Q

A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO E DA PARTICIPAÇÃO:

A CONDUTA DOS ATORES SOCIAIS NA SAÚDE

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Tese de Doutorado

Orientadora: Profa. Dra. Aracy Witt de Pinho Spinola

São Paulo
1992

AGRADECIMENTOS A:

ANA LUCIA CASTRO
ELIZABETH BARBOSA
FABIOLA ZIONI GOMES
MARA DE MELO FARIA
MARIA DE FATIMA SILVA SOUZA
MAURICIO DO AMARAL CHIANCA

A PREFEITURA DO MUNICIPIO DE S.JOSE DOS CAMPOS E A
GILSON DE CASSIA MARQUES CARVALHO

AO SINDICATO DOS METALURGICOS DE S.JOSE DOS CAMPO

AO CNPq, que auxiliou o empreendimento deste trabalho
e a todos atores que prestaram depoimentos e auxiliaram no
trabalho de campo.

A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO E DA PARTICIPAÇÃO: OS ATORES SOCIAIS E A SAÚDE.

RESUMO

Com base em pesquisa realizada no Município de São José dos Campos, São Paulo, Brasil, através de entrevistas e registros em diário de campo, identificou-se e analisou-se os atores sociais locais e sua relação com os temas da participação, dos movimentos sociais e da saúde. Em termos teóricos, classificou-se a interpretação dos movimentos sociais e da participação em duas direções: uma voltada para a autonomia e, outra para a construção de uma esfera pública. Em termos dos atores sociais analisados, e de suas perspectivas de ação, relacionaram-se diferentes concepções a respeito de saúde. Dois níveis de ação ocupavam o centro da esfera pública: uma ação política, que através do "movimento" guardaria um sentido de oposição e de mudança, e uma ação sindical que se basearia na obtenção de salários e melhorias para o grupo de trabalhadores envolvidos. As demandas e expectativas em relação a saúde, ou a um modelo público de saúde, são determinadas por um contexto de discriminação existente entre serviços públicos e privados, sendo estes últimos oferecidos, através de convenios e seguro saúde, aos trabalhadores. As ações de saúde, encontram-se fragmentadas pelos interesses corporativos - profissionais, bem como privados - e políticos, como de oposição, de crítica generalizada e de procura de obtenção de resultados imediatos.

MOVEMENT AND PARTICIPATION : SOCIAL ACTOR'S AND HEALTH.

SUMMARY

On the basis of research undertaken in the City of São José dos Campos, São Paulo State, Brazil, and with the use of interview techniques and entries made in a field log, the local social actors involved in the themes health, participation and social movements were identified and analysed. The two following conclusions to the study were drawn. The first, from the theoretical point of view, two tendencies regarding the interpretation of social movements were classified: one towards autonomy and the other towards the reconstruction of the public sphere. The second conclusion, in terms of the social actors analysed and of their actions related to of diversity of meanings attributed to "health". two levels of action occupied the center of the stage with regard to the public sphere, on one hand, political action expressing the desire for change and, on the other trade-union action. the demands and aspirations in terms of health should be seen within the context of existing gap between public and private health services, these last offered to the working class by means of contracts between private health services and employers. Health actions were highly fragmented among corporative interests - professional as well as private - and political ones as regards opposition, criticism and results.

INDICE

Introdução.....	1
CAPÍTULO 1- Saude e sociedade:um breve historico.....	5
CAPÍTULO 2 - Movimentos Sociais e Participação:abordagens contemporâneas	38
CAPÍTULO 3- O trabalho de campo e a pesquisa social	97
CAPITULO 4- O Município de São José dos Campos: aspectos demográficos, econômicos e institucionais	118
CAPITULO 5-O Movimento de 1990	148
CAPITULO 6- Atores sociais e a cidade	192
CAPITULO 7- O Movimento Sindical e a Saúde	215
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	261
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	269

INTRODUÇÃO

Como objetivo geral desse trabalho pretendeu-se investigar a conduta dos atores e seus projetos em relação à saúde, analisar suas ações e utilizar uma metodologia que possibilitasse a integração da análise sociológica às mudanças organizativas das ações de saúde.

A esse objetivo inicial, acrescentou-se uma revisão conceitual do tema da participação e o e dos movimentos sociais em autores contemporâneos.

Essa investigação teve como base um município médio do Estado de São Paulo - São José dos Campos, em que se procurou situar os atores sociais envolvidos direta ou indiretamente em "movimentos" ou na participação do setor de saúde.

O cenário de desenvolvimento do trabalho correspondeu a momento de crise política e recessão econômica. Após uma fase de reformas políticas, com a elaboração de uma "constituição" que colocou em evidência a noção de "direito à saúde", e os temas da "cidadania" e "participação".

Esses temas configuravam a inscrição de princípios dos "movimentos populares", partidos de esquerda no plano político institucional, tendo como exemplo a Constituinte. Destaca-se também que dentro dessa mesma conjuntura

configurou-se na área da saúde a implantação de um modelo sanitário, baseado na estrutura estatal, que tivesse como premissa a descentralização, hierarquização e participação da população. Entendendo-se esses princípios como propostas de regionalização administrativa que possibilitassem maior dotação de recursos para governos locais municipais em contraposição a um modelo centralizado que esteve na base da política e das políticas setoriais brasileiras. Esse modelo sugere a princípio dois planos de entendimento : o da racionalização administrativa e o da autonomia local. Nesse último inscreveram-se o tema da cidadania, dos direitos e da participação, anteriormente colocados, e que representaram insígnias dos movimentos de oposição recente na realidade brasileira. Foi na perspectiva dessa segunda via de entendimento da municipalização em saúde que esse trabalho se colocou.

Em termos da conjuntura em que se realizou o trabalho, destaca-se ainda a presença de um plano menos favorável aos movimentos, com nova conjuntura desencadeada a partir da eleição presidencial de 1989. Um intenso período de recessão econômica, o uso de uma fraseologia liberal ou neo-liberal, destacando as virtudes individuais e privativas se estabelece a partir da mídia e do discurso oficial da presidência da república, confrontando-se com a idéia de movimentos, direitos, reivindicações. O plano político buscava recolocar o jogo das negociações individuais e o

poder, ou a idéia de que o presidente, e a elite do poder pensa e resolve as questões do povo.

Inicia-se assim, uma fase de conflito entre as noções de direito, cidadania e participação como experiências coletivas: de cidadãos, classes, grupos para a idéia da livre iniciativa e da ação individual.

O trabalho realizou-se nessa conjuntura em que se iniciaram as reações ao modelo liberal e privatizante e a fase recessiva que se estabeleceu, diminuindo as possibilidades de ganho salarial, de emprego e de direitos individuais em contradição com o discurso da livre iniciativa.

Como perspectiva de análise procurou-se descrever e analisar as diferentes perspectivas de ação dos atores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, e as formas de participação construídas. Além desses objetivos, realizou-se uma síntese de algumas linhas do pensamento contemporâneo que vem apresentando contribuições à interpretação da sociedade, do Estado e dos movimentos sociais. Essa síntese, coloca-se como um referencial teórico em formação, em um contexto em que essa própria questão coloca-se na revisão e busca de paradigma das ciências sociais, com o que vem sendo chamado, na sua aparência de a crise das grandes teorias.

No tocante à saúde , em sua dimensão pública ou "coletiva"

descortina-se um cenário em que a informação passa a ser valorizada em detrimento ao uso irrestrito da tecnologia.

Cenário que porta como utopia a idéia de um mundo que, podendo ser de indivíduos autônomos, seja mais transparente, mais igualitário, mais íntegro e possibilite um pluralismo nas relações, partindo do pressuposto ético do respeito à existência humana e outras formas de vida a partir da promoção de meios não destruidores, não agressoras do ambiente, da sociedade, do homem. Dessa maneira, a realização de um trabalho apresenta-se como uma contribuição, que participe desses princípios, como mais um conteúdo para a construção de uma razão que possa ser compartilhada.

Quanto a estrutura de apresentação do trabalho, descreve-se no Capítulo 1, o tratamento do tema da saúde, sua relação com o Estado e os agentes sociais tal como desenvolvido por autores das ciências sociais. No Capítulo 2, desenvolve-se uma discussão a respeito dos conceitos de participação e movimento social a partir de tendência e autores do pensamento social contemporâneo. O Capítulo 3 discute a metodologia e os procedimentos de pesquisa utilizados no trabalho, seguindo-se o Capítulo 4, com a exposição do cenário do Município de São José dos Campos. Finalmente, a descrição e análise dos atores sociais pesquisados encontram-se nos Capítulos 5, 6, e 7, aos quais se segue a discussão e conclusão.

CAPÍTULO 1

1.1- Saúde e sociedade - Um breve histórico.

Como herança da produção da pesquisa das ciências sociais na "saúde pública", observa-se a existência de um eixo teleológico: as disciplinas sociais eram chamadas para, através de seu instrumental, coletar dados para o conhecimento dos "valores", "atitudes", "comportamentos" ou "cultura" das populações que representassem obstáculos às intervenções dos atores sanitários ^{1,92}.

No campo da ação sanitária, como referem algumas análises ^{81,83}, os atores sociais nela envolvidos correspondiam e assumiam o papel das elites que tomavam, em nome da saúde pública, as camadas mais pobres, ou "desfavorecidos", como seu objeto de intervenção.

Esses atores, inauguravam um modelo de ação sanitária que, durante a década de 20 e 30 esteve a cargo das "elites regionais" do país, que realizavam seus programas em áreas urbanas, ou em regiões onde a presença de determinadas doenças se apresentassem como ameaça ao sistema produtivo. A saúde configura-se como uma política social constitutiva da economia agro-exportadora ²¹.

A ruptura do modelo agro-exportador, que se inicia a partir dos anos 30, com a centralização das políticas no Estado Federal, iniciava-se a verticalização de programas e a assistência médica individual via previdência social, para o contingente urbano da população.

Nos anos 50, verificava-se novamente a discussão da saúde como instrumento de desenvolvimento e de combate à pobreza. Com a perspectiva da urbanização de populações rurais, essas passam a ser objeto da higiene sanitária e da educação para combater a doença. Nos anos 60, a centralização burocrática estatal, assumiria a saúde, a partir da expansão da assistência médica individual, com a contratação de serviços do setor privado.

A partir da década de 70, e colocando-se como uma reação ao modelo individual e privatista no setor saúde, as análises da saúde pública como "saúde coletiva" ³³ se constroem a partir do eixo da saúde como fator de reprodução social no modo de produção capitalista, divulgando o uso de conceitos como "classe social", "estrutura produtiva", "Estado e Saúde".

Realizando então a crítica ao modelo "hegemônico" tradicional, situa-se a idéia de que os atores sanitários deveriam, realizar a crítica "coletiva" do sistema de saúde e participar da transformação social, da democratização, da

reforma do sistema.

A demanda pela "ciências sociais" tomava outro caráter, transitando do papel acessório de auxílio técnico para ações sanitárias, para a de oferecer aporte teórico à definição de "coletivo". A "saúde coletiva" passou a ser definida de maneira emblemática estabelecendo sua conotação a partir da identificação com propostas de mudança para o setor saúde e, ao mesmo tempo de uma nova proposta teórica.

