituiu redes porque foi se esvaziando ao longo do tempo. Este é um fator que aponta a dificuldade da sustentabilidade do projeto como podemos ver no depoimento a seguir:

Se a gente for considerar que ele foi esvaziando, acho que não, né? O ideal seria que tivesse formado, mas eu acho que foi esvaziando né? (U2).

8.1.1.3 Sustentabilidade

Os entrevistados identificaram a falta de instrução, a acomodação, o clientelismo e os jogos de poder no território como barreiras à participação. Pudemos constatar que esses elementos implicam a dificuldade quanto à sustentabilidade do projeto e à participação de forma geral.

A falta de instrução como um elemento que dificulta a participação é um analisador muito importante trazido por uma das entrevistadas. Das nove entrevistadas, duas são analfabetas. Estas participam do curso de tear que surgiu como uma das estratégias criadas a partir das oficinas participativas para geração de renda na região Vila Galvão. Se por um lado, pode-se perceber que o projeto proporcionou sua inclusão nas atividades do tear manual, tal inclusão não garante a sua percepção como sujeitos participantes do projeto como um todo, como pode ser percebido pelo depoimento abaixo:

Tem muita coisa que eu não entendo, e se eu não entendo, eu não participo, não me envolvo, eu vou me envolver sem entender não dá né? Da reunião que eu fui e eu não entendi muita coisa não, isso que eu to falando, eu tenho que entender para participar (U5).

Apesar de estar participando da oficina de tear, não se engaja de forma integral ao projeto, na medida em que não entende o que ocorre nas reuniões e, dessa forma, não se envolve. Sem que compreenda o que é discutido não há envolvimento; portanto, não há participação de fato. Este depoimento nos leva a refletir sobre o fato de que a discussão sobre a

sustentabilidade do projeto não deve estar pautada somente na realização das ações, mas que os envolvidos têm que compreender o sentido em que elas são desenvolvidas.

A falta dessa conexão com um sentido e da compreensão do projeto no qual o sujeito está inserido faz com que surja outro desafio, apontado por outro entrevistado, em relação às formas de participação instituídas. Esse entrevistado refere-se à baixa participação efetiva da comunidade como um elemento importante, a ser pensado quando se quer a participação ativa das pessoas, levantando a necessidade de algum tipo de atrativo para “conquistar” a adesão da população.

Essa comunidade vive a mais de 20 anos, de doações, mas não é de uma maneira brusca que a gente vai conseguir mudar isso. A gente tem que no início dar alguma coisa, infelizmente, dar alguma coisa, oferecer, para que haja o interesse da comunidade que vem de problemas depressivos de infra-estrutura de problemas social, de violência doméstica, de abuso sexual, prá que ela veja, a gente precisa dar alguma coisa, infelizmente é uma moeda de troca (U1).

Nessa perspectiva, a sustentabilidade só pode ser pensada de forma processual e gradativa, enquanto conquista de direitos e cidadania em um processo participativo que não se dirija simplesmente à cooptação e à cooperação bem-comportada a um projeto ou programa. Nesse sentido, o depoimento a seguir aponta mais um desafio a sustentabilidade das ações participativas,

Mas a participação mesmo é muito difícil, porque as pessoas ali são meio complicadas, as pessoas só querem participar ali de coisas que dêem lucro, não que lutar cavar prá colher depois, já querem planta hoje prá colher amanhã, entendeu? É ruim por isso, a gente às vezes arranja alguma coisa prá fazer e as pessoas já querem saber, mas quando vai gerar lucro...(U9).

O imediatismo no qual as comunidades se vêem expostas frente às necessidades freqüentemente cria dificuldades nas relações sociais e na

composição das redes, também prejudicando a sustentabilidade dos projetos coletivos.

A sustentabilidade, portanto, está referida a um complexo sistema de relações no território que adquire dimensão política intrínseca e incorpora a dimensão de poder em sua constituição, onde valores culturais e simbólicos estão presentes e em jogo. Campo de luta e tensão, se, por um lado, pode demonstrar apropriação positiva da comunidade, que se verifica pela constituição de identidades e projetos, por outro lado revela jogos de dominação revelados pelo comodismo.

8.2 Caracterização dos Gestores

Os 7 gestores entrevistados foram todos do sexo feminino. Casadas, com idades entre 31 e 58 anos. Apenas uma não tem filhos, as demais têm dois filhos cada uma. As idades dos filhos variam entre 1 e 31 anos. Seis entrevistadas moram em Guarulhos e uma mora em São Paulo. Todas ganham mais de cinco salários mínimos, tem casa própria e não residem no mesmo bairro onde trabalham. Os meios de comunicação mais utilizados são a televisão, jornal, revista e internet. Das sete entrevistadas quatro são enfermeiras, uma é psicóloga, uma é assistente social, uma é bióloga. Duas estão vinculadas a gestão de projetos ligados ao gabinete, quatro estão vinculadas ao gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde e uma está vinculada a gestão regional de saúde, atuando de forma descentralizada.

8.2.1 Categorias de Análise

Nas entrevistas com os gestores surgiram como sentidos e significados da participação, constituindo-se como categorias de análise: o reconhecimento do outro, a co-autoria, a co-responsabilização, o empoderamento, o envolvimento, a pertença ao território e a constituição de redes. Todas essas categorias corroboram o conceito de participação

compreendida como processo. Participação é vista como um processo que, partindo do setor saúde, não pode ficar limitada a ele. Logo, a intersectorialidade foi vista como elemento constitutivo da participação, uma vez que incorpora múltiplos atores, constituindo redes.

8.2.1.1 Reconhecimento do outro

Nos depoimentos dos gestores pudemos perceber como foi importante para eles ouvirem os usuários nas oficinas participativas durante o projeto RVL e perceberem a visão destes sobre os problemas de saúde e a prestação da assistência:

Acho que foi a visão dos usuários, a visão dos conselheiros gestores, né? Acho que foi o impacto que deu de quanto nós da saúde estávamos envolvidos com outras questões e eles tinham outras questões que pra eles eram mais importante que algumas nossas. Então é assim, a gente tem uma preocupação em fazer saúde, em prestar assistência, enquanto que pra eles o ter saúde tá em outro momento. Então acho que isso foi super legal. Assim por exemplo. Nós estávamos batalhando por uma questão de alto risco, nós não tínhamos alto risco na nossa região e eles, além de estarem preocupados com a questão do alto risco, já estavam preocupados com a questão de ter uma maternidade, eles já estavam muito mais a frente da nossa preocupação. Então assim, nós lá da saúde estávamos preocupados em conseguir o alto risco e eles já estavam além disso. E assim, eles tinham informação na questão do acesso dos hospitais, então isso foi bem interessante, porque às vezes a gente acha que a população está afastada, não está a par das coisas, mas eles tem uma visão, né? Principalmente os que são líderes e que estão ali mais envolvidos com a comunidade (G1).

Pode-se perceber que, a partir do momento que existe o reconhecimento do outro, do que é a necessidade do outro, o gestor pode acolher a demanda do usuário de outra forma, ou seja, analisando a

condição de saúde e de vida da população que atende em toda sua complexidade. Primeiramente nota-se a fecundidade e a importância que se produzem no encontro de múltiplos olhares sobre a mesma realidade, uma vez que a identidade se produz na mais completa diversidade (ARENDT, 2000, p.70)

O gestor reconhece com surpresa que sua preocupação estava limitada à prestação de serviço na sua unidade (à questão do atendimento ao alto risco na região) e que a visão do usuário englobava a percepção da rede de atenção como um todo, incluía a preocupação não só com o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas também com a maternidade de referência. Tal percepção propicia um giro em sua posição institucional e permite instituir uma porosidade onde a escuta do outro se inclui na prestação da assistência, sendo esta uma das finalidades da participação.

O gestor pode perceber, também, a dificuldade da população ao acesso ao ônibus ou sua falta de renda como questões que influenciam a saúde e a qualidade de vida, e com isso pode mais facilmente criar tanto projetos singulares como grupais, incluindo-se nos processos e instaurando a dimensão coletiva nos projetos. A escuta do outro permite ampliar o seu olhar sobre a saúde, sobre a determinação social da doença, incorporando o território como elemento vivo e presente na atenção, no cuidado e na gestão da saúde. Como podemos ver a seguir:

Quando falou da forma como as pessoas viviam, né, quando falou da questão do ônibus, que as pessoas tinham que se deslocar, né, quando falou da questão da renda, desenvolver projetos para aquelas mulheres terem uma renda para sair daquela condição que elas estão, financeira mesmo. Isso pra mim foi muito marcante. Porque ou se a realidade daquelas pessoas, vamos pensar o (bairro) Santa Paula por exemplo. Ali no (bairro) Ponte Alta são pessoas carentes e que não tem um ofício, não tem uma profissão, então quando você faz um trabalho para que desperte nesta oficinas pra poder ter geração de renda. Pra mim isso foi muito importante. Também a caminhada até o ônibus que foi discutido

também que era importante ter uma linha de ônibus para as pessoas terem acesso também. Ir e vir porque é muito longe (G3).

Outra dimensão da participação resultante do reconhecimento emerge quando o gestor se sente gratificado pelo esforço empreendido para desenvolver algum trabalho junto à comunidade e constata o retorno desse trabalho, apesar das dificuldades que enfrenta no dia-a-dia, ou seja, quando experimenta, a partir do reconhecimento do usuário, realização pessoal e profissional.

Participar...“É ter esse envolvimento que nós temos aqui com o trabalho com a comunidade, mas o principal é essa gratificação que nos traz que é uma realização tanto pessoal como profissional, quando você vê os objetivos sendo alcançados por meio destas oficinas que o RVL proporcionou, e também, no seu trabalho do dia-a-dia. Porque você deixa toda uma história prá traz, né? Então, essa participação de estar trabalhando junto e as pessoas terem esse reconhecimento que você vê através do relato do pessoal das oficinas de argila, são o que faz valer a pena todo esse atropelo e todas as dificuldades que a gente sabe que tem (G6).

Tem-se aqui a participação não só da comunidade ou dos usuários, mas também a participação do gestor. Ou seja, ele implicado no processo participativo, ele enquanto sujeito do processo participativo, proativo.

Participar “É se envolver. Não é só participar ir, estar de corpo presente. Isso a gente faz, mas participar é se envolver com aquilo... é ter ações proativas, não só falar, tá, mas também ter a ação e em cima da ação.... não é só falar, dar sugestões, tá? Você dá as sugestões e você tem que ser pró-ativo no sentido de você fazer com que essa sugestão esteja na prática(G3).

Participar é estar em uma ação realizada em conjunto com a comunidade, no território, implica o gestor em seu desejo de envolvimento e de vínculo com o outro.

Participar é estar junto da população, junto com a realidade da cidade, ta, muito próximo da realidade da cidade. Porque uma coisa é você desenvolver o seu projeto e estar em uma sala, do gabinete, outra coisa é você estar no chão, no território. Então acho que esse é o grande ganho é você poder olhar um pouco mais (G5).

Esse reconhecimento e vínculo advindos da participação abrem caminho para pensar a sustentabilidade através do trabalho em co-autoria, para a co-responsabilização, e o empoderamento. No SUS, tais processos desembocam em experiências de gestão participativa e envolvem muitas relações e encontros entre o gestor e suas equipes, entre as equipe de saúde e os usuários, entre usuários e gestores, e entre estes e as redes sociais.

8.2.1.2 Sustentabilidade: co-autoria, co-responsabilização, empoderamento

Para que os processos de gestão participativa ocorram os modos de organização do trabalho em saúde devem ser alterados. Isso nem sempre ocorre, evidenciando que vários elementos concorrentes e antagônicos estão presentes quando se abordam as categorias co-autoria, co-responsabilização e empoderamento.

O encontro do parque estadual, acho que foi a coisa, foi que eu chorei apresentei a minha equipe. Acho que ali que eu olhei e disse poxa, eu sou uma pessoa, uma ferramenta, que tem oportunidade de mudar alguma coisa no meu bairro (G7).

No relato acima o gestor refere que a oficina do diagnóstico participativo do RVL foi um dos momentos onde ele se percebeu como uma ferramenta para modificar a realidade local, incluindo-se na dimensão coletiva, na esfera pública, como mais um dos diversos atores presentes no território.

Outro gestor referiu o trabalho da equipe, em busca da construção da participação da comunidade local como um trabalho em co-gestão:

Nós temos uns funcionários que acreditam na participação, são extremamente responsáveis não só na parte técnica, mas no sentido de fazer com que essa participação aconteça; acreditam no envolvimento e no envolvimento muito grande de tentar trazer a população, de tentar fazer com que as pessoas melhorem a sua qualidade de vida. E assim, o que significa essa qualidade de vida, que elas consigam viver melhor, que elas consigam mesmo dentro da moradia em condições desfavoráveis, mas consigam incrementar alguma coisa que melhore a condição de saúde (G4).

O discurso do gestor, quando este fala da participação, vai-se abrindo para a percepção da melhoria da qualidade de vida da população. Nesse sentido, percebe o trabalho com os determinantes de saúde no território alinhado sob a perspectiva da estratégia da saúde da família que atua concretamente na busca da redução das desigualdades sociais. O trabalho com os determinantes abrange tanto aspectos estruturais da organização social local, como condições de vida dos indivíduos e coletivos, e estas condições de vida impactam e fazem diferença nas condições de saúde. Logo, a apropriação de conceitos como o de determinantes sociais de saúde e o de território se fizeram presentes de forma viva e concreta incidindo sobre o processo de trabalho da equipe de saúde, a partir da participação.