A assimilação dessas propostas teóricas pelos atores se faria em duas direções: numa delas transporta-se, em seu limiar, uma concepção teleológica às relações sociais, que seriam a via instrumental de realização da saúde, através de uma concepção de transformação da sociedade via Estado. Numa segunda vertente, resgata-se a idéia da crítica e da análise das relações sociais como integrante da análise das ações no campo da saúde.

Nesse mesmo período, também se verifica a discussão da participação da comunidade ou, da "luta pela saúde". Com respeito ao contexto dos "trabalhos de comunidade", observa-se, a partir de finais da década de 70 o registro e a divulgação dos temas da "participação" e da mobilização local ligadas à "educação popular". A partir desta ótica, as relações sociais entre "dominantes" e "dominados" é colocada em pauta, juntamente com a idéia de construção de um "saber"

através de lutas, conflitos, elaboradas no processo destas e a partir da reflexão sobre essas relações.

Aqui a idéia de "praxis" social coloca a concepção da sociedade como campo de conflitos, esperando-se dos dominados não apenas uma tomada de posição frente aos dominantes, mas uma instauração de novas relações sociais. A implantação de uma nova "solidariedade social", depende dos atores oprimidos. Há nesse sentido a idéia da aprendizagem através da opressão, ou da opressão como experiência necessária para a regeneração das relações sociais.

A partir desta linha de pensamento decorre a idéia de que os movimentos de reivindicação popular, frente ao poder público ou a poderes privados dominantes, são os instrumentos de construção de uma sociedade democrática e igualitária. O movimento ou a expectativa dos grupos sociais mobilizados seriam os instrumentos da mudança.

Na área da saúde, a apreensão destas vertentes pode ser decodificada em duas perspectivas de ação que se imbricaram na ação dos atores dos movimentos: o plano das reivindicações e a idéia de legitimidade e direito próprios da periferia ou dos oprimidos, gerando a idéia de dívida da sociedade ou, de "espoliação violenta" sofrida por esses setores. A outra perspectiva de desenvolvimento refere-se ao plano apreendido num sentido mais pedagógico-social: a

construção de um saber sobre a saúde, a discussão do saber técnico, a idéia de que as técnicas só podem ser entendidas como saber à medida em que promovam ou resolvam os problemas imediatos e mediatos das populações oprimidas.

À idéia tradicional de "organização da comunidade" para participação nos programas de saúde agregava-se portanto essa nova dimensão de ação na comunidade, no local ou nos grupos mobilizados contra o poder. Essa ação passa a ser concebida tanto como instrumento teleológico: conquista de serviços, como processo de construção de uma nova legitimidade do saber e igualitarismo nas relações sociais.

Como princípios teóricos de base nos "trabalhos de educação popular" registrava-se a idéia de reprodução das relações sociais, como verificou-se em toda a área da saúde a perspectiva de superação alicerçava-se na discussão dos conceitos de hegemonia e contra-hegemonia. Esses princípios estavam na base da orientação cultural desses atores em conflito, cuja discussão teórica fez-se a partir das áreas de Educação e Saúde Coletiva.

Por outro lado, a produção teórica sobre os movimentos sociais e suas demandas, localiza-se na década de 80 a partir de pesquisadores da área de ciências sociais. Em contexto distinto, portanto, das áreas de saúde e educação.

Como reflexão situa-se inicialmente a base instrumental dos movimentos: a falta de infra-estrutura urbana, a falta de canais políticos, passando à questão da relação de movimentos locais e a democratização da sociedade, como da característica das demandas desse movimento e sua relação com o Estado. Discutindo-se os limites dos movimentos, tanto em relação ao fato de serem generalizadores da "participação democrática", da sua capacidade de transformar os organismos do Estado como de construir-se para além de suas demandas^{20,26} iniciava-se uma reflexão e análise das relações criadas através destes movimentos e seu campo de ação na sociedade ou uma reflexão sobre a ação instrumental dos movimentos - suas demandas e seu produto e o plano de desenvolvimento das relações sociais e assim sua capacidade de criação de novos atores, ou de novas formas de implementação de políticas públicas.⁷⁰ A saúde neste contexto representava então uma das demandas que se encontravam face ao movimento.

Dentro deste quadro de pensamento, em meados da década de 80, realizou-se uma discussão de caráter metodológico e uma investigação na qual encontravam-se como interlocutores técnicos e clientes do serviço público de saúde, ou seja, representantes de bairros periféricos e a presença da reivindicação de grupos populares, a tradição da "educação popular". Essa investigação revelou-se importante para a trajetória e as questões percorridas em relação ao tema dos

movimentos e da participação. ²

Em investigação realizada a partir de uma metodologia que envolvia os atores sociais populares ², em sua quase totalidade, mulheres moradoras de bairros da periferia da Grande São Paulo, organizadas em clubes de mães, grupos portanto mobilizados, verificou-se que a mudança, participação e produção de conhecimento, não se estabeleciam de forma linear, havendo, inclusive, rupturas entre o nível de apreensão que os atores populares e técnicos tinham da realidade e os limites de sua ação numa determinada conjuntura política que trazia propostas para a saúde.

O nível de apreensão compreendia tanto uma instauração de novas relações entre técnicos, políticos e populares, como reivindicava uma mudança que dotasse de infra-estrutura e mecanismos de integração para a "periferia" da sociedade, a qualidade de vida, vista desde a escola, a prevenção da violência, o transporte, a habitação, o saneamento do meio entrava em conflito com o jogo político local e nacional e o financiamento para uma modernização parcial dos serviços de atendimento médico-ambulatoriais. Em termos metodológicos, levantava-se a preocupação da autonomia dos atores num processo de pesquisa e conhecimento da realidade de saúde que envolvia universidade, serviços e população.

A realização deste trabalho veio trazer questões a respeito das interpretações qualitativas que emergiam das propostas de pesquisa popular e a problematização das reivindicações e dos atores a elas ligados. O processo de participação/democracia/educação dos atores não se esgotava na demanda: expansão dos serviços de assistência à saúde. Também não atingia facilmente uma mudança da qualidade dos serviços que se identificava com a idéia de saúde como processo de democratização das relações técnico/população, melhoria do meio ambiente e condições de vida e "participação" do conhecimento sobre a saúde pública.

Neste momento, as mudanças organizativas se processavam no sistema de saúde, particularmente com a instalação de gerências locais. Entretanto, do ponto de vista dos atores sociais que desempenhavam o papel de técnicos dos serviços de saúde, a idéia de democratização tinha como instrumento a constituição local e modernização administrativa do sistema sanitário público, a necessidade de gerência e administração e expansão quantitativa dos serviços. A participação era portanto para esses atores "internos" aos serviços de saúde, um meio de pressão.

Considerando-se esse, pode-se definir então "Saúde Pública", como um campo de conflitos, de atores sociais que, em torno da idéia de saúde e prestação de serviços à população, opõe-se a medidas da administração e de maneira

geral, ao Estado e, também, refletem, a partir de seus discursos, a principal condição da sociedade brasileira: a sua desigualdade.

As vertentes do movimento dos atores sociais na área da saúde, que manifestando-se de maneira peculiar e destacada a partir dos fins dos anos 70, momento em que confluíam conflitos do interior do sistema sanitário, juntamente com a idéia de crítica da sociedade, assimilada a partir dos e com grupos de atores oriundos ou participantes do movimento de esquerda, podem ser assim descritas:

Do ponto de vista teórico, houve, por um lado, a influência do marxismo, principalmente na análise do Estado, Política de Saúde e a Epidemiologia. Essas referências encontram-se na base do próprio conceito de "saúde coletiva".³³ Por outro lado, destaca-se a influência da produção teórica de FOUCAULT⁴³, como parte da análise do controle social e da dominação através das instituições de saúde.⁷⁶

Na linha dos trabalhos com "atores populares", encontrava-se também, a influência do marxismo e de correntes que realizam a crítica pedagógica e a utilização de técnicas participativas através da educação e da pesquisa.²²

Do ponto de vista dos núcleos de movimento dos atores sociais na área da saúde propriamente ditos tem-se que;

esses se desenvolveram em relação às Escolas e associações como, uma vertente de atuação sindical-corporativa a princípio, formada por "novos" valores da corporação médica com atuação junto aos movimentos populares.

De forma geral, pode-se descrever a formação de dois núcleos: um que se desenvolveu em torno da proposta de Reforma do Sistema Sanitário, referindo-se à Reforma Sanitária Italiana; e outro núcleo que se vinculou a movimentos reivindicatórios das periferias urbanas e dos profissionais de saúde.

Do ponto de vista institucional, esses níveis de ação se fizeram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde²⁸ e na Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

Nesse contexto, colocava-se a chamada "Reforma Sanitária", que buscou a sua institucionalização dentro do Estado. Os atores do "movimento de saúde" também se incorporaram a dinâmica política recente da sociedade, integrando-se a partidos e às administrações locais. Como princípios de ação em nível político destacou-se a proposta de descentralização e de fortalecimento dos organismos de administração locais. Como propostas organizacionais, no plano institucional de saúde, a proposta dirigiu-se a gestão e ampliação da assistência médica individual pela administrações locais. Propunha-se, também, o uso de critérios epidemiológicos e de

programas que definissem prioridades.

Juntamente a esses princípios, que se constituíram também como pontos de inflexão e conflito, e dependentes da implementação e compromisso de atores no processo, inscreveu-se o princípio da "participação", que seria a tradução legitimada do signo dos "movimentos sociais", ou da mobilização popular que fizeram parte da retórica e da ação dos atores que, nas duas últimas décadas, nuclearam-se em torno da mudança da saúde e da democratização da sociedade brasileira. Os temas da Participação, descentralização etc.. envolveriam, por sua vez, outras modalidades temáticas que transitam entre o "técnico" e o apelo ao "político".

1.2- Saúde e sociedade : as categorias de análise na década de 70.

O trabalho de DONNANGELO³⁵ contextualizou-se no âmbito da análise das chamadas "políticas de extensão de cobertura", que visavam o atendimento de populações supostamente descobertas da prestação de serviços de saúde pelo Estado. A saúde, como objeto de análise, é traduzida como a esfera de uma "prática social", referência que utiliza ao mesmo tempo um sentido instrumental que traduz o termo "prática" e a idéia de uma ação ou um trabalho. Essa "prática", portanto, sintetiza uma ação técnica e uma ação social.

Essa análise tomaria o conceito de "prática social" como uma categoria, abstraindo-se os atores sociais envolvidos. Constroi sua análise de saúde a partir da articulação entre prática médica e Estado.

O Estado torna-se um elemento de análise a medida em que faz a articulação coletiva com classes e camadas sociais - e a prática assume o caráter de serviços médicos, que para a autora³⁵ englobariam as ações coletivas como imunização, saneamento, etc... Essa articulação entre "prática médica" e o Estado, assume o caráter de "historicidade" e consequentemente politização do fato médico.