Pode-se pensar que as práticas de promoção e as agendas participativas que se instauram nos serviços de saúde constituem-se como pequenos espaços de arejamento criados pelos esforços daqueles que se lançam na contracorrente da lógica dominante, visto que criam dispositivos que buscam romper com estruturas de dominação. Na fala dos gestores, a participação promovida pelo RVL possibilitou a ampliação do conceito de saúde.

A ventilação de uma casa, por exemplo. Tem pessoas que tem tuberculose, então a orientação para que mantenha a porta aberta para que circule o ar. Então, são pequenas coisas que, se houver participação e envolvimento desde os funcionários e uma ligação mais forte com a comunidade, isso pode refletir em melhora (G4).

Na fala do gestor fica clara a importância da participação desde o funcionário até a comunidade para o trabalho com os determinantes sociais. Esse trabalho em cogestão com responsabilidades compartilhadas é o que promove a sustentabilidade das ações participativas

A promoção e a prevenção que a gente fala tanto. Mas nós temos uma cultura muito curativa, isso está na cultura brasileira mesmo. Eu acho que com o projeto você mostra a importância disso. Você vê isso, muito, através dos relatos. Ah, eu era muito nervosa e aí eu venho prá cá e eu me acalmo. E aí, com o projeto, nós ampliamos a ideia da prevenção e da promoção. Porque você traz as pessoas, mas para uma coisa gostosa da oficina e aí como tem um leque grande de coisas para oferecer... Então a pessoa se identifica com isso, com aquilo, e aí ela não vai com aquela coisa de: ai, eu preciso ir porque eu estou doente. A gente sai daquela coisa de só palestra. Essa coisa de poder informar também sem a pessoa perceber que ela está sendo informada. E o gostoso dela ir para a aula de pintura, né? É uma promoção porque ela chegou lá, abaixou a pressão porque ela ficou mais calma mais tranqüila, conheceu outras pessoas (G6).

Os depoimentos remetem à participação como potencializadora de processos empoderamento e à cogestão; entretanto, não há dúvida que o discurso hospitalcêntrico, centrado em uma visão medicamentosa e curativista, é predominante no discurso social, ajustado aos ideais científicos de nossa época, marcado viés positivista. Nesse sentido, tanto o gestor como o usuário dos serviços encontram-se, no mais das vezes, fixados em uma posição de objeto, obedecendo, em suas práticas de atender e ser atendido, aos efeitos de lógica que sustenta esses ideais.

Ao longo da sua história, as instituições vão criando, consciente ou inconscientemente, posições cristalizadas e hierárquicas que podemos denominar de posições fantasmáticas tanto em relação à população que atendem, quanto às posições de comando que as estruturam e governam, estabelecendo sempre uma relação de tensão entre governar e ser governado, empoderar-se e ser despossuído, promover saúde e reproduzir doença.

O gestor é alguém que, pela particular posição que ocupa na instituição, pela função e cargo que ocupa, vive essa realidade de forma muito intensa. Nesse sentido, empoderamento, co-responsabilidade e co-autoria, mesmo que apareçam de forma muito presente em algumas falas como potência transformadora, aparecem também, em outras, às vezes verbalizadas pelo mesmo gestor no sentido contrário. Ou seja, curiosamente, a pertença ao projeto e a participação lhes parece alheia e marcada por certa ambigüidade.

A minha participação no projeto eu acho que ela é muito pequena. Eu acho que pela atribulação do dia-a-dia eu acabo participando muito pouco, eu gostaria muito de estar mais nas oficinas, eu gostaria de proporcionar maiores condições, mas isso também foge do meu alcance, por exemplo, local. Mas isso foge do meu alcance (G6).

Esse movimento aparece de forma pendular, uma vez que ora o gestor percebe que promove, com sua participação, mudança na forma de pensar e fazer a saúde na unidade que gerencia, ora refere que sua participação é menor do que gostaria, dizendo que foge ao seu alcance promover melhores condições para o desenvolvimento das atividades que realiza.

Acho que não só eu, mas a posição dos gerentes é muito importante, importante nesse estimular constante, em não deixar esmorecer, muito embora a gente mesmo esmoreça. E tentar se renovar, isso tem sido difícil, mas não é só no RVL ... porque você tem que ter uma equipe que acredite que ela faz a diferença, você precisa estimular

freqüentemente, o gerente precisa assim acompanhar estimular, acreditar e não esperar ter condições para fazer as coisas. Porque se você for esperar tempo bom você não faz nada (G4).

8.2.1.3 Território

O sentido de pertença à cidade, como elemento inscrito na participação, apareceu na fala dos gestores, embora não houvesse uma pergunta específica em relação à cidade, como no caso dos usuários. O que emergiu primeiramente foi a participação relacionada ao sentimento de responsabilidade com os destinos da cidade, um compromisso ético-político de ordem cidadã.

Participar é assumir um compromisso de ordem cidadã no sentido de me responsabilizar pelos destinos da cidade onde moro, do lugar onde estou (G2).

Também para o gestor, conforme o relato abaixo, o RVL a fez remontar a sua história, resgatando, tanto a cidade fruto das lutas e pressões econômicas políticas que cria condições novas, configurando e reconfigurando novos territórios, como aquela cidade que cresceu junto com ela, produzido subjetividade, espaço singularizado que transcende ao limite político administrativo.

Guarulhos prá mim tem um significado muito importante. É a cidade que eu vim com quatro anos de idade, é a cidade que eu vi crescer. Falar do RVL é retratar uma história de vida, é retratar a minha própria história de vida, que eu cheguei num bairro bastante pobre um bairro na época de chácaras. Jardim Nova Cumbica, que é ali próximo ali aos Pimentas, tinha muitas chácaras, muitos japoneses, né? É que aquele bairro foi se transformando, se transformando e quase não recebeu uma característica de bairro populacional até hoje, porque ele foi se transformando, se tornando um bairro populacional e, ao mesmo tempo, uma cidade satélite (G5).

O orgulho com relação à cidade onde moram foi referido vinculando-se a necessidade de ações intersetoriais:

Guarulhos teve um crescimento muito rápido, e quando a coisa é muito rápida você perde um pouco a mão, porque é uma cidade muito em expansão. Eu me orgulho muito da cidade onde eu moro por esse crescimento, mas há muita coisa a ser feita, falta muita informação quando você trabalha com outras secretarias e isso acho que o projeto vem ajudar (G6).

A maioria dos gestores não reside próximo da região onde trabalha, e a relação que estabelece com o território não é com o espaço onde trabalha e, sim, com a cidade como um todo.

8.2.1.4 Redes Sociais e Intersectorialidade

O conceito de redes vem ganhando espaço e importância na gestão em saúde e no cenário político de uma forma geral. O trabalho em redes remete à possibilidade do estabelecimento de relações horizontalizadas que promovem a articulação das pessoas e a pactuação entre os diversos atores sociais.

Alguns gestores avaliam que o RVL promoveu de forma intensa a constituição de redes, propiciando principalmente o conhecimento e a troca de informações sobre o que acontece no município e em outras secretarias. Segundo relato a seguir, o RVL propiciou construir ações de saúde articuladas intersectorialmente, ampliando o escopo das ações.

A abordagem do trabalho em redes apareceu na fala dos gestores muito vinculado ao trabalho intersectorial.

Nossa, nem em dez anos eu conseguiria construir tanta rede como eu consegui construir a partir do RVL, o RVL faz a gente abrir a cabeça e ver que a saúde não dá mais pra querer construir sozinho. Né, acho que nada dá pra fazer sozinho...A gente fez com o Fundo Social, com o

meio ambiente, com a Secretaria do Trabalho, e até a gente fica sabendo de coisas que acontecem aqui no município que a gente nem sabia,...(G7)

Foi apontada a importância de que o contato em rede não é estabelecido somente entre pessoas, mas pode ser instituído de forma que as instituições se tornem parceiras nas ações conjuntas,

Ah eu acho que sim. Eu acho que os contatos que foram feitos eles permanecem, né, os vínculos. Embora tenham mudado algumas pessoas, a gente tem hoje a liberdade de chegar procurar as coisas.... mesmo que mudem as pessoas hoje a gente tem o acesso, a gente tem como chegar lá, né, coisa que antes a gente não tinha. Mas através do trabalho que a gente fez, criou-se vínculo, vínculo das instituições: não se vê mais como pessoas, mas como os lugares também (G1).

Outros gestores se manifestaram menos otimistas em relação à conquista do trabalho em rede.

A formar redes, redes, eu acredito que não. Mas houve uma formação incipiente, por exemplo, no Cabuçu, e como teve aquela feira no Bosque Maia. É uma rede incipiente, mas, solidificada ainda não (G4).

Entretanto, mesmo aqueles que acreditam que o projeto promoveu a construção de redes referem o caráter processual dos processos participativos e alertam para a necessidade de pensar a sustentabilidade das ações e do próprio projeto.

Acho que sim. Eu acredito que todo esse movimento mexe com as pessoas, e que não tem mais como você ficar indiferente a um chamado da outra secretaria depois de ter participado do RVL. Às vezes isso não resulta em ações imediatas, mas como eu falei é um processo que vai devagarzinho, e vai ganhando espaço. Mas é necessário manter as ações, né, senão parece que não aconteceu (G5).

Tá nos ensinando e ajuda muito, é claro que nós estamos engatinhando ainda. Acho que mais prá frente vai estar muito mais amarrado, hoje, a gente ainda tem essa coisa muito tímida, porque ainda é tudo muito novo. Como tudo que começa, mas é fundamental o projeto para estimular a formação de redes (G6.)

Eu acho que sim. Devagarzinho né? É processo, tudo é processo, é lento, mas aos poucos eu acho que a gente vai conseguindo as coisas. Tanto tempo leva prá gente conseguir fazer as coisas que quer, mas com jeito e paciência a gente vai conseguindo. A gente tem que divulgar mais, agir mais integradamente para poder modificar as coisas (G5).

8.3 Representante da Iniciativa Privada

Embora somente tenha havido a participação de uma empresa no processo das oficinas e reuniões do RVL, consideramos importante colher o seu depoimento, visto que representa um dos setores sociais importantes que compõe o território e, muitas vezes, quando se trabalha no poder público, com a busca da participação social nesta esfera, não se inclui este setor.

A iniciativa do convite para a participação da empresa no RVL foi feita através dos trabalhos que esta desenvolve junto a algumas UBS, especialmente no distrito de saúde Vila Galvão. A empresa atua no ramo farmacêutico e desenvolve atividades sociais. Neste trabalho são realizadas ações como: palestras, cursos, campanhas de doação de brinquedos, eventos em escolas e nas UBS da região. Há cerca de 50 colaboradores e todos eles se envolvem de alguma maneira nas ações sociais desenvolvidas além das atividades realizadas cotidianamente.

A representante que participou das oficinas e reuniões do RVL é do sexo feminino, separada tem 46 anos tem um filho de 10 anos, tem terceiro grau completo em farmácia e atua como empresária há 17 anos na cidade.

Utiliza como meio de comunicação principalmente o telefone e a internet. Reside na Vila Galvão, em casa alugada, e tem renda maior de 5 salários mínimos.

8.3.1 Categorias de Análise da Entrevista com Representante da Iniciativa Privada

A entrevistada percebe que a participação social vem sendo cada vez mais estimulada por parte do poder público da cidade, mas pondera que conseguir a participação é tarefa muito difícil, pois implica a responsabilização das pessoas frente às ações desenvolvidas. Segundo ela é mais fácil criticar o outro do que fazer a parte que compete a cada um.

Eu vejo que a participação vem sendo estimulada cada vez mais pelas autoridades, mas que ainda o fato de ser uma cidade muito grande as pessoas, às vezes, se eximem das responsabilidades as pessoas, às vezes, não querem nem saber e colocam a culpa nos governantes e não fazem a sua parte. Participar é então ter a responsabilidade que você faz parte de um todo e você não pode por a culpa nas pessoas, tem que fazer o que lhe cabe. Se você não pode fazer grandes coisas faz alguma coisa com seu filho, gera saúde prá ele, faz alguma coisa prá ele. E1

8.3.1.1 Sustentabilidade: Co-autoria, co-responsabilização, empoderamento

A dificuldade das pessoas assumirem compromissos e se responsabilizarem por eles, apontada como uma questão importante pela entrevistada remete à categoria da sustentabilidade nas ações participativas, já levantada pelos outros segmentos, vinculada a idéia de co-autoria, co-responsabilização e empoderamento. Para ela enquanto não houver este empenho por parte da população em fazer junto não adianta a vontade de um só.

Para a entrevistada a idéia de concretizar ações e servir como modelo aparece muito forte como forma promover e garantir a sustentabilidade da participação.