A "historicidade" corresponde à interpretação dos fins, dos objetivos dos serviços que, nesse caso, também são históricos e se definem em função da "articulação" entre a "prática" e a "estrutura da sociedade".

Quanto ao aspecto da "politização" do ato médico, chama atenção o fato de se tomar a "representação social" que é feita, atribuindo poder ilimitado ao desenvolvimento tecnológico e sua capacidade de interferir nos fenômenos de vida e morte, pelo ato médico em si.

Essas representações, relacionando tecnologia e elementos econômicos induzem a pressões, tanto pela generalização da tecnologia médica como pela denúncia de seu poder, seu

carater discriminatório, ou a mitificação de sua contribuição ao bem estar social.

Como emergência histórica, pública, dessa articulação, cita a autora³⁵ o exemplo histórico da Revolução Francesa, descrevendo a constituição de uma estrutura de poder vinculada à medicina, bem como a extensão de sua ação ao domínio público. A constituição de espaços como os hospitais, a corporação médica, as faculdades como portadoras desse saber são parte da constituição do poder nesse período, bem como o estabelecimento de uma nova função social para esse corpo de profissionais: "atribuindo-se a tarefa de limitar as epidemias, controlar o contágio, preservar regiões inteiras, a burguesia lhe atribui um território e um modo de exercícios novos". Essa seria uma das possibilidades da articulação entre "prática médica e Estado", a partir da história dessa prática na constituição das sociedades capitalistas contemporâneas.

Destaca-se a utilização do conceito de "hegemonia" de GRAMSCI⁵¹ para analisar as decorrências da "articulação" entre Serviços de Saúde, Estado e Ideologia. A prestação de serviços de saúde, nessa ótica, não se dirigiria, pontualmente à reprodução e restauração da força de trabalho frente a seu desgaste na produção capitalista - embora essa dimensão seja referida -, mas corresponderia, enquanto forma ideológica, a um tipo de consumo disponível, através do

Estado e a outros meios dirigido a "classes", "frações de classe" e "camadas sociais".

Para embasar esse raciocínio, expõe-se a história de um processo, que é denominado, conforme termo emprestado a ILLICH^{68,69}, de "medicalização da sociedade", que corresponderia à generalização do consumo médico por amplos contingentes da população.

O termo "medicalização" é definido como descritivo de dois processos: 1) a incorporação da assistência como consumo, independente de seu uso como "necessidade"; e 2) a incorporação de uma "normatividade", isto é, a recorrência a padrões legitimados como "técnicos" e "científicos" para interpretar problemas da vida cotidiana que anteriormente se viam solucionados por outros modos. Decorrentes desses dois processos, tem-se a idéia de que a incorporação ao "consumo médico" e o uso de sua "normatividade" representariam a promoção do "bem estar social".

A "medicalização da sociedade" teria possibilitado a aproximação entre as "prática médica", a "saúde", com a estrutura social. A "prática médica" passa a interferir como agente no controle da produtividade e da reprodução da força de trabalho. O controle da força de trabalho, que essa modalidade de serviço prestado, através do Estado, ou dos órgãos privados oferece, não se restringe ao problema da

ação imediata: o uso dos serviços médicos para evitar o absenteísmo no trabalho. Dirige-se sim à possibilidade de consumo e, portanto, de direito e acesso a esse bem. Por outro lado, a perspectiva de normatização que, contexto da força de trabalho não interfere meramente como reguladora da reprodução, mas na constituição progressiva da força de trabalho potencialmente utilizável, à reposição e garantia em relação à flutuação do mercado.

A descrição e a interpretação das relações entre a "prática médica", que se institucionalizou através do processo de "medicalização da sociedade" como a ação central de saúde, em dois níveis: 1. uma ação instrumental dirigida à normalidade e a regulação seletiva de diferentes contingentes populacionais. 2. uma ação alternativa, ou ideológica, correspondendo ao acesso e qualidade do consumo de serviços.

Essa segunda dimensão colocaria a prática de saúde via atenção médica como política do Estado, participante da "hegemonia" da sociedade. Como elemento participante da hegemonia, a "prática médica" permitiria o deslocamento da ênfase da diferenciação social estabelecida na produção para o consumo, sobrepondo à "estrutura de classes" a idéia de "estratificação social". Nessa perspectiva de análise, o Estado tornar-se-ia o elemento central do processo. O papel

dos "atores" coloca-se enquanto representativos de "correlação de forças".

Essa discussão acentua o aspecto de análise que influenciará grande parte dos atores sociais da saúde, que via "movimento social" e "participação política", discursarão numa imagem, a idéia da "determinação estrutural", perdendo, entretanto, em muitas vezes o caráter dessa análise, reduzindo-o ao confronto "dominantes" x "dominados". A análise vincula atores ao sistema, à medida em que esses passam a agentes institucionais ou "forças sociais". Abre brechas, entretanto, para abordagens menos ortodoxas à medida em que realiza a distinção entre "frações de classe", reconhecendo interesses distintos em grupos que ocupam posições análogas no processo econômico; e a idéia de "grupo" dominante que não necessariamente se identificaria como uma "burguesia, classe dominante" política.

Destaca-se, por outro lado, o conceito de Estado que, colocado como elemento central do processo, é caracterizado como uma entidade que busca revestir-se dos interesses coletivos. A dimensão "pública" é tratada como uma necessidade de hegemonia de classe. E as "funções" transparecem como uma exigência desse processo, que articulam o "consenso" da sociedade. Um dos índices desse consenso seria, a "emergência do direito à saúde".

O caso clássico de desenvolvimento desse processo ocorreria na Inglaterra, onde controle da força de trabalho, controle do meio ambiente e assistência médica se corporificariam através de sucessivas reformas numa política social de incorporação das classes trabalhadoras, na direção de um Estado do Bem-estar social. As políticas, e entre elas a saúde e seguridade social atuariam com uma "indenização compensatória". Autores como ROSEN^{94,95}, descrevem os modelos administrativos e as concepções que embasaram essas políticas de saúde pública realizadas a partir do século XVIII através do Estado, em países como a França e a Alemanha.

Cabe destacar que, no caso dos Estados Unidos da América, a política de saúde adquire uma especificidade, atuando enquanto uma modalidade especial de prestação de serviços aos grupos pobres ou "marginalizados" da população. Essa modalidade de prestação de serviços, a "medicina comunitária" constituirá o projeto de extensão de saúde, às populações do Terceiro mundo, a partir dos anos 60.

Como elementos a se recuperar da descrição desses modos de desenvolvimento da "ação de saúde" na sociedade, segundo a descrição realizada por DONNANGELO³⁵ ressalta-se a oposição entre os "atores" que ampliam o conceito de saúde na perspectiva de processos de luta por mudanças sociais e que

referem o conceito de "medicina social" como "ciência social", e os "atores" institucionais, ou melhor, investidos do poder do Estado que reduzem as expectativas e restringe o campo de ação das medidas de saúde a aspectos específicos e essenciais para a manutenção da hegemonia através do Estado. Em resumo, essa descrição contempla a idéia de "movimentos sociais" tendo por objeto a saúde, à medida em que esta era assimilada à idéia de mudança e melhoria das condições de vida.

Desta forma a "ação social" da saúde teve, no século XVIII, o Estado como ator, no modelo denominado de "Polícia Médica". O modelo "bismarckiano" ou "prussiano" corresponderia a uma ação de controle das populações em determinado território, mediante o "aparelho de Estado" com base militar que realizaria "implantação de uma estrutura econômica e política (burguesa) de cima para baixo".

Nas sociedades européias, entre os séculos XVIII e XIX estabelecia-se uma vinculação entre saúde e condições de vida social que "retiram a doença do eixo 'biológico' e vinculam as 'práticas de saúde'" a projetos de reorganização social. O termo "medicina social" estaria vinculado aos movimentos políticos que, a partir de Revolução Francesa, trouxeram a questão da pobreza para o campo político, e introduziriam a idéia de povo como a totalidade da população e o direito a ele extensivo. Esses movimentos foram

responsáveis também pela introdução da idéia, ou da utopia, do desaparecimento social da enfermidade.

Diante dessas considerações, pode-se traçar um paralelo entre as "ações sanitárias" e a sociologia. Os modelos de ação que passaram a desenvolver uma "tecnologia de controle" na acepção de FOUCAULT⁴³; ou que serviriam para o desenvolvimento das técnicas de administração e da burocracia estatal; guardam semelhança em sua dimensão teleológica com a emergência da "sociologia" como disciplina. A sociologia à medida em que se propôs uma ciência positiva, se dispôs a instruir ferramentas para a interpretação (e ação) da patologia social, e das bases de sua desintegração como bem ressalta DURKHEIM^{39,40}. E com isso, discute-se a categoria da pobreza, da desintegração social ou da falta de acesso ou informação higiênica como um dos problemas da "saúde" pública. DONNANGELO³⁵ ressalta, como caráter das ações que, a partir do século XVIII, passaram a ter como fim a manipulação dos pobres e dos doentes, a ambiguidade entre aspecto protetor e aspecto repressivo, mescla de "segregação e detenção", "aprisionamento e asilo", "punição e ajuda financeira", dentro da qual se colocaria a "prática médica".

Como distinção dessas ações, mais primitivas que as elaboradas a partir das teorias sociológicas que conceituariam a pobreza como a categoria dos "indivíduos

abaixo do limite sociológico de integração social"³⁴ está a idéia da defesa social; a assistência pública constituiria uma maneira de remediar a "insegurança que a pobreza causava à sociedade". Da Lei dos Pobres, instituída na Inglaterra em 1601 à conjuntura brasileira de 1974, ou de 1991, pode-se pensar nesse caráter de ação, quando, na ocorrência de epidemias ou na sua iminência, os "pobres" passam a ser objeto de especulação ou ação. No caso brasileiro, dir-se-ia que a emergência da "violência social" ou a exploração que a mídia dela faz, reveste-se desse aspecto de apelo a medidas drásticas, excludentes: o controle através da força e da segregação. Essas condições colocam epidemia e pobreza em limite semelhante de ameaça social.

O direito ao cuidado vai gradativamente ganhando o caráter de "seguridade social" dos pobres, dos doentes e velhos; agora para o aposentado, acidentado e passa finalmente, neste século, a estender garantias sociais a todas as categorias da população.

Quanto ao aspecto específico da chamada "medicina comunitária", essa caracteriza-se como forma de extensão de serviço com a utilização do trabalho de diversas categorias profissionais e de auxiliares técnicos. Incorpora-se novas práticas visando à manipulação do comportamento social das populações excluídas. A "participação comunitária" torna-se, nesse caso, uma estratégia para superação de problemas

sociais identificados e que obstaculizam a ação médica. Assim sendo, a incorporação das populações faz-se como incorporação ao "direito à saúde" sem que se transformem condições sociais.

Na América Latina, essa proposta, patrocinada pela organizações internacionais de saúde, ganhará espaço na década de 70 como programas assistenciais - em caráter experimental, voltados para as populações pobres, urbanas e rurais.

1.3-Do Estruturalismo à Busca da Perspectiva dos Instituídos

Como exemplo de tendências vigentes nas ciências sociais durante a década de 70, que tomaram o campo da saúde como tema de análise, cita-se o trabalho de LUZ⁷⁶.