Eu quando estou na comunidade eu estou orientando, eu estou sendo modelo para os meus colaboradores, para a vila Galvão e prá outros colegas de profissão E1

(...) quando alguém vê alguém que planta, colhe da sua própria horta, talvez ele vai pensar em fazer alguma coisa também. Eu acho que as ações do bem, as ações que constroem elas demoram um pouquinho para dar resultado, mas se deu resultado, ela é um modelo forte porque ela é um modelo de ação porque ela é um modelo de ação e não só de palavras, então eu quero que as pessoas vejam o que a gente fez o que a gente realizou e isso frutificar de alguma forma. E1

A idéia de servir de modelo de ação para que o outro se engaje em uma ação coletiva é apontada como um elemento que possibilita ao longo do tempo construir ações que permaneçam. Ela também lembra que o próprio poder público desenvolve uma série de ações que não são divulgadas e que poderiam servir de modelo e de estímulo a outras ações, gerando maior potencial e sustentabilidade ao projeto RVL, através do vínculo do setor público com o setor privado.

Não existe um link entre a empresa privada e a prefeitura, porque eu como empresa privada poderia pegar aquele projeto da prefeitura e estar ajudando e vamos fazer aqui, vamos fazer uma palestra. Pegar o que está pronto no município. As farmácias estão aí para orientar em saúde. A prefeitura poderia dizer: vamos fazer esse projeto em todas as farmácias e a gente ajudando. Quer dizer, usar esse projeto e faz acontecer. E1

8.3.1.2 Redes Sociais

A entrevistada percebeu a fragilidade com relação à formação de redes. O projeto por ser uma iniciativa internacional e impulsionada pela prefeitura levava a entrevistada a acreditar que fosse estar vinculado a outros projetos da secretaria e a outras secretarias como a da educação, por exemplo. Ela disse ter sentido falta da participação das escolas no projeto. Ela percebe que as escolas têm um grande papel difusor na informação e que foi pouco acionado.

Eu fiquei orgulhosa por Guarulhos ter sido escolhido, olha a nossa responsabilidade. Eu me sinto muito honrada e participei de algumas reuniões. Mas nesse projeto eu senti esse entrave a prefeitura por ter toda essa força, por já ter muitos modelos, muitos projetos prontos, eu esperava mais. Ficava como se o grupo tivesse que resolver seus problemas sozinho. Faltava informação, olha a prefeitura faz esse projeto aqui, de tempos em tempos tinha que vir alguém e informar, porque poxa, porque ninguém sabe o que a prefeitura faz. Porque eu acredito que a prefeitura faz muita coisa e que não há comunicação. E1

Você vê ninguém podia fumar dentro de um estabelecimento, mas teve que ter uma lei prá que realmente as pessoas deixassem de fumar, porque antes ninguém respeitava. O mundo precisa de saúde, se tem um projeto prá o mundo tem saúde, vamos caminhar com forças grandes prá isso acontecer. Então tudo começa na educação e as escolas têm um papel muito importante nesse caso.

Nesse sentido, ficou muito presente a sua sensação de frustração diante do projeto ele disse ter havido pouca comunicação que existiu no decorrer do projeto, tanto quando houve desmarcação da reunião onde ela compareceu e não foi avisada, quando posteriormente na ausência de novos convites para sua participação em outras reuniões.

Eu sinceramente esperava mais, eu vi que tinham pessoas muito importantes lá, as pessoas escolhidas foram muito boas, mas não sei

explicar exatamente porque de tanta burocracia, de tanto entrave para que as coisas aconteçam na prática, prá que as coisas aconteçam de verdade. Então muitas idéias brilhantes, mas não sei se foi realizado, porque não me chamaram prá outras reuniões e pelo menos a última reunião que eu fui, eu fui lá e tinham mudado o dia não me avisaram também aí fiquei meio sem saber da continuidade do projeto, me senti meio frustrada. E1

8.3.1.3 Território

A entrevistada mora a 17 anos em Guarulhos e como os demais entrevistados dos outros segmentos percebe a cidade com grande potencial e orgulha-se do seu crescimento. Entretanto vê o problema da violência, especialmente na região onde mora.

Com grande potencial eu admiro muito Guarulhos pelo seu crescimento, eu vi do interior estou aqui há 17 anos, desde eu montei o negócio aqui o negócio só cresceu, as pessoas precisam, elas consomem, elas precisam de orientação. É uma cidade carente de atenção de honestidade no atendimento e de profissionalismo. Talvez pelo tamanho da população existe um potencial enorme, nesse sentido fantástico, mas por outro lado com grau de insegurança nas ruas, a gente tem medo de ser assaltado, Guarulhos tem isso das grandes cidades. E1

8.4 Representantes de Entidades

Um representante de entidade é do sexo masculino e têm 56 anos e é aposentado, a outra é do sexo feminino, bióloga e tem 25 anos. Ambos moram em Guarulhos. O primeiro veio de São Paulo na década de 80 e a segunda é nascida na cidade. Ambos gostam de viver em Guarulhos e moram em regiões periféricas. Pertencem a entidades que lutam por melhores condições de vida e moradia em seu bairro, ligados a questão

cultural. O primeiro ligado principalmente através de movimento religioso e de uma rádio comunitária, a segunda a partir do resgate histórico da região onde vive.

8.4.1 Categorias de Análise das Entrevistas com Representantes de Entidades

8.4.1.1 Reconhecimento do outro

A entrevistada relata a importância da visita dos representantes de entidades internacionais para os jovens do projeto que coordena e sua entidade.

Mexeu bastante com a garotada do bairro a gente tava com grupo de adolescente de 10, 11, 12 anos que, não convivem com gente de fora, não é o dia-dia deles, conviverem com gente bilíngüe né. Então, foi muito legal, não entendeu, vai no gesto, faz alguma coisa, e alguns pelo som da música, e alguns tava tocando alguma coisa e os de fora diziam: samba-samba e os garotos falavam... e como a música é uma comunicação universal, então pelo entusiasmo que eles ficaram, no ponto (de cultura) eu achei que ficou muito legal, passados dois anos, eles comentam até hoje aquela experiência.⁸ RE1

Podemos ver que a manifestação artística apresentada pelos jovens da entidade por ocasião da visita dos representantes dos organismos internacionais aos locais onde se desenvolve o RVL em Guarulhos proporcionou uma experiência onde estes jovens tiveram a oportunidade do encontro com o estrangeiro, o que até então não existia para eles.

O representante da outra entidade referiu o orçamento participativo, do qual é conselheiro, como um dispositivo que permitiu conquistas para o bairro que mora. Demonstrou em sua fala como o OP ao convocar a

⁸ A representante está referida a uma visita da comitiva do Ministério da Saúde, OPAS e OMS ao Ponto de Cultura Chico Mendes, na Região do Cabuçu, em Guarulhos, onde também estiveram presentes visitantes das Filipinas, de Kobe e de Teerã.

participação estimula as relações horizontais de discussão sobre os problemas locais e a forma de encaminhá-los sendo um momento de reconhecimento recíproco entre os semelhantes.

Eu acredito que tudo aquilo que gente conseguiu pro nosso bairro foi em boa parte por causa do orçamento participativo, as pessoas começaram a se reunir e viram que a gente se reunindo a gente conseguia as coisas, porque antes não tinha essa abertura política. Melhorou muito a situação do nosso bairro. Eu conheço a Ponte Alta desde 1982 e era um lugar muito esquecido, era um lugar muito sofrido, como tantos outros em Guarulhos, mas, a partir desta nova política em todos os bairros de Guarulhos houve intervenção. Onde você possa imaginar, o mais longínquo bairro de Guarulhos houve uma intervenção da prefeitura, por menor que ela seja, ela trouxe uma melhoria. RE2

8.4.1.2 Território

A questão do território é expressa pelo reconhecimento conjunto de ações desenvolvidas ao longo dos anos na melhoria das condições de vida na cidade como um todo e em cada bairro em particular.

Por exemplo, nos não tínhamos nada, nada de cultura, hoje nós temos um teatro com 350 lugares numa periferia daquelas que, 10 anos atrás você falava: “vou prá Ponte Alta” e as pessoas diziam onde fica a Ponte Alta, embora ainda haja muito que fazer. No Anita Garibaldi, há muito que fazer com a mortalidade infantil, com a falta de saneamento. As pessoas não tem condições, é preciso que as pessoas olhem para o lado humano pois aquilo é completamente desumano. Eu não entendo muito porque se deixa acontecer essas coisas. Deve ter umas 15 mil pessoas que vivem em péssimas condições. RE2

Não mexe porque isso aqui é uma relíquia que é prá eu olhar e me lembrar o quanto eu sofri neste bairro, a gente tinha mais ou menos, imaginamos você no Educriança e tem que pegar o ônibus lá no cemitério, porque não tinha condução nenhuma, para ir até o Armênia, porque ele

vinha do Água Azul e ia até o Armênia, não era parada, era uma passagem e você as 4:30 da manha tinha que ir em pé, quando o ônibus conseguia subir as subidas que eram de terra, subia passava no Carmela, passava no Bonsucesso Velho e quando chovia deus me livre, você usava dois sapatos um você levava dentro da sacola, o outro você saía com ele dentro da sacola, era muito barro vermelho. Hoje eu costumo dizer pras pessoas que chegam prá morar lá: gente isso aqui é um céu, hoje você tem ônibus pro Armênia, condução pros bairros dos Pimentas, prá São Miguel, pro Shopping, pro hospital e vai melhorar agora com o bilhete único vai melhorar mais ainda, e os terminais também.

Como as pessoas nem conhecem o projeto algumas pessoas nem compareceram, o pessoal da polícia militar, do próprio bairro, porque projeto não foi amplamente divulgado. Você como coordenadora sabe eu sei, mas a comunidade como um todo não sabe, não sabe prá que vai servir o que vai trazer. A comunidade tem o seguinte, se você não der algo em troca não vem. Eu não sei se não é o caso de promover sorteio de brinquedos prá crianças, algo que chame a atenção. Teve uma atividade 15 mil pessoas, com a distribuição de 22 mil brinquedos. Fizeram um trabalho de divulgação. Eu mesmo ajudei na divulgação.

8.4.1.3 Redes Sociais

a gente teve a oportunidade pela primeira vez de trazer gente de fora de outros países prá conhecer o ponto, né. A garotada teve essa expectativa, nossa vai vim gente de fora e como é que vai ser isso daí, tive a oportunidade de trazer o pessoal para conhecer a nossa cultura a nossa música, na periferia, de Guarulhos.

A gente teve a oportunidade de ir prá fora e se apresentar e também o premio que a gente ganhou em parceria com o RVL, o posto. O RVL prá gente do ponto, a gente pode não ter feito 100% da lição de casa, mas já andamos bastante, acho que estamos cumprindo o que ele é.

O RVL é um projeto bastante complexo prá uma comunidade que está acostumada com tudo muito fácil, com tudo muito mastigado, então quando você começa a colocar as pessoas prá pensar prá ir atrás prá buscar, aí elas acabam, às vezes se afastando, e às vezes ah! deixa de lado, não se envolve muito com a causa e aí só quando tem a próxima reunião quando é cobrado alguma coisa, todo mudo se ativa de novo prá fazer, então assim, sai com a lição de casa prá fazer, mas a lição não volta pronta!

8.5 Representantes dos Trabalhadores

Foram entrevistados 5 trabalhadores que participam do RVL. Foram escolhidos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visto que este segmento foi o que esteve mais presente no processo tanto das oficinas de diagnóstico participativo, quanto nas oficinas de artesanato. Dos cinco entrevistados três são do sexo masculino e duas são do sexo feminino. Suas idades variam de 24 a 49 anos. Dois são solteiros e três são casados. Os casados têm filhos com idades que variam de 20 a 10 anos. Quanto ao grau de instrução um possui terceiro grau incompleto, dois segundo grau completo e dois primeiro grau completo. Três deles ao se referirem as atividades desenvolvidas como ACS citaram além dos relatórios e das visitas as atividades desenvolvidas pelo projeto.

Todos eles entendem que o trabalho que realizam visa promover a melhoria da condição de vida e saúde das pessoas da comunidade.

8.5.1 Categorias de Análise das Entrevistas com os Trabalhadores

8.5.1.1 Reconhecimento do outro

A participação social para alguns ACS apareceu muito vinculada à inserção nas oficinas propiciadas pelo RVL, criadas como estratégia para atingir os ODM no nível local. Esta participação gera a possibilidade de serem alunos (aprender) e depois serem professores (ensinar), ao mesmo tempo em que resulta em benefício para o usuário na geração de renda e principalmente na saúde mental. Nesse sentido, podemos falar no reconhecimento do outro, como categoria de análise também para este segmento. Tanto o reconhecimento de si como alguém que aprende e tem algo a transmitir como também para o processo de ensino aprendizagem é necessário perceber o outro como sujeito com potenciais e não somente o doente que procura a UBS.

Eu dou uma oficina de fuxico e sou aluna da N que veio pelo RVL... Então, às vezes a gente está de aluna às vezes de professora. Não só pelo resultado das peças, mas você tem que ir aprender e depois ensinar prá pessoas, mas o resultado que você vê, não só financeiro pras pessoas, mas mental. T1

Prá mim participar é estar presente junto com as pessoas, junto com as coisas, porque participar é bom assim, às vezes você nem leva tanto o seu conhecimento, às vezes você traz e esse conhecimento que você traz é muito importante. Participar então prá mim é buscar o conhecimento. T2

Também reconhecer o sofrimento do outro e sentir-se um agente com possibilidade de transformar esta realidade

Então se vê gente chegando no posto com depressão, desmotivada e aí você acaba revertendo isso, você vê as pessoas dizendo ah, e fui medir a minha pressão a minha pressão diminuiu, eu tô mais calma, a pessoa

consegue lidar com o problema de maneira mais, ela começa a parar prá pensar a buscar alternativas prá resolver aquele problema, que ela tem em casa. T1

Perceber a situação de vulnerabilidade e vincular esta situação a participação em uma das atividades da unidade de saúde vinculada ao RVL além de implicar o reconhecimento do outro revela também uma concepção do processo de saúde-doença, por parte da ACS, que ultrapassa a dimensão do biológico. Dessa forma a sua forma de participação esta vinculada a motivar as pessoas para as atividades desenvolvidas na UBS reconhecendo o que o outro apresenta como vulnerabilidade.