Na construção metodológica, nota-se a influência de autores como FOUCAULT^{45,46}, referências à psicanálise; incorporados a conceitos da tradição marxista, e assimilados, novamente ao conceito de hegemonia de GRAMSCI⁵². Nessa trajetória são expostos argumentos que dirigem-se a autores clássicos como WEBER¹²⁵, ao "método funcionalista" e aos marxistas-estruturalistas, particularmente ALTHUSSER^{7,8} e POULANTZAS^{100,103}. As "instituições sociais" como foco de poder, estariam referidas ao poder dominante do Estado, e a seu projeto de "hegemonia". Como contraponto às

instituições colocar-se-iam os "agentes" da sociedade civil: sindicatos, associações, grupos organizados da população.

De maneira sucinta o raciocínio apresentado seria o seguinte: nas "instituições de saúde" estaria a ação das "políticas que o Estado desenvolve face à população", através de um discurso "técno-científico" que significaria a "intervenção maciça e organizada na vida de diversos setores da população". As instituições tornam-se órgãos de decisão sobre "saúde-doença, ou melhor, "agências de controle e contenção da doença coletiva" e de regulação do acesso à assistência.

Assim sendo, colocam-se como núcleo do poder sobre a saúde, tornando ilegítimas as propostas da "sociedade civil": associações, sindicatos, grupos organizados da população. Desta forma, gera-se um conflito entre as "instituições", "Estado Dominante" e as propostas e ações dominadas.

As análises de instituições sociais sugeridas referem-se às realizadas por WEBER¹²⁴ e pelos "althusserianos". No primeiro caso, não se recupera a historicidade; no segundo, o conceito de "aparelhos ideológicos do Estado"⁷ apenas descreve a estrutura do sistema de conflito e poder. Nos dois casos não há espaço para a análise da ação das "classes e grupos sociais" como elementos centrais do conflito e das contradições.

A análise estrutural dos althusserianos, bem como a análise funcionalista acabariam por analisar as instituições apenas em seu aspecto formal, respectivamente encontrando nela um reflexo de dominação jurídico-política da sociedade ou um sistema de fins, normas e papéis cuja descrição busca situar sua lógica de funcionamento.

Essas instituições não devem ser analisadas e portanto pesquisadas no seu aspecto normativo, ou pela performance dos "agentes" institucionais, que cumprem papéis burocráticos. Deve-se procurar nesses agentes, as práticas, papéis e normas não reveladas. Assim a abordagem analítica proposta deve procurar ir além da descrição do sistema: revelar os "micro-poderes" que selam os "macro-poderes".

Como ponto de partida para seu método de análise definiria as "instituições" como uma articulação entre saberes e práticas que procuram efeitos fundamentalmente políticos, "envolvendo uma estratégia de luta - não necessariamente aberta - entre grupos e classes constitutivos destas instituições, inseridos em um bloco histórico"⁷⁶.

No primeiro caso, aponta as idéias de disciplina, controle social que formam as práticas institucionais a partir de micro-poderes. Escola, hospitais, caserna, escritórios, são exemplos de locais em que se "moldam" práticas integrativas.

Essas práticas instituem "indivíduos-sujeitos" e excluem as práticas paralela, ou poderes concorrentes que buscariam imprimir outro sentido de ação a essas "instituições".

No plano geral, concorrem esses "micro-poderes" para a estratégia de "hegemonia" do Estado, que busca tornar universal os "saberes", "ideologias", que foram formados a partir das instituições, ocultando assim, os outros "saberes" ou práticas concorrentes.

Na construção do conceito ressalta ainda duas questões centrais: o caráter ético que essas devem ter e, apesar de se caracterizarem como espaço de conflito, terem como objeto, a elevação do nível cultural e normal da sociedade. O que significaria o desenvolvimeto de suas "forças produtivas" e; um caráter de "transversalidade" que, na sequência da idéia anterior definiria as instituições como espaços tanto pertencentes à "infra-estrutura" ao corresponderem a atuação sobre situação material e à "super-estrutura" quando se referem ao conteúdo "moral" de sua ação.

O foco de análise proposto localizar-se-ia nas "fissuras internas das práticas" institucionais, ou na ação dos "instituídos" - subordinados à instituição.

Nessas condições pode ser evidenciada uma visão mais

abrangente das políticas de saúde: colocando-se em confronto a "Política de Saúde" centralizada e controlada junto a esferas de poder dominante com a ação de "movimentos sociais" que se erguem em sociedades (capitalistas) seja em órgãos do Estado, universidades, prisões, hospitais, ou em relação a estruturas sociais como a reprodução e a família. Essas duas vertentes de ação e reação corresponderiam ao Estado Ampliado.

Como contribuição desse trabalho destaca-se também a análise de duas conjunturas específicas: o período 1960-1964 e o período 1968-1974. Na conjuntura compreendida entre 1960 e 1964, destacaria a existência da divisão em duas correntes propostas, do bloco "progressista" de "agentes" sociais - localizados em universidades, ministério da saúde, Instituto Previdenciários - em relação a conduta da política de saúde: aqueles denominados "campanhistas", que indicavam como meta prioritária o combate às "doenças de massa", através de medidas de saneamento, imunização e erradicação. Outra corrente, denominada de "securistas" defendia a ampliação e generalização da atenção médica através do regime de previdência social.

Como temas debatidos nessa conjuntura apresentava-se já, na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, o tema da "municipalização da saúde", junto ao Discurso Desenvolvimentista: apoio federal e estadual à criação de

uma estrutura criada pelo próprio município que cotejasse primeiros socorros, vigilância epidemiológica, fiscalização de alimentos e imunização em massa. Ainda nesses congressos sanitários do período, refere-se às questões vinculadas à indústria farmacêutica, na visão de um projeto industrial nacionalista, juntamente com a posição de não reconhecimento de patentes de técnicas de produção de medicamentos, citando-se exemplos da Itália e do Japão que haviam tomado essa decisão.

A idéia geral do discurso de Saúde Pública, embasava-se, portanto, em uma política nacional-desenvolvimentista, definindo o combate às endemias como fator de promoção do desenvolvimento, e realizando a crítica da ineficiência, centralização e falta de planejamento administrativo.

A outra conjuntura analisada, correspondente ao período 1968-1974, destaca um quadro diverso do apontado na conjuntura anterior. Nesse período, a tendência assistencial, via crescimento da atenção médica individual tornara-se dominante.

Como tendência geral, a autora⁷⁶ resume que o processo de universalização da medicina previdenciária nesse momento concretizaria, em termos práticos, uma estatização da medicina por um Estado que se privatiza. Estatização enquanto padronização e sentido de formação de profissionais

em massa que, por sua vez passam a ser assimilados como assalariados em hospitais, empresas, mantidas pelo setor estatal, e em outros casos, assalariados diretos do próprio setor estatal.

No setor estatal, por sua vez, são identificados dois grupos de agentes ou de tipos de interesses: um setor de "tecnoburocratas" nos altos escalões das instituições (ministérios, institutos, fundações) e um grupo de agentes dos escalões intermediários que tem seus poderes esvaziados pelas medidas de caráter concentrador e centralizador do primeiro grupo.

As propostas sanitaristas, de caráter preventivo, de atenção primária ou de intervenção no meio ambiente não encontrariam repercussão no plano de 1974. Este refletia o "discurso curativista da medicina liberal". Identifica a autora a presença de resistência ao plano por parte de técnicos do setor "saúde pública" do Ministério da Saúde e dos antigos IAPS.

O discurso e as ações "tecnoburocratas", embasam-se em termos como "racionalização", "produtividade", "crescimento" e "desburocratização". Ao lado dessas premissas há a referência à participação. Nesta análise de LUZ⁷⁶, essa é caracterizada como um instrumento acessório visando a adesão

dos agentes aos planos e programas oriundos do setor central.

1.4 - Os textos e a produção da "Saúde Coletiva".

A partir dos conteúdos e análises descritas destaca-se, em primeiro plano, a relação da produção sociológica sobre a saúde no Brasil, desse período, com conceitos que eram então discutidos: tais como poder, hegemonia, instituição. No trabalho de DONNANGELO³⁵, destaca-se a construção original do conceito de hegemonia em relação à saúde. No apêndice feito a esse trabalho, PEREIRA⁹⁶ destaca como características teóricas centrais, o uso do "materialismo histórico" enquanto instrumental e a contextualização do problema, "saúde e sociedade" nas "formações sociais capitalistas", ressaltando que o conceito de historicidade utilizado para análise das práticas refere-se também ao conceito de historicidade próprio do "modo de produção capitalista".

No caso do trabalho de LUZ⁷⁶, inscreviam-se as tendências que se encontravam em voga, desde então contrapondo-se às estruturas e colocando em cena a idéia da autonomia dos atores. A própria opção metodológica da autora revela uma pluralidade de uso de técnicas e conceitos.

Ressalta-se no trabalho de DONNANGELO³⁵ a vinculação do tema

saúde e ideologia, esta como elemento de consumo, análise que tomando o conceito de hegemonia de GRAMSCI⁵⁴, desenvolve um raciocínio que dialoga com outras perspectivas de análise: como a de demandas e Estado, tratado no capítulo seguinte.

No trabalho de LUZ⁷⁶, estaria presente um ecletismo metodológico em que "estudo de caso", "análise do discurso", uso de material de imprensa, foram peças utilizadas para traduzir um painel das instituições de saúde.

A interpretação dada, romperia com o modelo estruturalista indo em direção aos "agentes sociais", termo utilizado para designar as forças dominadas nas instituições.

A idéia de recuperação do discurso do "dominado" corresponde, por sua vez a uma tendência que se faz presente nas análises da década de 70. Como bases, alicerçava-se tanto na reflexão de FOUCAULT^{43,44}, na sua história da construção do saber sobre os indivíduos, como uma estratégia de poder sobre os mesmos; como no enfoque de GOFFMAN⁵⁵ e seus estudos sobre as "instituições totais".

Esses alicerces teóricos, bem como o pano de fundo de vários movimentos de liberalização na época, levam a uma valorização da perspectiva ao lado dos vitimados, oprimidos pela estruturas sociais. Essa consideração penetraria na

"área" da saúde, tanto pela crítica do "discurso médico", como e principalmente, pela discussão do normal e patológico nas esferas de "normatização" social.

Quanto à produção realizada a partir desse momento por outros autores que buscavam a perspectiva do "social" a partir do campo da saúde, nota-se que, passa a ocorrer a assimilação de "social" ou "sociológico" indistintamente a "coletivo" ou de "práticas sociais" a "práticas coletivas".

Nesse sentido, o campo da sociologia na área passou a ser assimilado à definição de "coletivo", e limitado à definição de práticas, que a partir de um modo de produção, estruturam o coletivo, as pessoas. No caso, a estrutura capitalista da sociedade que tornaria-se o referencial para o estudo da saúde coletiva.