Só ontem eu convidei quatro pessoas, quatro mães que estão numa situação muito difícil, que estão passando dificuldade, tem filhos pequenos, e eu falei que se elas viessem na cozinha eu ficaria com as crianças em alguma sala brincando ou aqui no parquinho, mas nenhuma veio, É assim que eu faço a minha participação, buscando motivar as pessoas. T3

Motivar as pessoas da comunidade surge em outro depoimento vinculado a possibilidade de expor os trabalhos feitos através do projeto. Novamente a possibilidade de dar visibilidade ao que é feito aparece como elemento importante. Isso re-coloca, uma vez mais a questão do reconhecimento.

Como a gente é agente comunitário a gente está na comunidade presente a gente pode tá levando uma motivação que é o que as vezes falta prá pessoas participarem. Tá convidando eles. Por exemplo, se a gente fizesse uma feirinha lá no posto uma vez por mês, por exemplo, colocaria uma exposição, e aí as pessoas poderiam perguntar, mas da onde vem isso aqui e agente estaria falando do projeto. Do projeto é que ta saindo as coisas boas e bonitas. T5

8.5.1.2 Redes Sociais

Uma das idéias levantadas pelos ACS como rede foi a do compromisso entre as pessoas que compõe as oficinas de artesanato. Embora esta idéia de rede esteja circunscrita ao pequeno grupo que desenvolve a atividade artesanal parece ser significativo uma vez que conforme os depoimentos anteriores há dificuldade em mobilizar a comunidade para as atividades desenvolvidas na UBS. Nesse sentido, existir um grupo comprometido com a execução coletiva de atividades vinculadas a unidade e que resultam em melhoria da qualidade de vida parece também fortalecer o próprio trabalho do ACS na sua função de promoção da saúde.

Esse compromisso com o grupo, eu acho que essa oficina do projeto ajudou a formar. Você vê o comprometimento das pessoas. T1

Ao mesmo tempo as dificuldades em constituir redes é algo percebido como um processo de construção gradual

acho que ta tentando ao menos vincular um com outro. Mesmo que engatinhando T2

A construção de redes também foi lembrada como possibilidade de articulação do nível central da secretaria da saúde com a UBS e desta com a comunidade, através da comunicação.

Entre nós né, vocês “os cabeça” que tão na secretaria e nós aqui, além disso, com as pessoas que chegam mais no posto por causa do tear, da caminhada, acho que aos pouquinhos, um vai passando pro outro e vai formando rede vai comunicando. T4

8.5.1.3 O Território

Este segmento se referiu a noção de território de uma forma muito particular. Não falou da cidade como um todo, nem do lugar onde moravam com orgulho ou preocupação como os demais segmentos. As falas sobre o território surgiram vinculadas as condições de vida das pessoas que atendem cotidianamente. Claramente apresentam um olhar ampliado para as questões de saúde do território

Saúde engloba tudo né, a parte da saúde engloba a participação das pessoas, da atividade que elas exercem. A parte alimentícia faz parte, a parte de moradia necessária. Porque uma vez eu questionei pra secretária como que eu ia falar prá família de saúde se ela morava num barraco caído, ou morava em cima do córrego, quer dizer não tem como eu falar em saúde se eu não procurar melhorar a parte da moradia. Ah, eu to bem de saúde morando em cima do córrego, não tem como T2

A percepção da vulnerabilidade captada no território como um dos condicionantes do viver e do adoecer no território enquadra-se no olhar que o ACS deve desenvolver no seu trabalho no território. Esta percepção só ocorre por um processo de escuta aos usuários

No caso da Dona Maria Alice, ela acabou até vendendo o que ela fez. Então isso, é muito gratificante. Então, às vezes a gente conta, principalmente para as pessoas com depressão, a gente conta a história de alguém que conseguiu superar, a gente vai falando de um para chegar nela. As pessoas precisa de estímulo para que ela possa ter uma geração de renda. Isso precisa aqui, porque as pessoas precisam ter renda pra ter saúde. T1

Eu acho que não tem nem palavras prá falar, é muito importante, ela já vem naquela linha da prevenção da saúde mesmo, que o posto não é só prá tratar do doente. A gente tem que trabalhar com a idéia que antes da doença esse trabalho contribui com a pessoa antes, e dá prá

prevenir várias doenças. As pessoas sair de casa, vir até aqui, fazer o artesanato, já é um benefício né T1

A associação com a necessidade da geração de renda e saúde mental foi elemento bastante enfatizado nos depoimentos dos ACS, principalmente, por parte daqueles que vinculam o RVL as oficinas de artesanato criadas. Novamente o território é aqui retratado pelo ACS pela carência associada ao sofrimento psíquico e a atividade na UBS como alternativa de saúde mental.

Às vezes as pessoas fazendo umas atividades destas, às vezes é só psicológico, daqui a pouco a pessoa pode deixar o remédio de lado, né, vai deixando aos pouquinhos, quando ele for ver ele pode além de dar um rendimento prá própria família, às vezes até mesmo a pessoa que está depressiva amanhã ou depois, ele vai estar ensinando outras pessoas a fazer. Então, ele vai ter uma motivação ele sabe, ele teve naquele estágio e ele sabe que tem outras pessoas iguaiszinhas a ele que podem estar saindo de uma maneira mais legal. T5

8.6 Discussão - Estabelecendo Conexões

Utilizando a técnica de entrevista, o estudo qualitativo permitiu identificar algumas categorias que compõem os sentidos e os significados da participação para os gestores, usuários, representantes de entidades e da iniciativa privada. Essas categorias foram agrupadas da seguinte forma: 1. O reconhecimento do outro; 2. O território e políticas públicas e 3. Redes, intersetorialidade e sustentabilidade. Embora as categorias sejam comuns aos segmentos, a perspectiva sob a qual cada grupo social aborda a questão é distinta.

1. O reconhecimento do outro

Foi possível constatar que o reconhecimento do outro é elemento fundante da participação. Esta categoria constitui-se como categoria chave da participação. Não há como falar em participação social se, inicialmente, não houver o reconhecimento do outro-semelhante como igual e como diferente. Como igual no sentido de possuidor dos mesmos direitos, membro da mesma coletividade, partilhando das mesmas regras e leis do convívio social, e como diferente porque, devido a sua singularidade, sua particular inscrição no coletivo, sua subjetividade, distingue-se dos demais.

Por exemplo, um usuário do serviço de saúde está numa posição distinta de um trabalhador, ou mesmo de um gestor de saúde. O olhar de cada qual diante de uma mesma questão varia dependendo da posição ou do lugar que assume, mas isso não deve significar a priori uma relação de dominação e desigualdade, mas sim de diferença, alteridade e respeito. Um processo participativo, portanto, deve considerar as diferenças para poder construir-se em um projeto coletivo, ao mesmo tempo em que deve considerar os discursos sobre o lugar de cada um, uma vez que também os discursos instituem posições sociais.

O reconhecimento do outro se estabelece numa relação dialética com o reconhecimento de nós mesmos através do olhar do outro, fundamento da existência psíquica. Somos dependentes desses sinais do outro para afirmarmos nosso espaço de possibilidades do agir humano coletivo. A criança quando nasce já é falada pelos pais antes mesmo de nascer, desta forma, envolta no mundo da linguagem, já lhe é atribuído um lugar, uma pertença que confere as condições mínimas para sua existência. O animal humano necessita do olhar, da voz, do toque como elementos que inscrevem o ser nascente como sujeito da cultura. (Lacan, 1985)

Estes elementos que destacam um sujeito do outro vão estabelecendo peculiaridades e reconhecimentos recíprocos que, ao longo da vida, possibilitam, a cada um, sua inserção nos grupos e coletivos. Freud

(1921/2006) estabelece uma diferença entre grupo e massa. No fenômeno de massa não há diferenciação entre os sujeitos e a submissão do grupo a um líder ou projeto, colocado em um lugar de ideal, transforma-se em crença e fanatismo.

Nesse sentido, pode-se constatar nos grupos massa, alguns dos efeitos perversos da globalização, tanto pela afirmação de identidades culturais em termos fundamentalistas, como observado nas guerras étnicas e religiosas (CASTELLS apud WESTPHAL, 2007), quanto na relação com o consumo onde, além de cumprir com a sua finalidade básica, o consumo transcende a sua função específica e incide sobre o reconhecimento dos sujeitos, conferindo imaginariamente posição social e status. Assim, é muito comum que o reconhecimento de alguém se estabeleça a partir da marca da roupa que ele veste ou de tênis que ele porta, bem mais do que pelo que ele faz, pensa e diz.

Outro efeito do grupo massa é a impossibilidade da criação da autonomia, da co-responsabilidade, do empoderamento, uma vez que fica sempre na espera de um líder benevolente que lhe dê a insígnia, o comando, ou de um benefício que lhe ative a possibilidade de participação. A necessidade de dar algo em troca para conquistar a participação foi falada tanto pelo segmento dos representantes de entidades quanto dos usuários, mas esteve presente também nos depoimentos dos entrevistados de outros segmentos, principalmente, quando referida à dificuldade na conquista da co-responsabilização.

Fortalece esta posição clientelista a idéia de que participar, ajudando o outro necessitado, é mais fácil do que estabelecer uma relação horizontal de cooperação e co-gestão. Nesta última modalidade tem de haver necessariamente o debate e o reconhecimento público do outro, existindo menos fixidez ao gozo do comando unívoco. A participação como vemos envolve uma mudança na posição de todos. Há certo jogo de acomodação, afastamento e aproximação, tal como nos lembra Freud ao utilizar a metáfora dos porcos-espinhos.

Segundo Arendt (2000), é na esfera pública, no espaço público que se coloca a possibilidade da condição objetiva de vida, na medida em que se garante a condição de sermos vistos e ouvidos pelo outro. Nesse sentido, articulam-se, através do reconhecimento, a visibilidade, o espaço público e cidadania, ou seja, as condições precípuas para o exercício da participação.

Ficou evidente, pela análise das entrevistas, a surpresa do gestor quando este percebeu o usuário não como mero receptor da política pública, mas como um sujeito que tem o que dizer sobre as questões de saúde e da cidade. O reconhecimento do outro como princípio fundante da participação possibilita a escuta do usuário por parte do gestor. Isso não significa concordância ou consenso, mas possibilita a interrogação recíproca baseada nas diferenças e no respeito a essas diferenças.

Outra forma de reconhecimento, que permite a participação do gestor como ator ativo no processo participativo ocorre quando este se vê implicado, ou seja, quando a comunidade percebe o esforço que ele empreendeu para desencadear ações que buscam promover a qualidade de vida e que extrapolam o cotidiano do trabalho da Unidade Básica de Saúde. Quando isso ocorre, ele se sente participante, proativo, se sente junto da comunidade.

Para o trabalhador a possibilidade de mover-se da posição daquele que aprende algo, para aquele que ensina algo também pode ser compreendido nessa dinâmica do reconhecimento. Isso ficou evidenciado nas entrevistas quando os ACS que antes eram alunos das oficinas de artesanato e passaram a ensinar aos usuários as técnicas por eles aprendidas.

Já para o usuário, o reconhecimento do outro-semelhante advém tanto quando ele percebe que o outro necessita de sua ajuda devido a algum sofrimento, como também aparece na possibilidade de compartilhamento da atividade lúdica, de trabalho, ou de luta na comunidade.

A questão do reconhecimento também esteve presente nos depoimentos daqueles que falaram da importância de estarem participando

de um projeto internacional. A representante da iniciativa privada destacou a importância da cidade ser reconhecida como uma referência por estar desenvolvendo o projeto RVL. Alguns usuários destacaram a importância de conhecerem outras realidades, além dos seus problemas locais e também de saberem como outros países vivem os problemas, que foram detectados a partir dos diagnósticos. Esse fato parece ser bastante significativo, uma vez que, como visto na caracterização dos usuários, somente um deles tem acesso à Internet, sendo a televisão o meio de comunicação mais utilizado. Pode-se pensar que o desenvolvimento do RVL para este segmento possibilitou sair da “telinha” e abrir-se a novos canais de comunicação e participação.

Também ficou evidenciado no depoimento da representante da entidade, a importância atribuída a referência internacional do projeto. Ela relatou que os jovens que participam da entidade que ela representa mantêm na lembrança o orgulho da visita dos representantes da OMS e OPAS ao local onde os jovens desenvolvem as suas atividades e onde ocorreu a apresentação musical. O fato é lembrado e parece apontar para o reconhecimento, também, como possibilidade de mobilidade do local para o global, movimento difícil de ocorrer, dos setores mais excluídos da sociedade para zonas mais privilegiadas e ricas. Assim é possível que o local contra-hegemônico também aconteça globalmente. (SANTOS, 2002)

Mais uma vez é possível sair da invisibilidade, da periferia de Guarulhos, e constituir o coletivo como construção de alternativas compartilhadas para cidadania para fora do bairro e da cidade, ampliando sonhos e horizontes. Nessa direção, a apresentação da produção cultural deste grupo de jovens para os representantes de organismos internacionais e visitantes de outros países, permitiu ainda que brevemente, mas de forma significativa, conforme o depoimento da representante da entidade, o contato com línguas e costumes diferentes.

Dessa forma, podemos perceber que os processos participativos, trabalham numa lógica contra-hegemônica, à globalização neoliberal, na

medida em que propõe como desafio favorecer processos que possibilitem aos sujeitos estarem presentes como atores sociais, ou seja, como cidadãos. De forma ampla, pode-se dizer que a constituição brasileira e a formação do SUS na década de 1980 foram resultados de movimentos coletivos nesta perspectiva, uma vez que, possibilitaram o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado e criaram dispositivos de participação, como os conselhos de saúde e as conferências. Entretanto, estes dispositivos embora promovam exercício democrático, não o garantem por si só a participação social, as mobilizações na esfera pública exigem a articulação permanente de atores sociais, tanto indivíduos, como entidades, ONGs, poder público e privado, fóruns e redes.

2. Território e políticas públicas

Esta foi outra categoria que emergiu das entrevistas como elemento constituinte da participação. Território enquanto espaço geográfico habitado onde estão impressas as relações cotidianas de sociabilidade e cidadania, onde a vida acontece com toda a intensidade.

Para alguns entrevistados o território é o bairro onde vivem, para outros a cidade como um todo. Dessa forma, compreende-se que o território adquire a plasticidade de contemplar várias dimensões espaciais. Nesse sentido a análise do espaço geográfico contempla uma dimensão real e objetiva e outra subjetiva, que transcende fronteiras, uma vez que relacionada à significação atribuída por cada sujeito ou coletivo.

Pode-se perceber que, enquanto para os gestores e representante da iniciativa privada o sentimento de pertença ao território é referido como à cidade em sua totalidade, para os usuários e representantes de entidades essa pertença se manifesta de duas formas distintas. Há uma polaridade - pertença e abandono - que aparece associada às condições de vida. Por um lado, quando falam positivamente da cidade que os acolheu, migrantes de outras cidades falam desta como um todo e orgulham-se do seu crescimento

e progresso. Além disso, vinculam a pertença à cidade a alguma participação ou movimento social no qual estiveram, ou estão inseridos. Por outro lado, ao se referirem aos problemas da cidade, expressam a sensação de abandono vivida pela falta de políticas públicas: a carência de cursos, de qualificação profissional, de opções de trabalho e lazer e a entrada das drogas e do tráfico, vividas como carência, como experiência de abandono, circunscrevendo assim o território como sendo o bairro onde vivem, limitando sua cidadania ao local, mas mesmo assim, com forte apego ao se referirem ao lugar onde moram.

Embora para estes dois segmentos (usuários e representantes de entidades) pertença e abandono sejam elementos significantes que emergem da categoria território, a forma como cada um deles, na sua maioria, encara a inserção social é distinta.

O sentimento de pertença ao território como mobilizador da participação social aparece de forma mais evidente no segmento dos representantes de entidades. As entidades das quais fazem parte os entrevistados tem marcadamente uma característica local, ou seja, emergiu de uma necessidade de mobilização de um grupo de pessoas preocupadas com uma questão do bairro. Nesse sentido aparece de forma evidente a concepção de Demo (1988) da participação como conquista. A participação das pessoas nas entidades as faz terem que negociar, debater com os diversos atores do território as questões locais, há busca de diálogo e da tomada de parte na gestão (AMMANN, 1980).

Nesse sentido, os entrevistados deste segmento participaram do RVL, por um lado querendo conhecer o movimento que se estava propondo na região e, em segundo lugar, enxergaram o RVL como essa arena, campo de discussão e dispositivo de debate sobre as questões que ele tem como missão nas suas entidades. Um exemplo concreto é o fato de uma das entidades ter buscado a parceria do projeto RVL para desenvolver uma proposta para concorrer a um prêmio do Ministério da Cultura, criando um movimento translocal (SANTOS, 2002).

Já para o segmento dos usuários entrevistados a participação social, embora vista como importante para as conquistas do lugar onde vivem não é compreendida como algo que interfere realmente sobre as condições de vida e saúde. Há uma queixa sobre a falta de participação e a sensação de abandono e desamparo vivido no território por parte de poder público embora com forte apego ao lugar onde moram.

É interessante notar a constatação de Haesbaert (2004) que é entre aqueles que estão mais destituídos de seus recursos materiais que aparecem formas as mais radicais de apego às identidades territoriais. Rolnik (2008) lembra do processo migratório das zonas rurais para as cidades como um processo que ao produzir cidades reproduziu desigualdades, gerando o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social (BARLELLOS et al).

Entretanto aqueles que também exercem a função de conselheiros gestores (três dos nove entrevistados) sentem-se pró-ativos em relação à participação. Contudo esta análise não é simples nem linear, pois embora o sentimento de desamparo social apareça de forma intensa à avaliação que fazem quanto à ausência das políticas públicas no território é bastante pertinente. A propriedade com que analisam as dificuldades, os dramas e ao mesmo tempo o potencial local destoa da consequência objetiva que dão a inserção como participantes dos processos participativos que poderiam se incluir, bem como a forma na qual se incluem no próprio RVL.

Percebe-se, pelas entrevistas, que o processo participativo do RVL possibilita que o abandono vivido nas zonas de exclusão da cidade seja explicitado. Entretanto, esse movimento participativo criado, por si só é insuficiente para fazer frente ao processo de mudanças que se faz necessário impulsionar.

É importante frisar que, em seu desenvolvimento metodológico, a iniciativa RVL não apresenta instrumentos que dêem suporte ao longo do

tempo ao movimento desencadeado pelo diagnóstico participativo local. Nesse sentido, é importante que a construção desse diagnóstico esteja desde o início articulado a outros processos participativos de escuta da população que dêem sustentação e visibilidade aos aspectos explicitados. A abrangência do projeto a outras realidades abriu caminho para o tema das redes, da intersectorialidade e da sustentabilidade. Estes temas compõem uma categoria.

3. Redes, Intersectorialidade e Sustentabilidade

Para alguns dos usuários, principalmente aqueles que realizam as atividades das oficinas de artesanato e culinária, as redes que foram formadas a partir do RVL se constituíram como experiências cotidianas de estar junto, de ajudar o outro diante de alguma necessidade, ampliando laços de solidariedade e saída da depressão. Para estes, o RVL surgiu como uma possibilidade entre outras para melhoria da qualidade de vida no território. Neste caso, o vínculo ao projeto não foi com o ideário do mesmo, mas se estruturou bem mais como possibilidade de alguma inserção social.

Já para outros, o fato do projeto ser vinculado a um conjunto de cidades fez sentirem-se participantes de uma rede, mesmo que isso não tenha uma interferência concreta no seu cotidiano. Alguns usuários também passaram a formar parte do conselho gestor de saúde, o que caracteriza um resultado positivo, ainda que inicial e incipiente, uma vez que, o interesse nesta forma de exercício participativo não revela como a pessoa exercerá a sua participação.

Essa possibilidade de pertença simbólica a uma rede de cidades em torno dos ODM, ou a um conselho local de saúde, parece ir de encontro com a perspectiva de rede de Scherer-Warren (1993) ao situar esta como um conceito propositivo onde as forças vivas do território se articulam em torno de interesses comuns.

Também houve usuários que juntamente com gestores e representante da iniciativa privada apontaram para a fragilidade das redes formadas a partir do RVL. Houve a constatação por parte destes segmentos da dificuldade na comunicação, na continuidade de reuniões e encontros, da demora para realização e encaminhamento das propostas, vinculando desta forma o tema das redes a questão da sustentabilidade do projeto.

A representante da iniciativa privada lamentou o pouco “link” entre as ações da prefeitura e do setor privado. Para ela, o setor privado poderia ser um impulsionador de vários projetos da prefeitura. A sustentabilidade é especialmente importante nos processos participativos visto estar relacionada à possibilidade de transformação social a médio e longo prazo. No segmento dos usuários os aspectos apontados relacionados à sustentabilidade estavam relacionados às barreiras a participação, ou seja, estava referido aquilo que na visão desses atores impedia os processos participativos seguirem adiante. Nessa perspectiva a falta de instrução foi um elemento claramente colocado, assim como a acomodação por parte das comunidades que acostumaram-se a receber algo em troca da sua participação, ou querem um “lucro imediato”, esta fala foi tanto de representantes de entidades como de usuários, sendo este um elemento que concorre fortemente para a dificuldade da sustentabilidade do projeto. Do lado dos gestores a sustentabilidade estava colocada no envolvimento dos diversos atores nas ações participativas no território, ou seja, a integração das equipes e comunidades para o trabalho sobre os determinantes sociais como forma de promover a qualidade de vida no nível local.

O que ficou muito evidente pelas entrevistas é que as redes que puderam ser constituídas a partir do projeto dependeram mais das iniciativas das próprias pessoas, sendo o RVL um dispositivo onde estas puderam se encontrar e estabelecer contato. Os depoimentos a este respeito foram muito variados não permitindo uma análise muito definida. O que parece mais claro é que na medida em que o projeto não foi apropriado pela comunidade como um todo, permanecendo muito dependente da condução da secretaria da saúde, seja pela realização das oficinas de diagnóstico

participativo, das oficinas e mesmo da oportunização das oficinas de tear, cerâmica, artesanato, cozinha, exposições e feiras, não foi possível a horizontalização das relações. A vinculação entre os diversos atores sociais que compõe o projeto manteve-se inalterada. Houve a exceção da entidade que como citado acima buscou a parceria para concorrer ao prêmio no Ministério da Cultura, construindo uma rede entre cultura e saúde antes apenas ensaiada na região.

9 CONCLUSÃO

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a participação social na implementação do projeto Rostos Vozes e Lugares em Guarulhos/SP. Foram consultadas diversas fontes de informação produzidas durante o desenvolvimento do projeto e foram realizadas entrevistas em profundidade com 27 pessoas dos diversos segmentos participantes do projeto (gestores, trabalhadores, usuários, representantes de entidades e representante da iniciativa privada).

A partir das entrevistas foi possível constituir categorias de análise que nos permitiram estabelecer algumas conclusões quanto ao objetivo deste estudo. Estas categorias foram se delineando ao longo das várias leituras da transcrição das entrevistas.

Verificou-se que a participação social propiciada pelo projeto RVL constitui-se como uma experiência importante para os que dele fizeram parte. Por parte dos usuários principalmente pelo engajamento em algum tipo de atividade concreta. A participação no projeto oportunizou a inserção nos grupos de tear, artesanato, cozinha e mesmo no conselho gestor da Unidade Básica de Saúde. Promovendo desta forma maiores laços de sociabilidade, cidadania, melhoria na auto-estima e na saúde mental, e relações vinculares mais solidárias. Entretanto, faz-se necessário algumas ponderações: a maior parte dos entrevistados deste segmento (sete dos nove) não participou das oficinas de diagnóstico participativo e duas, que participaram de algumas reuniões do RVL alegaram que, pela falta de instrução, não se sentiam em condições de participar dos encontros

Estes são pontos significativos a serem analisados porque o protagonismo dos sujeitos no projeto fica mais vinculado a possibilidade de desenvolverem uma potencialidade própria e concreta do que de exercer atividades que vinculem as problemáticas locais do território aos ODM, mote do projeto. Neste sentido, é importante buscar pontos de encontro e contato

para que a falta de instrução não seja um elemento impeditivo à participação, justamente quando se consegue atingir a população de maior vulnerabilidade. Também é necessário que os ODM encontrem tradução no cotidiano das ações das pessoas, para que elas se engajem na participação de forma crítica e transformadora.

Esta mesma constatação pode ser feita em relação ao segmento dos trabalhadores que se mostravam muito engajados nas oficinas que foram criadas como estratégia vinculada aos ODM, entretanto em suas falas estas atividades apareceram muito pouco articuladas a estes objetivos, constituindo-se como uma atividade a mais da UBS em prol da promoção da saúde. Nesse sentido, a discussão dos ODM necessita encontrar canais de tradução que sejam mais sensíveis a comunidade as quais ele se dirige.

A participação social desencadeada no projeto é marcada por certa ambigüidade, que talvez seja marca estrutural no projeto, apresentando reflexo na fala dos diversos segmentos. Tal fato fica muito evidente na fala dos gestores, uma vez que, por um lado são os responsáveis e estimuladores de seus funcionários para o desenvolvimento do projeto, por outro, esperam apoio e decisão por parte do nível central da secretaria da saúde para seguir adiante no desenvolvimento das ações do RVL. Nestes casos, é como se não pudessem se apropriar do projeto como algo que compõe o seu fazer cotidiano. Mesmo que percebam resultados benéficos, tanto em relação aos usuários dos serviços, como em relação às redes intersetoriais que o projeto promove, há uma clara dificuldade em incorporar o projeto no cotidiano das ações e no planejamento das ações da Unidade de Saúde.