A assimilação do conceito de modo de produção capitalista ainda, legitimava a idéia de totalidade opondo-se à idéia de fragmentação. Essa tendência é expressada de maneira bastante incisiva por NAVARRO^{79,80} que explicitava a sua crítica ao "funcionalismo" dominante não apenas nas ciências sociais, mas nas análises empreendidas pela sociologia na área da saúde. Segundo esse autor⁷⁹ a concepção funcionalista não era apenas limitada, mas parcial, obscurecendo o entendimento da realidade. A sociologia não comprometida com a idéia de totalidade, ou de determinação social, passaria a

ser identificada também com a concepção funcionalista.

Os trabalhos e as tendências posteriores de investigação na área da saúde coletiva no Brasil, expressariam a tendência emblemática da análise do "materialismo histórico e dialético" de forma recorrente.

Encontraria-se esses referenciais, já durante a década de 80, em dois níveis:

1 - no discurso da "Reforma Sanitária" que convergindo o foco de análise e a ação de mudança para o Estado, utilizam largamente do conceito de hegemonia de GRAMSCI⁵³, em termos de legitimar a prática do e no Estado.

2 - na chamada "epidemiologia social", tendência que se desenvolve em vários países da América Latina.

Um dos problemas recorrentes na análise das relações entre saúde e sociedade que tomou a leitura de conceitos gerais do marxismo, como Estado, classes sociais, trabalho, modo de produção, foi a sua filiação a uma construção teórica formal.

O problema "classe", por exemplo, foi traduzido a partir do marxismo como uma definição instrumental, de maneira análoga a perspectiva de descrição oferecida pelo modelo sistêmico.

Nesse sentido os trabalhos, como dado de método, buscavam afiar seu modelo instrumental do mesmo modo como o ajuste de partes, funções a um sistema, ou ao refinamento do tratamento estatístico dado a uma variável. Classe social passou a ser definida por categorias profissionais hierarquizadas. Esses procedimentos retiram conceitos da economia política e do marxismo e utilizam como referências para construir categorias empíricas, visando operacionalizá-las.

Esse critério "operacional" possibilitou que se encaixasse cada indivíduo em sua categoria assim definida, resultando portanto numa descrição da distribuição mórbida por situação sócio-profissional.

Outra aproximação realizada a partir do conceito modo de produção, referiu-se a aplicação da análise em termos de categorização demográfica-populacional. Esse raciocínio utilizou do conceito de "exército industrial de reserva", postulando que, na situação brasileira, a estrutura populacional conteria uma categoria suplementar - a existência de uma população "excedente" utilizado e sua operacionalidade ou praticidade a ser traduzido⁹⁹.

No tocante a análise do Estado, esse foi concebido como objeto fim da ação. A produção sobre a reforma sanitária, e sua concepção de movimento situa a questão do aparelho de

Estado como alvo. Dessa orientação normativa depende-se dois níveis:

1. a reforma do Estado, é tomada como reforma da sociedade. O Estado é considerado, desse ponto de vista, o interlocutor e ao mesmo tempo o instrumento de mudança. Na questão da saúde trata-se da reforma da assistência médica. Essa premissa situa adversários - no sistema privado - que seriam controlados a medida em que o aparelho de Estado fosse controlado pelos atores que portam a proposta pública.

2. a mudança do Estado verifica-se pela penetração de atores organizados em seu interior, aliado ao papel dos movimentos sociais - grupos de pressão, organizados ou não, que possibilitam abertura e sustentação desses novos dirigentes.

CAPÍTULO 2

Movimentos Sociais e Participação: abordagens contemporâneas.

2.1-Participação, Movimento Social e Saúde

Os temas da "participação" e dos "movimentos sociais", enquanto instrumento ou expressão da relação entre saúde e sociedade, aparecem tanto no trabalho dos autores descritos no capítulo anterior, assim como nos programas, planos nacionais e internacionais, e na fala dos atores sociais.

A "participação" aparece no discurso da "saúde comunitária", em Alma Ata - Saúde Para Todos no Ano 2000²⁹ - assim como nos documentos legais, como a Constituição de 1988. Faz parte também dos discursos dos atores que demandam serviços de saúde, saneamento, etc.

Os "movimentos sociais", por sua vez, aparecem relacionados à saúde pública em três momentos: movimentos reformistas ligados à medicina social na Europa dos séculos XVIII e XIX; nos Estados Unidos, depois da segunda guerra mundial, como movimento pela promoção à saúde; e por último no Brasil, na década de 60 desse século, com o movimento do setor nacionalista.

A segunda metade do século XX colocaria em evidência um novo plano de conflito. Por um lado, a ampliação dos direitos do cidadão, reconhecidos pelo Estado. Por outro lado a reivindicação de autonomia, por parte de movimentos que tanto reivindicam aumento de seus direitos, como contextualizam a forma de prestação desses direitos, rejeitando-os como forma de controle.

Do mesmo modo, o movimento ecológico, voltado para a obtenção de um novo equilíbrio do eco-sistema, ou entre ambiente, vida cotidiana e atividade produtiva humana, expressa-se como movimento social que busca mudar a conduta de uma sociedade que demanda aumento de bens para serem consumidos, para uma sociedade que demanda um aumento da qualidade e da quantidade de informação disponível para os diferentes grupos da população.

A análise desses temas, bem como a análise da própria saúde, enquanto problema/fim no domínio da discussão pública, deve cotejar a discussão teórica em que ocorre a dualização entre "participação" e "movimentos sociais".

Essa discussão decorre das interpretações e sobre a ação social nas sociedades contemporâneas. Utilizando-se da expressão de TOURAINE¹²⁰, dir-se-ia que, nessas sociedades, os "conflitos tornaram-se generalizados". A partir dos anos 60 e 70, os eventos que passaram assim chamados, apontavam

para a reivindicação de emancipação e de autonomia numa ampla gama de aspectos.

Pode-se dizer que, na inflexão dos anos 60, o postulado da crítica das "práticas sociais": saúde, educação, etc... sofriam revisão frente a crítica da ordem técnica, autoritária, moral, que barrava a autonomia dos indivíduos.

Ao mesmo tempo, encontravam-se, no teor das demandas e movimentos, a reivindicação de garantias, direitos sociais e políticos que se dirigiam ao Estado. Estado, ao mesmo tempo era rejeitado como agente da ordem.

Além disso, como problema descritivo, incluía-se, na denominação de "movimentos sociais" um amplo espectro de eventos que ocorriam nas sociedades ocidentalizadas, desde os atos de protesto e contestação política que fugiam aos quadros formais de representação institucional, como movimentos estudantis, "contra-culturais", feministas, de direitos civis, contra discriminação racial e sexual, reivindicações locais, protestos urbanos e movimento ecológico. Eventos que ganharam intensidade nos anos 60 e 70.

Na perspectiva de trabalhá-los como problema teórico, a preocupação com a análise e interpretação desses movimentos trouxe à tona a discussão do tratamento das formas de ação

coletiva, tema clássico da literatura sociológica, buscando enquadrá-los, tanto na tradição desses modelos de análise, como na perspectiva de um "novo" problema, passível de ser tratado a partir de novos enquadramentos teóricos.

A discussão clássica trazia à tona os conceitos emblemáticos de "ideologia" e "valor". Assim MARX⁸⁰ demonstra de que maneira a análise de um processo imediatamente econômico, tratado pelos economistas políticos - era expressão de posições sociais. O tema da ideologia oferecia o instrumento crítico compreensivo daqueles que propunham a sociedade para emancipá-la.

Por outro lado, WEBER¹²⁴ sustenta a discussão do "valor", e estabelece a crítica como a competência racional do pesquisador que necessita distanciar-se de suas posições emocionais.

Essas premissas colocam-se em torno de um ideal sociológico ou de uma ciência social, que só pode desenvolver-se a partir da idéia de uma sociedade projetada para o futuro⁶², de uma sociedade que projeta suas ações e suas aspirações, refletindo o espírito da época moderna.

A confrontação teórico-metodológica do século XX vai questionar a relação da "forma do pensamento" ou da "forma de equacionar a realidade", com as ações da sociedade projetadas para o futuro ou da forma de agir do pensamento

científico. É esse o espírito da "ciência como dominação" dos autores frankfurtianos. A ciência deixa de ser representação, ela existe no interior das ações sociais. Não se trataria mais de uma sociedade representada, mas da discussão em torno da direção do conhecimento. Reconstroí-se, portanto, o problema teórico-metodológico: a ciência como vetor social ou como crítica da ação.

Por outro lado, a partir dos anos 60, verifica-se a discussão em torno do marxismo: interna e externa, na qual este, bem como o racionalismo Weberiano, aparecem como interlocutores. O eixo de raciocínio que tomara a produção como o centro da análise da sociedade, desloca-se para a observação do cotidiano, do mundo social vivido, no qual, indivíduos, grupos, instituições, relacionam-se, tomam o poder como interlocutor, buscando autonomia ou demandando formas de continuar sobrevivendo.

2.2- Participação e Movimentos Sociais - Uma Visão Instrumental

Na tradição de análise da sociologia da ordem ou do modelo de sistema social, "movimentos sociais", assim como as formas de ação coletiva que se opõem à normalidade, definem-se como desvios ou marginalidade, e como tais desafiam o sistema para formas novas de integração social. Nessa perspectiva "movimentos sociais" englobariam

um amplo espectro de fatos sociais de expressão coletiva.

Como tradição metodológica clássica, a teoria durkheimiana tem para si um conceito de sociedade que a representa como totalidade integrada. Análoga à idéia de organismo, a sociedade se define pelas normas de integração de seus órgãos.

A visão organicista assimila, portanto, a idéia de que a sociedade como órgão maior deve aperfeiçoar seus mecanismos de integração. A idéia de normalidade identifica, por sua vez, como normal aqueles fatos que obseva como os mais "comuns", os mais incidentes, considerando "novos fatos" como anômicos ou disnômicos, seja por considerá-los "ofensivos" às instituições normatizadas na sociedade ou por entender que as instituições necessitam ser aperfeiçoadas para responder a essas demandas.

Essa tradição tem nos funcionalistas americanos, em MERTON⁸⁴ PARSONS⁹⁴ sua continuidade, na idéia de funções e de sistema social. A essa corrente de pensamento na sociologia, alguns autores, tem aproximado de maneira simplificada a noção de planificação e racionalidade, que foi desenvolvida na ótica Weberiana.

A noção de participação social, assim como as noções de

"sistema" e de integração nas áreas sociais e particularmente na saúde têm sido caudatárias desses postulados sociológicos, tratando-os de forma, em geral, reduzida.

A tradição positivista - como também referida - na sociologia procurou, em termos metodológicos, realizar uma aproximação de suas técnicas de abordagem dos objetos analisados aos modelos empíricos, observacionais ou experimentais vigente nas ciências naturais.

Nesse aspecto convém discernir entre o pensamento clássico de DURKHEIM³⁹ que - embora descritivo, interpreta os dados obtidos através de um princípio dedutivo, a partir de uma teoria da totalidade social, como verifica-se em sua obra clássica "O Suicídio"⁴⁰ - de outros trabalhos sistêmicos em que a derivação analítica encontra-se muito próxima da leitura empírica dos fatos.