Mas, como referi acima esta ambigüidade não deve ser tomada como uma crítica à participação deste segmento no projeto, ou mesmo dos demais, mas há estruturalmente no projeto uma indefinição e relação ao caráter da participação que se quer estimular. Um projeto, que pretende trabalhar com os ODM no nível local, pressupõe enfrentar um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica imposta pelo

modelo hegemônico de globalização que desterritorializa e desmobiliza ações coletivas e solidárias. Nesse sentido o projeto RVL para se colocar como um dispositivo transformador de fato, para viabilizar movimentos de mudança na lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas sociais lança-se a um objetivo que transcende em muito a capacidade operativa dos grupos no nível local.

Re-dimensionar a abrangência, os propósitos, o alcance e as possibilidades do RVL poderiam melhor definir seus êxitos e seus pontos de impasse contribuindo para uma melhor avaliação do seu processo de implementação.

A participação social promovida pelo RVL deve estar associada a outras agendas participativas da cidade, compondo com outras entidades uma mobilização para a efetiva participação dos grupos e comunidades. O RVL é um projeto que estimula e fomenta formas de participação e seu caráter intersetorial é necessariamente processual necessitando permanentemente de articulações e de atores sociais que tenham capacidade de exercer pressão, diálogo e poder nos territórios. Sem que o conflito assuste, mas evoque seu poder transformador. Transformar os modos de construir as políticas públicas exige uma mudança nas lógicas que orientam as práticas, pressupõe articular: princípios e processos de criação de novas realidades e horizontes.

10 BIBLIOGRAFIA

AMMAN, S. *Participação Social*. São Paulo, Cortez & Moraes, 1978.

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. Boitempo, São Paulo, 2001.

AVRITZER, L. *Orçamento Participativo: as experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte*, In DAGNINO, E (org.) *Sociedade civil e os espaços públicos no Brasil*. Paz e terra, SP, 2002.

BARCELLOS, C. GONDIN, G, GRACIE,
http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.

BISPO JÚNIOR J. P, SAMPAIO J. J. C. *Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil*. Rev. Panam. Salud Publica [serial on the Internet]. 2008 June [cited 2009 Sep 07] ; 23(6): 403-409. Available from: http://www.Scielo.sp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200800060&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892008000600005.

BODSTEIN, R. C de A. *Ciências Sociais e Saúde Coletiva: Novas Questões, Novas Abordagens*. Cad. Saúde Public. Rio de Janeiro 8(2): 140-149, abr/jun, 1992.

BORBA, J. *Cultura Política, Ideologia e Comportamento Eleitoral: alguns apontamentos teóricos sobre o caso brasileiro*. In: *Revista Opinião Pública*. Vol. XI. Campinas: 2005. p. 147-168.

BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.

BRASIL, 1990a. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 182, de 20 set., pp. 18055-18059.

BRASIL, 1990b. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área

da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº249, de 31 dez., pp. 25694-25695

BUSS, P. M. *Globalização, pobreza e saúde*. Ciência & Saúde Coletiva 12 (6) 1575-1589, 2007.

CAMARGO-BORGES, C; MISHIMA, S. M. *A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica*. Saúde soc., São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 04 jan. 2010. doi: 10.1590/S0104-12902009000100004.

CAMPOS, Rosana Onocko. *O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.sp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232005000300015.

CAREGNATO R. C. A.; MUTTI R. *Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo*. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

CARVALHO, Sérgio R. *Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção da Saúde*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 1.088-1.095, 2004.

COHN, A. *Participação e cidadania na promoção da saúde*. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. Anais... São Paulo: APSP, 2000. v. 2, p.297-301.

CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. 208p.

DUBET, F. *Sociologia da experiência*. Instituto Piaget, Lisboa, Portugal, 1994.

DEMO, P. *Participação é conquista*. São Paulo, Cortez, 1988.

DURKHEIN, E. *As regras do método sociológico*. 3ª ed., São Paulo, Nacional, 1963.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES R. *Promoção da Saúde e Gestão Local*. Aderaldo & Rothschild, São Paulo, 2007.

FREUD, S. (1921) *Psicologia de las massas y analisis del yo Obras Completas*. Buenos Aires, Ed. Americana, 1943.

GADEA, C. A.; SCHERER-WARREN, I. *A contribuição de Alain Touraine para o debate sobre sujeito e democracia latino-americanos*. Rev. Sociol. Polit., Curitiba, n. 25, nov. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4478-2005-000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Feb. 2010. doi: 10.1590/S0104-44782005000200005.

GASCÓN, S.; TAMARGO, M. C.; CARLES, M. *Marco Conceptual y Metodologico sobre Participación Ciudadana en Salud en el MERCOSUR Ampliado*. Fundación ISALUD, primer informe de avance, fev.2005

GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. *Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP)*. Saúde e debate; 26(61):167-175, maio-ago. 2002.

GOHN, M. G. *Teorias dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

_____. *Movimentos e lutas sociais na história do Brasil*. São Paulo: Loyola, 1995.

GUIZARDI, F. L. et al. *Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde*. Physis [online]. 2004, vol.14, n.1 ISSN 0103-7331.

HAESBAERT, R. *Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade*. Porto Alegre, Setembro de 2004 <http://w3.msh.univ-tlse2.fr/cdp/documents/CONFERENCE%20Rogerio%20HAESBAERT.pdf>.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; DAPUZZO, Fabíola. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2010, vol.17, n.2 [cited 2010-10-30], pp. 545-547. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000200019&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-5970. doi: 10.1590/S0104-59702010000200019.

LABRA, M. E. e FIGUEIREDO, J. St A.. *Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537 - 547 2002.

LACAN, J. *A esquizo do olho e do olhar*. In: O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. EPU São Paulo, 1986.

MARTELETO, M. I.T *Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação*. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2006.

MARTELETO, R. M.; OLIVEIRA E SILVA A. B. *Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local*. Ciência da Informação, Vol. 33, nº3, 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes/ EDUC, 1989.

MARTINS, P. C. et al. *Conselhos de saúde e participação social no Brasil: matizes da utopia*. Phisys [on line]. 2008, vol18, n 1 [cited 2010-02-14], pp. 105-121. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO103-73312008000100007&lng=em&nrm=isso>. ISSN 01037331.doi: 10.1590/SO103-73312008000100007.

MATO, D. *Guia de evaluar participación social em estratégias y programas de salud em el nível local (versión preliminar)*. Caracas, 1996.

MILBRATZ, R; PELIZZARO, I. *A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde de Blumenau*. (MIMEO - Pesquisa vinculada ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Movimentos sociais (NEPEMOS) da Universidade Regional de Blumenau.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª Ed., São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1993.

_____. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 12ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. *Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?* Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, pp.239-262, 1993.

MINAYO M. C. S.; ASSIS S. G.; SOUZA E. R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de problemas sociais*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. *Conselhos municipais de saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS*, v. 14, n. 3.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. *Participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?* Saúde Soc.; 15(1):49-57, jan.-abr. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde*. Saúde e Soc. São Paulo, v.13, n.3, p.44-57.

O' DWYER, G. C.; MOYSÉS, N. M. N. *Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil?* Ciência & Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 26-27, 1998.

OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

_____. *Partidos políticos e nuevos movimientos sociales*. Sistema, Madri, 1988.

OPS/OMS. Planificación local participativa. *Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud Nro 41. OPS 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *27ª Conferência sanitária pan-americana 59ª sessão do comitê regional rostos, vozes e lugares: resposta da comunidade aos objetivos do desenvolvimento do milênio - Uma estratégia do local ao regional*. Washington, D.C., EUA, 1-5 de outubro de 2007 <http://www.ops-oms.org/Portuguese/GOV/CSP/csp27-14-p.pdf>.

_____. *140ª Sessão do comitê executivo*. Washington, d.c., EUA, 25 a 29 de junho de 2007 rostos, vozes e lugares: resposta da comunidade aos objetivos do desenvolvimento do milênio Uma estratégia do Local para Regional <http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce140-16-p.pdf>.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. *Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

PONT, R. *Democracia Participação Cidadania: uma visão de esquerda*. Palmarinca, porto Alegre, 2000.

REY, F. G. *La investigación cualitativa em psicología rumbos y desafíos*. EDUC, São Paulo, 1999.

RIBEIRO, W. C. *A quem interessa a globalização*. Revista ADUSP, São Paulo, 1995..

ROLNIK, R. *A Lógica da desordem*. Le Mond Diplomatique Brasil. Sao Paulo, 2008.

SANTOS, B. S. S (org.). *Democratizar a democracia: caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro, Record.

_____. *A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo. Razão e Emoção*. 2º ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCHERER-WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola, São Paulo, 1996.

_____. *Das mobilizações às redes de movimentos sociais*. Sociedade e Estado, Brasília, v. 21, n. 1, p. 109-130, jan./abr. 2006.

SCHWARTZMAN, S. *Bases do autoritarismo brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1982.

SILVA, M. E. K. *Participação Social, saúde e desenvolvimento local: fragmentos e possíveis costuras na gestão de políticas públicas*. Revisa Grifos n 24, Chapecó, 2008.

SOUZA, M. J. L. de. *O território; sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento*. CASTRO, I. E. de; GOMES, P.C. da C. e CORRÊA. R. L. (Orgs.). *Geografia Conceitos e Temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

TEIXEIRA, C. F. *Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente*. In CASTRO, A. MALLO, M. (orgs.) *SUS: resignificando a promoção da saúde*. São Paulo, Hucitec; OPAS, 2006.

TELLES, V. S. *Sociedade civil e os caminhos (incertos) da cidadania*. Rev. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 7-14, 1994.

TILLION G. Le Mond Diplomatique - Brasil ano2 número 21 abril, 2009.

TOURAINE, A. *Um novo paradigma para compreender o mundo de hoje*. 3ª ed.. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. *O Retorno do Actor*. Lisboa, Instituto Piaget, 1996a.

_____. *O que é democracia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996b.

_____. *Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis: Vozes, 1998.

VÁSQUEZ, M. L. et al. *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. *Gac Sanit* [online]. 2002, vol.16, n.1 ISSN 0213-9111.

_____. *Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.2 [cited 2009-09-14], pp. 579-591. Available from :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000200025&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-

YIN, R. K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2003.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. *Sistema de informação em gestão social*. *Estud. av.* [online]. 2006, vol.20, n.56 [cited 2010-11-02], pp. 149-160. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000100011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. doi: 10.1590/S0103-40142006000100011.311X2003000200025.

WENDHAUSEN A.; CARDOSO S. M. *Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas*. *Rev. bras. enferm.* 2007 2008 10]; 60(5): 579-584.

WESTPHAL, M. F. *Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista*. Tese de livre docência. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1992.

_____. *Participação e Cidadania na Promoção da Saúde*. Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública. Vol. 2. Águas de Lindóia, SP, 1999.

_____. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES R. *Promoção da Saúde e Gestão Local*. Aderaldo & Rothschild, São Paulo, 2007.

_____. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: *Tratado de Saúde Coletiva* AKERMAN, M. et al (org.). 2ª Ed. Hucitec/Fiocruz, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Healthy settings*. 2010. Disponível em: http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/index.html. Acesso em: 20 out 2010

ZANARDI, R. C.; CORDONI Jr. L. *A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.6, n.1, p. 7-15, dez. 2004.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. *O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social*. Saude soc. [online]. 2007, vol.16, n.3, pp. 26-34. ISSN 0104-1290. doi: 10.1590/S0104-12902007000300004.

ANEXOS

ANEXO 1

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/120/10

17 de junho de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2122**, intitulado **"A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO: ROSTOS, VOZES E LUGARES, EM GUARULHOS"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Emília Estivalet Broide** e orientação do(a) Professor(a) **Marcia Faria Westphal**, considerando-o **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a)-pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Marcia Faria Westphal
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VIA DO ENTREVISTADO

**Título do Projeto de Pesquisa: A participação social na
implantação do Projeto: Rostos, Vozes e Lugares, em Guarulhos.**

Pesquisador Responsável: Emília Estivalet Broide

Esta pesquisa está sendo proposta como condição para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem por objetivo analisar a participação social na implementação do Projeto Rostos Vozes e Lugares em Guarulhos.

A pesquisa que estou convidando o senhor (a) a participar ajudará a identificar quem são os diversos atores sociais envolvidos no projeto, as formas de participação instituídas e, ainda, identificar de que forma esta participação influencia na gestão em saúde no município. Durante a realização da pesquisa, o senhor (a) não sofrerá nenhum tipo de risco físico, mental ou social, em decorrência dela, e será esclarecido (a) a qualquer momento, em qualquer aspecto que desejar.

Peço sua autorização para gravar a entrevista, a fim de fazer análises posteriores, assim como publicar os resultados encontrados, através de artigos científicos, em revistas ou congressos.

As informações fornecidas serão utilizadas unicamente com a finalidade de pesquisa. Seu nome não será em nenhum momento identificado, garantindo o sigilo. Sua participação é livre e voluntária, sendo que a qualquer momento poderá interromper a entrevista caso não queira continuar. Caso este fato ocorra, não haverá qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Sua participação, também, não implica em qualquer despesa por sua parte, nem risco para sua saúde. Caso tenha alguma dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone 11- 88875999 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cito à Av Dr. Arnaldo 715 Pinheiros, São Paulo/SP CEP 01246904. Telefone 11- 3061-7779.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Eu, Emília Estivalet Broide, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Assinatura da pesquisadora _____.

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****VIA DO PESQUISADOR**

**Título do Projeto de Pesquisa: A participação social na
implantação do Projeto: Rostos, Vozes e Lugares, em Guarulhos.**

Pesquisador Responsável: Emília Estivalet Broide

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial relacionados à privacidade
4. Procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo cito à Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira César, São Paulo/SP CEP 01246904. Telefone 11- 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de eventos não previstos.

**DECLARO ESTAR CIENTE DO EXPOSTO E MANIFESTO MEU
DESEJO EM PARTICIPAR DO PROJETO DE PESQUISA.**

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Nome do entrevistado _____.

Assinatura do entrevistado: _____.

Assinatura da pesquisadora _____.

ANEXO 4**Roteiro para entrevista
(usuário do serviço de saúde)****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Entrevistado nº: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Distrito de
Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Tem filhos? () sim () não Em caso afirmativo. Quantos? _____

Idade(s): _____

Há quanto tempo reside na região: _____

A sua casa é: () própria () alugada () cedida

Quantas pessoas moram na residência: _____ Grau de parentesco:
_____Escolaridade: () analfabeto () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2
grau incompleto () 2 grau completo

() 3 grau incompleto – curso: _____

() 3 grau completo – curso: _____

Atividade ocupacional: _____

Renda mensal: _____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Recebe algum benefício de órgão governamental? () Não () Sim

Em caso afirmativo. Qual? _____

Quais meios de comunicação você utiliza no dia-a-dia?

() televisão () rádio () jornal/revista () internet () outros

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Como você soube do Projeto Rostos Vozes e Lugares?

O que motivou você a participar do projeto?

O que é participar para você?

Fale como acontece a sua participação no Projeto e o que ela significa para você?

Conte uma lembrança significativa, ou uma pequena história a respeito de sua participação no projeto.

Você considera que algum (uns) setor (es) social (ais) deveria (m) estar participando deste Projeto e não está (ao) presente (s)? () Sim () Não. Em caso afirmativo.

Qual? _____

Por quê? _____

O Projeto Rostos, Vozes e Lugares, proporcionou a formação de redes entre os participantes? Ou seja, você ficou mais próximo de alguém ou algum setor para desenvolver alguma ação coletiva? () Sim Não () Em caso afirmativo.

Como? _____

Você considera que a sua participação neste Projeto poderá trazer mudanças no setor saúde e influenciar nas políticas públicas na cidade? ()

Sim () Não. Em caso afirmativo diga como: _____

Como você vê a sua cidade? _____

Você participa de alguma entidade ou movimento social? () sim () não Em caso participação nesta entidade ou movimento social e como você percebe

a _____ sua participação? _____

Este espaço é livre para você falar sobre a sua participação no Projeto.

ANEXO 5**Roteiro para entrevista****(representante de entidade, associação ou organização social)****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Entrevistado nº: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Tem filhos? () sim () não Em caso afirmativo. Quantos? _____

Idade(s): _____

Há quanto tempo reside na região: _____

A sua casa é: () própria () alugada () cedida

Quantas pessoas moram na residência: _____ Grau de parentesco: _____

Escolaridade: () analfabeto () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2 grau incompleto () 2 grau completo

() 3 grau incompleto – curso: _____

() 3 grau completo – curso: _____

Atividade ocupacional: _____

Renda mensal: _____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Recebe algum benefício de órgão governamental? () Não () Sim

Em caso afirmativo. Qual? _____

Quais meios de comunicação você utiliza no dia-a-dia?

() televisão () rádio () jornal/revista () internet () outros

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE, ASSOCIAÇÃO, OU ORGANIZAÇÃO SOCIAL.

Entidade nº: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Qual o tempo de fundação: _____

Qual é a atuação da entidade, associação, organização social, que você participa?

Quais as principais atividades?

Quais são os objetivos?

Qual o número de membros? _____

Abrangência da ação da entidade: () nacional () estadual () municipal () local

A sua associação estabelece relações com outros setores da sociedade?

Em caso afirmativo. () Setor Público () Setor Privado () Terceiro Setor

Qual

(ais)? _____

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Fale como acontece a sua participação na entidade que você representa e o que ela significa para você.

Participa de outra(s) entidade(s) associação (ões), organização (ões) social (ais)? Em caso afirmativo. Qual (ais)?

Como você soube do Projeto Rostos Vozes e Lugares?

O que motivou sua entidade, associação, organização social a participar do projeto?

Como foi decidido quem representaria a entidade?

O que é participar para você?

Fale como acontece a sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares e o que ela significa para você?

Qual o sentido e o significado da participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares para a entidade, associação, empresa ou organização social que você representa?

Como você transmite as informações sobre a sua participação na instituição?

Conte uma lembrança significativa, ou uma pequena história a respeito de sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares.

Você considera que a sua participação neste Projeto poderá trazer mudanças no setor saúde e influenciar nas políticas públicas na cidade? () Sim () Não. Em caso afirmativo diga como:

Como você vê a sua cidade?

Você considera que algum (uns) setor (es) social (ais) deveria (m) estar participando deste Projeto e não está (ao) presente (s)? () Sim () Não. Em caso afirmativo.

Qual? _____

Por quê?

O Projeto Rostos, Vozes e Lugares, proporcionou a formação de redes sociais entre as entidades, associações ou organizações sociais? () Sim Não () Em caso afirmativo.

Como? _____

Este espaço é livre para você falar sobre a sua participação no Projeto.

ANEXO 6**Roteiro para entrevista
(representante da iniciativa privada)****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Entrevistado nº: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Tem filhos? () sim () não Em caso afirmativo. Quantos? _____

Idade(s): _____

Há quanto tempo reside na região: _____

A sua casa é: () própria () alugada () cedida

Quantas pessoas moram na residência: _____ Grau de parentesco: _____

Escolaridade: () analfabeto () 1 grau incompleto () 1 grau completo () 2 grau incompleto () 2 grau completo

() 3 grau incompleto – curso: _____

() 3 grau completo – curso: _____

Atividade ocupacional: _____

Renda mensal: _____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Recebe algum benefício de órgão governamental? () Não () Sim

Em caso afirmativo. Qual? _____

Quais meios de comunicação você utiliza no dia-a-dia?

() televisão () rádio () jornal/revista () internet () outros

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PRIVADA.

Entidade nº: _____

Endereço: _____ Bairro _____

CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Qual o tempo de fundação: _____

Qual é a atuação da empresa que você representa?

Quais as principais atividades desenvolvidas?

Quais são os objetivos?

Qual o número defuncionários? _____

Abrangência da ação da empresa: () nacional () estadual () municipal ()
localA sua empresa estabelece relações com outros setores da sociedade? Em
caso afirmativo. () Setor Público () Setor Privado () Terceiro Setor

Qual

(ais)? _____

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Como a empresa que você faz parte soube do Projeto Rostos Vozes e Lugares?

O que motivou sua empresa a participar do projeto?

O que é participar para você?

Fale como você transmitiu a experiência de participação vivida no Projeto Rostos Vozes e Lugares na empresa.

Participa de alguma (s) entidade(s) associação (ões), organização (ões) social (ais)? Em caso afirmativo. Qual (ais)?

Como foi decidido quem representaria a empresa?

Fale como acontece a sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares e o que ela significa para você?

Qual o sentido e o significado da participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares para a entidade, associação, empresa ou organização social que você representa?

Como você transmite as informações sobre a sua participação na instituição?

Conte uma lembrança significativa, ou uma pequena história a respeito de sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares.

Você considera que a sua participação neste Projeto poderá trazer mudanças no setor saúde e influenciar nas políticas públicas na cidade? ()

Sim () Não. Em caso afirmativo diga como:

Como você vê a sua cidade?

Você considera que algum (uns) setor (es) social (ais), ou empresa (s) deveria (m) estar participando deste Projeto e não está (ão) presente (s)? ()

Sim () Não. Em caso afirmativo.

Qual?_____

Por quê?

O Projeto Rostos, Vozes e Lugares, proporcionou a formação de redes sociais entre as entidades, associações ou organizações sociais? () Sim
Não () Em caso afirmativo.

Como? _____

Este espaço é livre para você falar sobre a sua participação no Projeto.

ANEXO 7

Roteiro para entrevista (representante do poder público: gestor)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Entrevistado nº: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Data de nascimento: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Tem filhos? () sim () não Em caso afirmativo. Quantos? _____

Idade(s): _____

A sua casa é: () própria () alugada () cedida

Quantas pessoas moram na residência: _____ Grau de parentesco: _____

Escolaridade: () analfabeto () 1 grau incompleto () 1

grau completo () 2 grau incompleto () 2 grau completo

() 3 grau incompleto – curso: _____

() 3 grau completo – curso: _____

Quais meios de comunicação você utiliza no dia-a-dia?

() televisão () rádio () jornal/revista () internet () outros

Renda mensal: _____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Descreva as principais atividades que você exerce?

Quais são os objetivos destas atividades?

Como ocorreu a indicação para a sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares

() indicação () voluntária () convocação () eleição () discussão em equipe ou com a chefia/diretoria

IDENTIFICAÇÃO DO SETOR PÚBLICO

Secretaria: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

A secretaria estabelece relações com outros setores da sociedade? Em caso afirmativo.

() Setor Público () Setor Privado () Terceiro Setor

Qual

(ais)? _____

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Para você, o que é participar?

Qual o sentido e o significado da participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares para a instituição que você faz parte?

Como foi decidido que você participaria do Projeto Rostos Vozes e Lugares?

Fale como acontece a sua participação no Projeto e o que ela significa para você?

Como você transmite as informações sobre a sua participação na instituição?

Conte uma lembrança significativa, ou uma pequena história a respeito de sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares.

Você considera que a sua participação neste Projeto poderá trazer mudanças no setor saúde e influenciar nas políticas públicas na cidade? ()

Sim () Não. Em caso afirmativo diga como:

Em caso negativo diga o porquê

Você considera que algum (uns) setor (es) social (ais) deveria (m) estar participando deste Projeto e não está (ao) presente (s)? () Sim () Não. Em caso afirmativo.

Qual? _____

Por quê?

Em sua opinião o Projeto Rostos, Vozes e Lugares, proporcionou a formação de redes sociais entre as entidades, associações ou organizações sociais? E entre as secretarias?

() Sim Não () Em caso afirmativo.

Como? _____

Caso a sua resposta tenha sido negativa explique.

ANEXO 8**Roteiro para entrevista
(representante do poder público: trabalhador)****IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Entrevistado nº: _____

Endereço: _____

Bairro _____ CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: _____

Data de nascimento: _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo

Tem filhos? () sim () não Em caso afirmativo. Quantos? _____

Idade(s): _____

A sua casa é: () própria () alugada () cedida

Quantas pessoas moram na residência: _____ Grau de parentesco: _____

Escolaridade: () analfabeto () 1 grau incompleto () 1

grau completo () 2 grau incompleto () 2 grau completo

() 3 grau incompleto – curso: _____

() 3 grau completo – curso: _____

Quais meios de comunicação você utiliza no dia-a-dia?

() televisão () rádio () jornal/revista () internet () outros

Renda mensal: _____

Local de trabalho: _____ Função: _____

Descreva as principais atividades que você exerce?

Quais são os objetivos destas atividades?

Como ocorreu a indicação para a sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares

() indicação () voluntária () convocação () eleição () discussão em equipe ou com a chefia/diretoria

IDENTIFICAÇÃO DO SETOR PÚBLICO

Secretaria: _____

Endereço: _____ Bairro _____

CEP: _____ Distrito de Saúde: _____

Tel: _____ celular: _____

Email: _____

A secretaria estabelece relações com outros setores da sociedade? Em caso afirmativo.

() Setor Público () Setor Privado () Terceiro Setor

Qual

(ais)? _____

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA PARTICIPAÇÃO

Para você, o que é participar?

Qual o sentido e o significado da participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares para a instituição que você faz parte?

Como foi decidido que você participaria do Projeto Rostos Vozes e Lugares?

Fale como acontece a sua participação no Projeto e o que ela significa para você?

Conte uma lembrança significativa, ou uma pequena história a respeito de sua participação no Projeto Rostos Vozes e Lugares.

Você considera que a sua participação neste Projeto poderá trazer mudanças no setor saúde e influenciar nas políticas públicas na cidade? () Sim () Não. Em caso afirmativo diga como:

Em caso negativo diga o porquê

Você considera que algum (uns) setor (es) social (ais) deveria (m) estar participando deste Projeto e não está (ao) presente (s)? () Sim () Não. Em caso afirmativo.

Qual? _____

Por quê?

Em sua opinião o Projeto Rostos, Vozes e Lugares, proporcionou a formação de redes sociais entre as entidades, associações ou organizações sociais? E entre as secretarias?

() Sim Não () Em caso afirmativo.

Como? _____

Caso a sua resposta tenha sido negativa explique.