A crítica geral desenvolvida em relação a essa tradição teórica tem sido a de considerar que as análises elaboradas apreendem os fatos observados de maneira exterior, ou reduzem seus aspectos descritivos a modelos lógico-formais que simulam a própria realidade. Tal característica encontra-se, por exemplo, na noção "sistêmica" das funções sociais. Por outro lado, essa crítica refere que tal forma de conhecer e representar a realidade tem buscado sua

regularidade e seu ajuste, desconsiderando a possibilidade de mudança.

Neste tipo de enquadre ocorre um tratamento empírico descritivo dos movimentos, caracterizando-os pelos seus aspectos exteriores. Essa abordagem vem sendo denominada de "mobilização de recursos"⁷⁴ enquadrando os "movimentos sociais" como ação instrumental que visa a apropriação ou a redistribuição de recursos sociais entre os grupos marginalizados. Caberia, nesse sentido, uma ação das instituições políticas, visando formas legais, organizacionais e normativas para integração dos grupos que questionam o sistema, desde uma posição marginal ou externa às instituições.

Essas análises identificam "movimento social" à noção de "grupos de pressão" ao sistema, ou de "grupos sociais" que exercem uma ação no sentido de obter determinados fins. Desta maneira descrevem os movimentos pela sua exterioridade, dando pouca atenção às formas de organização e ao próprio significado social da ação. Além disto, consideram as demandas advindas desses grupos como ações instrumentais ou instrumentalizadas, as quais, uma vez atingidos os objetivos ou reivindicação, se esgotariam como forma de ação coletiva.

O aperfeiçoamento das instituições, o desenvolvimento da

participação, a motivação e criação de canais para participar seriam meios integrativos que as sociedades democráticas teriam para trazer esses movimentos para si, enquadrando em nível institucional as formas de mobilização e propiciando, pelos canais participativos, formas de distribuição de recursos, políticos, educativos, econômicos, favorecedores da integração social.

Esse plano de tratamento sugere uma institucionalização via desenvolvimento de aparelhos e modelos organizativos, canalizando a "mobilização" para o aparato político. Nesse sentido a descrição sistêmica reduz os significados das ações coletivas ao aspecto de desenvolvimento das instituições políticas e considera as ações sociais como reações ou ações de desequilíbrio de um sistema.

Em termos metodológicos, essa perspectiva de análise tomaria, como motivo central de estudo, o sistema e suas formas de abertura ou de resistência às pressões e dirigiria o resultados dos estudos para conteúdos que preconizam o equilíbrio através do aperfeiçoamento do sistema. Além disso, ao generalizar o conceito, perde a dimensão específica do fato ação coletiva, e acaba por desconsiderá-lo como fato social, referindo-o a um sistema instrumental de rejeição, integração, pressão, abertura.

Seguindo a dimensão de crítica à abordagem da sociologia da

ordem social, ou "sociologia do sistema", LAPEYRONNIE⁷⁴ destaca o tema da participação como correlato ao entendimento dos "movimentos sociais" como grupos de pressão na teoria da "mobilização de recursos". A "participação" significa nessa abordagem, a garantia do sistema político, sendo uma forma de racionalização instrumental que esgotaria a dimensão das ideologias e o fim dos movimentos coletivos. Corresponderia a uma técnica que, através de objetivos fixados e meios adaptativos, conduziria o cidadão a um modo de apreensão de responsabilidades.

Cita ainda LAPEYRONNIE⁷⁴ a descrição sistêmica em que supostamente o aumento de educação corresponderia ao aumento da demanda desses grupos que, por sua vez, pressionariam para uma readaptação institucional que resultaria em aumento da participação ou aumento da abertura do sistema. Esse modelo descritivo aplicar-se-ia tanto a protestos políticos como a mecanismos de reivindicação salarial, maior participação na renda, ou ainda a processos de gestão.

Esse mecanismo supõe a possibilidade da existência de um "resíduo", ou de um contingente populacional que manter-se-ia marginalizado, agindo de maneira avessa à participação e à democracia. A presença desse "resíduo marginal" justificaria conclusões inspiradas nos trabalhos de HUNTINGTON⁶⁷ segundo as quais "a democracia seria limitada em nome da própria democracia", ou a "mobilização cognitiva"

seria o contingente de pessoas que "aprenderam" a participar.

Nesses raciocínios vê-se o reforço da idéia que toma os conceitos de "mobilização", "participação" e "democracia" como conceitos instrumentais, consubstanciando uma visão metodológica que deixa de tomar a ação coletiva como objeto de análise para torná-la um fator condicionador de um modelo de sistema social.

A partir dessa visão instrumentalizada da ação social e dos meios políticos, depreender-se-ia a idéia da "participação" como meio de integrar grupos socialmente "fracos", "desfavorecidos", "carentes". A criação de mecanismos mais próximos e acessíveis a esses grupos, evitaria sua insubordinação como protesto ou como incompreensão dos aparatos jurídicos-legais e sua forma de ação.

Cabe destacar que essa fórmula participativa encontra-se na base de justificativas na origem dos modelos de "participação" em saúde .

Na perspectiva da tradição sociológica clássica que buscou a análise dos fenômenos sociais como históricos, e neles o significado particular das ações coletivas, colocam-se propostas teórico-metodológicas de análise dos "movimentos sociais".

Nesse campo encontram-se tanto as perspectivas que partem da tradição marxista, como aquelas que buscam interpretar o significado das ações sociais, vinculando-se ao esforço teórico da constituição de um terreno de análise "sociológica" dos fatos.

Como pontos de desenvolvimento da reflexão clássica, as teorias sobre os movimentos sociais nesse campo inspiraram-se em conceitos das teorias formuladas pelos marxistas na interpretação que fazem da sociedade a partir do "movimento operário" (movimento social e político emergente no século XIX) e na tradição weberiana¹²⁵ que busca situar a especificidade e a significação das ações sociais, bem como a temática da representação e legitimação políticas.

A partir dessas perspectivas o problema de análise dos movimentos sociais e de seus atores retoma a noção de conflito, de oposição de conjunto de atores na sociedade. Toma-se juntamente a essa caracterização do social, a discussão da idéia de racionalização, ou seja, de uma sociedade que passou a agir segundo fins, e dessa forma estaria deixando de refletir sobre suas próprias ações.

Assim encontra-se tanto a análise dos movimentos sociais que os ve como alternativa a um processo de transformação da sociedade - que iria da política à cultura, da economia à

sexualidade - refletindo, nesse caso, a idéia de continuidade e ampliação dos temas sociais tratados como herança da tradição marxista: de conflito e classes que se opõem.

Por outro lado, há a tendência que realiza a crítica da modernidade, entendida como um modo de vida social que se caracterizou pelo desenvolvimento da ciência e da técnica, que se tornaram instrumento de alienação - no sentido de esvaziar a reflexão e o pensamento - e de poder sobre os indivíduos.

Nesse contexto, a crítica teórica se faz em dois caminhos: a busca da crítica racional, como forma de se opor a uma "sociedade tecnocrática" ou à "cultura de massas" ou a denúncia das formas de conhecimento e de saber como forma de poder.

Assim sendo, no plano teórico-metodológico, para abordar o tema dos "movimentos sociais" do ponto de vista analítico, é necessário fazer referência a linhas de pensamento teórico que desempenharam influência sobre o pensamento contemporâneo.

Essas linhas de pensamento extrapolaram os limites das próprias ciências sociais, ou a expandem, quando tratam de problemas que vão da filosofia da ciência à epistemologia,

do estudo da linguagem à política.

No contexto dessa produção teórica encontram-se alguns pontos que, colocados em termos da sociologia clássica apresentam-se como novos problemas de ordem metodológica e conceitual, como: os conceitos de totalidade, classes e atores sociais; a natureza e o grau do conflito e o tratamento das relações sociais e, o próprio conceito de movimento social.

2.3 - Cultura e Teoria dos Movimentos Sociais Contemporâneos (1960 - 1980)

- A "Teoria Crítica" e os "Novos" Movimentos Sociais

Com a "teoria crítica" desenvolvia-se uma das possíveis linhas de análise que colocam as ciências sociais como construtoras de um conhecimento, cujo valor residiria na eficácia de sua crítica ao pensamento, às ações e ao discurso da sociedade. As ciências sociais seriam, assim, produto de uma sociedade que se volta para si mesma e que reflete sobre seus fundamentos e sobre o tema da vida cotidiana, em busca de uma identidade/universalidade, sociedade essa que fez das aspirações do futuro sua motivação básica .

Diante de uma sociedade que projetava aspirações

individuais e coletivas para o futuro, a reflexão tornou-se um instrumento tanto de acomodação - no sentido de prognosticar a resolução dos problemas e dos conflitos para o porvir - como de crítica, refletindo sobre os rumos sociais e suas implicações futuras.

Essa análise que foi desenvolvido por autores como ADORNO⁴ HORKHEIMER⁴ e MARCUSE⁷⁷, ancoram-se na apreensão do conceito de racionalidade, apontado por WEBER¹²⁵ como a tendência social dominante nas sociedades modernas.

A racionalidade, penetrando em todas as esferas sociais através do sistema burocrático estatal e da técnica- que se prolonga da produção de bens à própria intervenção sobre a vida biológica e o comportamento em sociedade- tornar-se-ia assim uma forma de poder sobre a sociedade.

A "Teoria Crítica" colocar-se-ia- como uma forma de resistência a essa tendência, desempenhando um papel importante nos movimentos de crítica cultural que se desenvolveram a partir dos anos 60.

Partindo das obras de ADORNO⁴ e HORKHEIMER⁴, essa tradição teórica retoma o princípio da "totalidade", para empreender sua análise que, baseada no princípio da "totalidade" opõe-se à idéia de sistema, organização ou corpo social conforme colocações dos e/ou dos positivistas americanos.

A idéia de totalidade baseia-se no conceito de historicidade, na tradição do pensamento hegeliano e marxista, segundo a qual, a sociedade corresponderia a um "sujeito histórico" a ser investigado.

Um terceiro ponto de referência se ancora no conceito de dialética, como método de dedução do "sujeito histórico social".

O plano de análise proposto incide sobre o conceito de "negatividade" desenvolvido a partir dos conceitos de racionalidade e emancipação.

Segundo essa abordagem, a sociedade capitalista e industrial - fruto da emancipação social burguesa frente ao mundo religioso, dogmático e feudal - seguiu desenvolvendo uma determinada esfera de ação. A ação racional com relação a fins - como descrita por WEBER ¹²⁵ corresponderia ao plano de ação primordial dessa sociedade.

Assim, os aspectos emancipatórios ou iluministas¹⁰⁸ da razão - aqueles que diziam respeito à reflexão sobre o homem e a sociedade, a arte, a cultura como expressão humana - foram subordinados e sufocados pela razão técnica aplicada à produção em massa.

Como forma de análise da sociedade ADORNO⁴ e HORKHEIMER⁴ proporião, então, o termo "negatividade", que corresponderia à crítica dessa razão instrumental ou razão técnica, que como tais entende-se as ações voltadas para o processo produtivo e a técnica como meio de obter fins específicos, opostos ao terreno da reflexão, da indagação, da expressão como produtos da relação humana.

A "crítica" ou a "negatividade" como método buscariam resgatar o terreno dessas manifestações da expressão humana sufocadas pela ação técnica, ou pela razão tecnológica.

A "Escola de Frankfurt" colocaria assim a dimensão da "crítica à cultura tecnológica" em evidência, entendendo-se nela também as formas de comportamento e de reprodução social da "sociedade industrial". Desta maneira ampliava a dimensão do conceito marxista de "alienação" aplicado relação do trabalhador assalariado e seu processo de trabalho, ou da força de trabalho como mercadoria.

O conceito de "alienação" estender-se-ia assim à totalidade social; do trabalho aos meios de comunicação de massa, do comportamento sexual à família, das formas de educação e saúde ao Estado. Essa "ampliação" do conceito de alienação implicaria em "ampliar" o próprio conceito de classe social como conceito aplicado às relações sociais de produção. A alienação e com ela as formas de domínio social passariam a

ser referenciadas na "cultura de massa" nas formas de reprodução social, no autoritarismo das relações, na censura, na moralidade.

A divulgação das idéias originárias da "Escola de Frankfurt" faz-se em maior escala a partir das obras de MARCUSE⁷⁷, que se tornaria um "inspirador" dos movimentos estudantis dos anos 60. A idéia da "sociedade tecnológica", da ciência como forma de dominação e da repressão moral e sexual tornar-se-iam temas mais popularizados, participando da formação de projetos e planos culturais dos movimentos sociais desse período.

A contribuição teórico-metodológica da "Escola de Frankfurt" estaria, portanto, na concepção de "crítica" baseada na referência à razão, como produto histórico da formação da sociedade moderna, apontando para a idéia de emancipação como movimento em direção à "autonomia" das e nas relações sociais.

Quanto ao conflito, ocorreria a ampliação de "conceitos" oriundos do marxismo, que no plano original vinculavam-se ao objeto das relações sociais de produção e à idéia de "classes sociais" a partir desse contexto.

Os movimentos sociais passam a ser entendidos como polos de resistência à "sociedade tecnocrática", ao "establishment",

e possuindo portanto um conteúdo emancipatório em face das relações sociais instrumentalizadas.

Na interpretação que ADORNO⁴ realizava da sociedade de massas, caracterizava-se pela sua unidimensionalidade. Nessa interpretação a idéia de racionalização da sociedade tal como formulada por WEBER¹²⁵ é utilizada como instrumento de interpretação do comportamento social, na forma da sociedade de consumo: "o povo se auto realiza no seu conforto; encontra sua alma e seus automóveis, seus conjuntos estereofônicos, suas casas, suas cozinhas equipadas."¹⁴

A sociedade de massas conforma através da técnica, como por exemplo, a obtenção de um bem imediato, o comportamento social. A saúde se representa através do consumo de serviços e equipamentos.

A perspectiva de oposição a esses modelos, em decorrência dessa análise, passou a identificar crítica e verdade nos grupos que por oposição, manifestação; ou por impossibilidade de acesso aos bens sociais, estiveram assim à margem do sistema.

Esses grupos encontrar-se-iam nas periferias urbanas, prisões, países do Terceiro Mundo: "o substrato dos proscritos e marginais, os explorados e presiguidos por

outras raças e outras cores, os desempregados e os inempregáveis".¹⁴

Dessa maneira, pode-se verificar o início de uma tendência da reflexão sobre a sociedade que a partir dos finais dos anos 50, arremessava sua crítica ao modelo de sociedade e, principalmente, destacava seus atores opostos. Essa tradição, ao contrário da visão integrativa ou participativa da sociedade, desenvolvia sua análise no sentido de iluminar exatamente o território da sociedade que é descrito como "marginal ao sistema". A positividade para a mudança, a criação a vitalidade social estaria identificada com seus aspectos negados, com seus proscritos, e àqueles que se movessem em seu nome.

- A consciência como possibilidade e a crítica à razão

A tendência apresentada pela "teoria crítica" realizaria uma crítica à razão, projetando, entretanto suas intenções para a construção de uma nova razão: a crítica cultural da sociedade. Essa tendência possibilitaria a abertura de flancos para a crítica das práticas sociais e dos mecanismos de dominação existentes através delas. Cultura e escola; personalidade e serviços de saúde, etc... apareceriam como temas nessa discussão.

A crítica à razão, seria empreendida a partir de outra

posição e outros aspectos, e assim sendo acrescentaria munição extra e conjugada às idéias a seus respectivos adeptos, que de maneira mais evidente nas décadas de 60 e 70, investiriam contra as instituições, práticas e a forma de se construir o conhecimento.

HABERMAS⁶² chama de razão centrada no sujeito para situar os autores que realizam uma crítica ao modo de conhecimento, tanto dos empiristas e positivistas, como do marxismo e de sua filosofia da história.

Situa-se aqui o pensamento de SARTRE¹¹¹ e o existencialismo como um dos paradigmas da filosofia do sujeito. Na obra teórica-filosófica e literária desse autor encontra-se expressa a idéia da "consciência como intencionalidade" e da liberdade dos sujeitos a partir de uma pluralidade de experiências sociais"

Essa forma de pensamento rejeitaria enquanto aspecto do marxismo, a idéia de uma história, enquanto projeto determinado, pela produção e daí também a rejeição à proposta teórica do marxismo que associa relações de produção e consciência. A idéia de consciência, no existencialismo de SARTRE¹¹¹, bem como na fenomenologia, refere-se a consciência do sujeito formado por sua livre iniciativa em um conjunto de situações vividas.

A relação dessa consciência com a ação, passa pelo projeto do indivíduo, que faz parte de sua livre vontade, e pode vir a ser ou não um projeto social, se a vontade do sujeito solidarizar-se com as causas coletivas.

Essa concepção de sujeito e de projeto do indivíduo não deve confundir-se com as idéias contidas no liberalismo, que enquanto idéia política, supõe a livre iniciativa. A base teórico-filosófica do individualismo em sua versão liberal assenta-se no empirismo, que também seria rejeitado pela correntes de pensamento a da filosofia centrada no sujeito. A visão de realização contida na idéia de "self made men", ou do "yuppie" dos anos 80, supõe a idéia de sucesso através da competente escolha de vantagens, o existencialismo coloca-se anteriormente a esse, como a livre escolha de destinos.

Na produção teórica do existencialismo, encontrariam-se os temas da escolha individual, da condição humana frente a situações de opressão, discriminação; a condição feminina, etc... Essa temática traria influências não só para a formação dos atores e dos paradigmas de ação dos movimentos sociais, mas também aponta-se na base de tendências, tais como a antipsiquiatria, a psicologia, a psicologia social.

Por outro lado, encontraria-se o estruturalismo, inaugurado a partir de autores como LEVI-STRAUSS⁷⁵ na antropologia, e utilizando-se do método de análise linguística. O

estruturalismo corresponderia, por sua vez, à reflexão, também, das explicações tradicionais evolucionista e à pesquisa empírica positivista. Se por um lado, o estruturalismo histórico de MARX⁸⁰, ou a uma tendência imanente da história no sentido hegeliano⁶⁶, seu método de análise também não pressupõe a relação imediata com os objetos proposta pelos empiristas.

Em linhas bastante gerais, o estruturalismo busca, através de pesquisas - quer com documentos históricos, com símbolos ou vestígios de objetos, ou com as próprias idéias - situar os objetos como fenômenos organizados, que mantem relações entre si. Esses fenômenos organizados formariam; a partir da obstrução de sua forma de relação, de estruturar-se em um determinado momento - sincronia - e, de suas mudanças nesse modo de organização - diacronia - compor uma visão de "totalidade estruturada" dos fenômenos observados.

O estruturalismo enquanto método, desenvolveu-se junto a antropologia, aos estudos da linguagem, à psicologia e a filosofia, e assim, traria também a partir dessas áreas contribuições às idéias à política e à sociologia.

Nessa tradição, colocar-se-ia os trabalhos de FOUCAULT^{43,44}, que formalmente a partir da filosofia, desenvolveria uma produção teórico que buscaria dissecar a formação das

ciências, a partir de seus elementos discursivos. Esse trabalho seria empreendido como uma "de construção" histórica das práticas sociais. Como uma "arqueologia do saber". Desmontando verdades e mitos e desvelando intenções subjacentes ao discurso científico, FOUCAULT^{45,46} associaria o saber ao poder, a partir da relação que estabelece, no pensamento ocidental, do saber com a técnica e dessa com as normas da sociedade.

A psicologia, a psiquiatria e a medicina foram áreas privilegiadas de análise, de onde se procuraria demonstrar que forma essas disciplinas se tornam "científicas" quando passam a olhar para uma forma específica de "normatividade" para o corpo, a conduta, o comportamento, a moral, a punição. O saber encontraria-se ligado a uma estratégia de comportamento da conduta e ao "poder", esse também identificado como o conjunto das práticas sociais.

O pensamento de FOUCAULT^{43,44} deu contribuições e influenciou o desenvolvimento de pesquisas em várias disciplinas, tais como se descreve em colóquio realizado no Brasil¹⁰⁵. Enquanto limitações encontra-se no "de construtivismo" como filosofia do sujeito uma idéia de negação, de recusa às práticas sociais existentes e uma ausência de alternativa para as relações sociais existentes e uma ausência de alternativa para as relações sociais que não sejam a de rejeição do controle e do poder.

A influência dos temas do existencialismo e do pensamento de FOUCAULT^{43,44}, inscrevem-se não só como crítica cultural em distintas áreas, tais como as empreendidas por ILLICH⁶⁸ com respeito às técnicas médicas de reparação à saúde, mas nas bases de movimentos amplos e específicos - abrangendo temas desde a sexualidade, a "desinstitucionalização", a luta contra a discriminação e a opressão.

No caso ainda do Brasil e da América Latina, uma parte do conteúdo voluntarista de movimentos populares e de tendências como as existentes em formas de relação como a de "Pesquisa Participante", "Pesquisa-Ação" que valorizam os sujeitos e sua ação, compartilham da presença dessas linhas de pensamento. Essas idéias ainda encontram-se, de forma crítica, na base do discurso e da prática de atores sociais.

2.4 - Estado e Movimentos Sociais; as Demandas e Movimentos, as Propostas de Participação e de Democracia.

As idéias e a produção teórica de HABERMAS^{59,60,61,62,63,64} e OFFE⁹⁰ sobre as demandas sociais e o Estado, a discussão a respeito da Democracia e Estado de BOBBIO¹⁷, reunidas nesse tópico situam como foco de análise a relação entre sociedade e Estado nas democracias ocidentais contemporâneas, partindo de outros pressupostos que aqueles apresentados pelos autores funcionalistas - sistêmicos que

limitam essa relação a um sistema de reivindicações e pressões que se acomodariam através dos mecanismos de "participação".

As duas tendências apresentadas compartilham do diálogo que estabelecem com os paradigmas clássicos da sociologia, tendo como interlocutores mais evidentes, a construção racionalista da história de WEBER¹²⁵ e a interpretação histórica de MARX⁸⁰.