ANEXO 9

Convite para a Primeira Oficina de Diagnóstico Participativo do Distrito de Saúde Lavras

Organização

Apoio

PROJETO ROSTOS, VOZES E LUGARES (RVL)

GUARULHOS

Oficina de Trabalho: Construção do Diagnóstico Participativo

8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO

Contamos com a sua participação!
Distrito de Saúde Lavras
Dia 28 de janeiro de 2009 de 8h00 às 13h00.
Local: Casa Brasil
Rua São Paulo s/n Ponte Alta
(no prédio do Educriança)

Durante a reunião de Cúpula das Nações Unidas realizada em Nova York, em setembro de 2000, 189 países se comprometem a reduzir a pobreza pela metade até 2015 e endossaram a Declaração do Milênio, que inspirou o estabelecimento de metas, denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles: 1) Erradicar a extrema pobreza e a fome; 2) Atingir o ensino básico universal; 3) Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres 4) Reduzir a mortalidade infantil 5) Melhorar a saúde materna 6) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças 7) Garantir a sustentabilidade ambiental 8) Estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento.

Com o objetivo de promover o desenvolvimento de ações para a redução das iniquidades em saúde na América Latina e Caribe, e alcançar as metas do milênio no nível local, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) vem desenvolvendo o Projeto Rostos, Vozes e Lugares. A iniciativa está presente em cerca de 30 comunidades em 16 países. No Brasil, cinco municípios foram escolhidos para desenvolver o projeto, dentre eles Guarulhos.

Em Guarulhos, o projeto teve início em junho de 2008 com a assinatura do Termo de Cooperação Técnica entre a Prefeitura de Guarulhos, através da Secretaria da Saúde, e a Organização Pan Americana da Saúde, tendo sido eleitos três Distritos de Saúde para a realização do projeto: Distrito Lavras, Vila Galvão e Cabuçu.

Neste momento estão sendo realizadas as oficinas para construção do Diagnóstico Participativo nos três Distritos, a fim de construir as estratégias de ação conjunta para atingir as metas traçadas pelos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio.

PROGRAMAÇÃO

1. 8h00 às 8h30 Acolhimento e café da manhã
2. 8h30 às 9h00 Apresentação dos participantes e dos objetivos da oficina
3. 9h00 às 9h20 Apresentação sintética do Projeto Rostos Vozes e Lugares e do Diagnóstico Técnico do Distrito de Saúde
4. 9h20 às 10h00 Divisão dos grupos e distribuição de tarjetas com os problemas identificados no Diagnóstico Técnico.
5. 10h00 às 11h30 Trabalho em grupo
 - Relacionar os problemas (tarjetas) com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Uma pessoa do grupo deverá colar as tarjetas abaixo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionado àquele problema
 - Verificar se os problemas apontados correspondem aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio do seu grupo
 - Escrever em uma matriz os problemas que correspondem aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio do seu grupo
 - Identificar outros problemas significativos no Distrito de Saúde (produzir novas tarjetas)
6. 11h30 às 12h00 Plenária: síntese do produto final

ANEXO 10

Material Distribuído nas Oficinas – Síntese dos ODM

Projeto Rostos, Vozes e Lugares (RVL)- Guarulhos – Janeiro 2009
OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

ACABAR COM A FOME
E A MISÉRIA

1

Neste momento, milhares de pessoas estão passando fome no Brasil e no mundo. Para romper este círculo vicioso, é fundamental unir toda a sociedade. Só dessa forma será possível garantir a condição básica de direito à vida: viver sem fome.

Metas:

- Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a um dólar PPC por dia.
 - Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre de fome.
- NO NOSSO PAÍS, 29% DAS PESSOAS ESTÃO ABAIXO DA LINHA DA POBREZA E APRESENTAM DEFICIÊNCIA ALIMENTAR.**

EDUCAÇÃO BÁSICA
DE QUALIDADE PARA
TODOS

2

Todos têm direito a educação de qualidade. Entretanto, não é bem isso o que acontece, pois muitas pessoas não chegam a completar o ciclo básico.

Meta:

- Garantir que até 2015 todas as crianças, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de ensino.
- O BRASIL É O SÉTIMO PAÍS DO MUNDO EM NÚMERO DE ANAFABETOS, SENDO QUE 18 MILHÕES DESTES NUNCA PASSARAM PELA ESCOLA.**

IGUALDADE ENTRE
SEXOS E VALORIZAÇÃO
DA MULHER

3

A história do mundo nos mostra que durante muito tempo os homens e as mulheres não tinham os mesmos direitos e deveres. Em alguns países isso ainda acontece. Em outros, as mulheres conquistaram direitos que antes lhes eram negados.

Meta:

- Eliminar as disparidades entre os sexos em todos os níveis de ensino.
- NO BRASIL, AS MULHERES CHEGAM A GANHAR ATÉ 40% A MENOS DO QUE OS HOMENS PARA EXERCER O MESMO TRABALHO.**

REDUZIR A
MORTALIDADE INFANTIL

4

Em nosso país muitas crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida. As causas são inúmeras, como a desnutrição a falta de acompanhamento pré-natal e durante o parto. Melhorar a saúde materna ajuda a reduzir a mortalidade infantil.

Meta:

- Reduzir a dois terços, entre 1990 a 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade.
- NO BRASIL, A MORTALIDADE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA É DE 27,8 PARA CADA 1.000.**

MELHORAR A SAÚDE
DAS GESTANTES

5

Em nosso país muitas mães morrem no parto ou logo após. As causas são inúmeras, como a assistência médica inadequada, acesso aos serviços de saúde, a falta de preparo das mães para se cuidar durante a gestação e a desnutrição. Melhorar a saúde materna ajuda a reduzir a mortalidade infantil. A assistência médica inadequada durante a gravidez e o parto pode causar a morte do bebê e da mãe.

Meta:

- Reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.
- NO BRASIL, AS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE MATERNA SÃO: HIPERTENSÃO ARTERIAL, HEMORRAGIA, INFECÇÕES PÓS-PARTO E COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO ABORTO (CAUSAS DIRETAS).**

COMBATÊ-LOS E, ASSIM,
A MELHORIA A SAÚDE
PÚBLICA

6

Um dos maiores problemas mundiais são as doenças que atingem grande número de pessoas e sabemos que a prevenção é a melhor maneira de combatê-las.

Metas:

- Até 2015 ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual.
 - Até 2015 ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.
- O BRASIL TEM O MAIOR NÚMERO DE CASOS DE MALÁRIA DAS AMÉRICAS, E É O TERCEIRO LUGAR DO MUNDO EM INCIDÊNCIA DESSA DOENÇA. OS CASOS DE AIDS, NO ENTANTO, DIMINUÍRAM EM QUASE TODOS OS GRUPOS. O ÚNICO GRUPO EM QUE HOUE AUMENTO FOI NO DE MULHERES DOS 13 AOS 19 ANOS.**

QUALIDADE DE VIDA
E RESPEITO AO MEIO
AMBIENTE

7

O desmatamento, o desperdício de água e a produção excessiva de lixo são alguns dos problemas mais graves enfrentados pela humanidade. Cuidar do meio ambiente deve fazer parte de nosso dia-a-dia.

Metas:

- Integrar os princípios do desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e reverter a perda de recursos ambientais.
 - Reduzir pela metade até 2015 a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável e esgoto sanitário.
- APESAR DE O BRASIL TER APROXIMADAMENTE 12% DE TODA A ÁGUA DOCE DO PLANETA, 22 MILHÕES DE PESSOAS NÃO TÊM ACESSO A ÁGUA DE BOA QUALIDADE.**

TODOS JUNTOS
TRANSFORMAMOS O MUNDO
EM MELHOR LUGAR

8

Muitas vezes a solução de um problema pode servir de resposta para outros, principalmente quando pessoas, escolas, governos, sociedade civil, empresas e organizações sociais trabalham juntos. Tal objetivo também pode ser pensado internamente ao município, ou seja, quais parcerias são necessárias para reduzir as diferenças intra-urbanas, promovendo um crescimento geral da melhoria da qualidade de vida na cidade.

UM BOM EXEMPLO DE PARCERIAS SÃO AS REALIZADAS ENTRE ESCOLAS, EM QUE PROFESSORES E ALUNOS COMPARTILHAM IDÉIAS, ESPAÇO E MUITA CRIATIVIDADE EM PROJETOS DE VOLUNTARIADO EDUCATIVO.

ANEXO 11

PRIMEIRA OFICINA DE TRABALHO
PROJETO: ROSTOS, VOZES E LUGARES - GUARULHOS

Oficina 2

Data: ____/____/2009

Local: _____

ANEXO 12

EXEMPLO DE RESULTADO DA OFICINA DO DS LAVRAS

ANEXO 13

Exemplo de priorização de problemas do Grupo 1 Erradicar a fome e a miséria– DS Lavras

PROBLEMAS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Tota
Situação de extrema pobreza	3	4	4	3	4	3	4				25
Falta de capacitação para o mercado de trabalho, garantindo o estágio	4	3	3	4	3	4	3				24
Falta de planejamento familiar	1	2	1	2	1	2	2				11
Falta de integração de políticas públicas entre as Secretarias	2	1	2	1	2	1	1				10

PROBLEMA 1: Falta de integração das políticas públicas entre as secretarias.

ENVOLVIDOS: Todas as secretarias do município.

SOLUÇÕES POSSÍVEIS: Conhecer os projetos de cada secretaria, as dificuldades, a realidade e procurar planejar junto as ações.

AÇÕES EXISTENTES: Com a Secretaria da Educação.

PRAZO: 30 dias.

PROBLEMA 2: Falta de capacitação para o mercado de trabalho garantindo o estágio.

ENVOLVIDOS: Secretaria da Saúde, Trabalho e setor privado.

SOLUÇÕES POSSÍVEIS: Elaboração de um projeto para este setor, garantindo estágio com locomoção.

AÇÕES EXISTENTES: Não.

PRAZO: 30 dias

Currículo Lattes da orientadora

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Marcia Faria Westphal) <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4780525E6>

Marcia Faria Westphal

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

É professora titular da Universidade de São Paulo especialista em Saúde Coletiva/Saúde Pública com ênfase na Promoção da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, educação em saúde, cidades saudáveis, municípios saudáveis e participação popular. Possui graduação em Ciências Políticas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1965), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). Foi Vice Presidente para a América Latina da International Union for Health Promotion and Education de 1998-2007. Atualmente é Presidente do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 24/09/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6103638507870970>

Dados pessoais

Nome Marcia Faria Westphal

Nome em citações bibliográficas WESTPHAL, M. F.; Westphal, Márcia Faria; Westphal, Marcia F.; Westphal, Marcia Faria; Westphal, Márcia F.

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira Cesar
01242904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667766 Ramal: 7766 Fax: (11) 30854760
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/Titulação

- 1992** Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: O CASO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, *Ano de obtenção:* 1992.
Palavras-chave: Promoção da Saúde; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PARTICIPAÇÃO POPULAR.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Educação Em Saúde.
Sectores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
- 1990 - 1990** Pós-Doutorado.
United Nations University - Maastricht.
Bolsista do(a): Banco Interamericano de Desenvolvimento, .
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
- 1990 - 1990** Pós-Doutorado.
École des Hautes Études en Sciences Sociales.
Bolsista do(a): Banco Interamericano de Desenvolvimento, .
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Promoção de Saúde.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Educação Em Saúde.
- 1987 - 1987** Pós-Doutorado.
University of Texas System.
- 1979 - 1982** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: PARTICIPAÇÃO DA MÃE NO CUIDADO DA CRIANÇA ASMÁTICA, *Ano de Obtenção:* 1982.
Orientador: RUTH SANDOVAL MARCONDES.
Palavras-chave: PARTICIPAÇÃO POPULAR; EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Currículo Lattes da autora

Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Emília Estivalet Broide) <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4704319D8>

Emília Estivalet Broide

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1986). Tem experiência na área da psicologia com ênfase em psicanálise e na área da saúde com ênfase na promoção da saúde. É Analista Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA)
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 12/05/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/8226500067331229>

Certificado
pelo autor em
12/05/10

Dados pessoais

Nome Emília Estivalet Broide
Nome em citações bibliográficas BROIDE, E. E.
Sexo Feminino
Endereço profissional Prefeitura Municipal de Guarulhos.
Rua Iris 300
Gopólua
05015-001 - Guarulhos, SP - Brasil
Telefone: (11) 64725000
URL da Homepage: www.guarulhos.sp.gov.br

Formação acadêmica/Titulação

1982 - 1986 Graduação em Psicologia.
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Brasil.

Formação complementar

2009 - 2009 Curso Virtual Diplomado en Salud y Desarrollo Local.
Organización Panamericana da Saúde.
2007 - 2007 Curso Internacional de Saúde pública e Atividade F. (Carga horária: 20h).
Ministério da Saúde.
2000 - 2000 O Inconsciente e o Social. (Carga horária: 12h).
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
1994 - 1994 Aperfeiçoamento em psicofármacos. (Carga horária: 20h).
Grupo Hospitalar Conceição.
1991 - 1991 Extensão universitária em Rede Imaginária: Televisão e Democracia. (Carga horária: 40h).
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Atuação profissional

Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos, SMS, Brasil.
Vínculo institucional
2008 - Atual Vínculo: Cargo em Comissão, Enquadramento Funcional: Servidor, Carga horária: 20
Vínculo institucional
2006 - 2007 Vínculo: Assessoria Técnica, Enquadramento Funcional: Assessor, Carga horária: 20
Vínculo institucional
2005 - 2006 Vínculo: consultoria, Enquadramento Funcional: Consultor, Carga horária: 16
Atividades
01/2006 - 07/2007 Outras atividades técnico-científicas, Secretaria Municipal da Saúde de Guarulhos, .