No tocante à idéia do Estado de Direito, que é entendido, ao mesmo tempo, como interlocutor e como árbitro e fonte de garantia desses direitos destaca-se a vertente de pensamento de BOBBIO¹⁷, que traduzia a concepção de sociedade civil e de reivindicação dos direitos sociais como ponto de partida e de garantia da democracia, realizando uma polêmica tanto com os marxistas como com os ideólogos do neoliberalismo.

Em relação à história, o autor¹⁷ rejeita a idéia de um sentido imanente, ou de uma determinação histórica, mas recupera a idéia de racionalidade, como critério para análise da história. O dilema entretanto em relação a interpretação histórica colocar-se-ia no plano de uma dissociabilidade entre ação, tomada de posição e o conhecimento que se tem dela, retomando desse modo, a expressão do juízo e valor, e a escolha livre para ação.

Em sua teoria política sobre o Estado, BOBBIO¹⁷ conciliaria o preceito "liberal" das liberdades individuais e o princípio da autonomia como princípio de liberdade política, a um Estado que represente essas garantias.

Recuperando do liberalismo, o princípio emancipatório frente ao Estado Absolutista, a democracia seria definida pela diversidade e variabilidade, desenvolvendo a idéia de que na dinâmica de diferenciação entre grupos e indivíduos é que se estrutura o papel do Estado como um arbítrio, respaldado no princípio distributivo do direito, para garantir a liberdade em uma sociedade em que os homens são desiguais.

O direito passaria a ser tomado como princípio e como necessidade básica para a construção desse distributivismo a partir das garantias constitucionais, e como base da democracia.

A idéia de liberdade só seria entendida como a prática de instituição de novos direitos e da equação entre a preservação da autonomia individual frente à regulamentação desse direito no plano coletivo. O liberalismo, como interpretação da história traria um significado abstrato da idéia de liberdade, enquanto prerrogativa unicamente individual e levaria ao problema da "ingovernabilidade", a medida em que o conceito de liberdade de uns, passa a se impor como legítimos em confronto com o de outros. A

presença de regras e de uniformização dos direitos sociais apareceria como uma forma e equilíbrio do poder.

A democracia por sua vez pressuporia a expressão da liberdade a partir de grupos e não apenas de indivíduos isolados. A criação de novos direitos e novas demandas forneceriam os temas para reformas permanentes nas regras sociais, através do corpo jurídico político do Estado. Essa idéia pressuporia, por sua vez, a experiência da participação e da representatividade, em oposição às formas de autoritarismo, exclusão e violência. Não se trataria da Reforma Política do Estado, mas da reforma da sociedade e de seus princípios regulamentadores das relações sociais.

O movimento chamado da "Reforma Sanitária" utiliza as referências que BOBBIO faz à democracia¹⁹, para legitimar o princípio de reformulação jurídica do Estado. Esse raciocínio porém, bem como o princípios gerais da idéia de Estado em BOBBIO¹⁷, incorreriam, embora o autor destaque esse fato, a uma superestimação da ação do Estado em relação a sociedade.

A reflexão a respeito dos princípios do Estado Constitucional de Direito, bem como as transformações da relação entre Estado e os grupos mobilizados socialmente são analisados por HABERMAS⁶³.

Para a construção do conceito de Estado, o autor utiliza-se da história do que denomina formação da Esfera Pública, como processo de estruturação da sociedade burguesa baseada no livre trânsito e no mercado⁶³.

Esse processo teria como base, o alargamento dos círculos de reunião e expressão da vida cotidiana urbana, baseada na economia de mercado, em que a discussão crítica, a vida literária, a imprensa desenvolve a prática da opinião. Essa prática, qque desdobra-se em um princípio de "publicidade", baseando-se numa crítica iluminista ao modelo monolítico, centralizador e autoritário do Estado absolutista; que proclama como padrão público, ou padrão moral a extensão de princípios aplicáveis a todos os homens ou a toda a sociedade.

A concepção de "esfera pública" desenvolvida pelo autor, descreve fases de desenvolvimento dessa razão aplicada à política. De um primeiro momento de círculos de opinião, para o estabelecimento de um elemento de mediação entre o poer de Estado e os órgãos de opinião e associação das corporações até assimilar-se ao parlamento, tornando-se Estado.

Nessa fase a formação da vontade política realiza-se através da associação dos atores sociais novos ligados à economia de mercado, que se opõem à ordem feudal, a qual representa o

poder através da encenação "pública" perante a corte e toma, por tradição, secretamente as decisões.

A essa concepção de esfera pública, por "encenação" em que as prerrogativas de poder são sucedidas pela herança e pelos arranjos internos entre a hierarquia e a vassalagem da nobreza; opor-se-ia a idéia iluminista da esfera pública burguesa; que passa a reivindicar o julgamento e a tomada de decisões em espaço publicamente observável, através de argumentos, discussão e crítica; concepção por sua vez passa a ser traduzida em um princípio ordenativo de direito, tendo por base a liberdade de opinião e crítica, a formação de vontade política e a racionalidade das decisões.

Em um segundo momento essa esfera pública ver-se-á configurada no Estado de Direito Liberal, o qual assentaria sobre as bases da representatividade, assentado por sua vez dentro de um círculo de pessoas cultas e/ou associadas em torno de atividades, ação, interesses.

Essa fase corresponderia à idéia de institucionalização do "parlamento" como um órgão de "cidadãos notáveis" que, através de argumentos, discussão, e um público se dispõe a julgar e a decidir sobre o bem comum. Esses representantes teriam, por sua vez, contato estreito com suas bases, locais, regionais ou corporativas de representação, nessa medida, se tornam não apenas a representação ativa de seus

interesses, mas também a opinião e o julgamento sobre questões públicas.

Esses círculos de base, constituir-se-iam também em núcleos de formação de vontade política, através da argumentação, defesa e representação ativa de suas opiniões a respeito da condução ou da instauração de problemas públicos. Como forma de representatividade, corresponderia à formação de uma esfera pública, para a qual a integração dar-se-ia através das associações locais ou de base, nas quais a participação pressuporia uma capacidade opinativa racional e crítica.

A execução desses mecanismos, porém, passariam a ser perturbados através do desenvolvimento das economias de mercado e o crescimento dos mecanismos de publicidade, tais como a imprensa e a comunicação em escala massiva. A esfera pública, originalmente concebida no Estado Liberal, mudaria sua função no chamado "Estado Tardo Capitalista"^{63,64}.

Da função original de "crítica, a esfera pública agora ampliada, através dos meios de comunicação de massa, passaria a ter uma função demonstrativa, cujos mecanismos de legitimidade contidos nos limites da aparência, encobririam formas de pressão e de interesses privados que se articulam com o aparelho de Estado, e que teriam no parlamento e nos partidos políticos um arcabouço de representação. Ocorreria uma "refeudaização" da instância pública, que passaria a

existir por encenação frente a opinião, entrelaçando via associações entre partidos e instituições privadas as decisões de Estado, correspondendo a um retorno ao "velho estilo", qual seja, a da esfera pública como uma "corte", que encenaria seu pretígio frente ao público ao invés de desenvolver a crítica. -

Esse mecanismo caracterizaria-se por um tipo de "publicidade" ampliada, publicidade como um conceito da propaganda moderna, disposta à "informação e publicidade, didatismo e manipulação"⁶³. Nesse tipo de esfera pública a representatividade tornar-se-ia uma expressão de intencionalidade política, impondo-se a partir de uma negociação não visível. A política tornar-se propaganda em que antes de discutir problemas, produz uma imagem da realidade para qual introduz uma solução, anteriormente negociada, através de associações com interesses privados, os quais procurariam "manipular" a "opinião pública" em relação a seus projetos sem precisar entrar em cena e deixar-se controlar por ela. Os interesses ou a vontade política a ser criada seria construída através de pretextos e de um jogo de identificações com o público, tendo seu êxito dependente da eficácia publicitária empreendida em torno de seu produto.

Até mesmo o aparato jurídico-político sofreria essa corrosão de representatividade. No Estado de direito original, ou no

período de constituição da esfera pública oposta ao absolutismo, a prática sustentada corresponderia a submeter uma pessoa ou uma questão ao julgamento público. Essa mesma função: a de julgamento, teria se transformado em uma "cena", que dependendo do interesse publicitário seria transmitida através de meios de comunicação como rádio e TV, mobilizando opiniões em concordância com princípios de interesse dos grupos instalados sob o poder.

As associações e outros atores que se envolvem nos conflitos de trabalho, de mercado, estabeleceriam barganhas políticas sob o parlamento. Da mesma forma, questões de concorrência ou conflitos entre patrões e empregados passariam a ser divulgados publicamente, formando opiniões a partir do tipo de imagem transmitida. Da mesma maneira, os organismos partidários mudariam sua função de representatividade original e de vínculo com suas bases, por princípios de aclamação política através de critérios plebiscitários no funcionamento do jogo eleitoral. Nesse cenário surgem partidos definidos como "partidos de integração", que "prende" eleitores temporariamente, incitando-os à aclamação, sem interferir em sua maturidade política.

Esses partidos realizariam uma "integração superficial" através dos processos eleitorais, agindo como instrumento de formação de vontade, que não se coloca nas mãos do público, mas dominado pelos grupos de maior poder na hierarquia dos

partidos. A escolha eleitoral passaria a ser produzida por aqueles que dispusessem de meios de coação e propaganda assim com da capacidade de influenciar de modo demonstrativo ou manipular o comportamento do público.

Trata-se portanto de uma política de consumidores, que assistem à cena, e tomam partido dos atores que atuam nela, desenvolvendo por sua vez pressão sobre o Estado em prol da opinião com a qual passam a se identificar. Outros meios são aqueles que se desenrolariam atrás dos bastidores do jogo político, em que negociações e barganhas moldariam opiniões.

Essa visão crítica da transformação da função original da esfera pública levanta aspectos com respeito à idéia de participação, que nesse contexto, estaria desvinculada da origem, ou da formação de vontades de seus participantes, para tornar-se um fato de adesão pública, visando formas de pressão social ou de promoção de "verdades políticas" ou decisões produzidas.

HABERMAS⁶³, nesse aspecto, estaria realizando uma leitura inversa aos funcionalista que propõem a visão instrumental da política, descrita no início deste capítulo. Enquanto estes considerariam o mecanismo político de propaganda e consumo e os interesses de grupos como elemento "natural" do funcionamento político, o autor inverte a questão

demonstrando que a origem, ou a formação da esfera pública, esteve ligada a um processo crítico de formação de vontades, que, por sua vez, teve como pressuposto a submissão do poder a um julgamento "público", ou do conjunto de cidadãos que se reúnem e representam por interesse de formação de uma vontade, que só posteriormente viria a se manifestar como instrumento de natureza privada/individual.

A idéia de participação em saúde, que será desenvolvida de forma empírica na segunda parte desse trabalho, talvez sofra de um pecado de origem. Como versão comunitária, compreenderia um esquema de participação e envolvimento local, ou um mecanismo associativo de base. Entretanto, os organismos de representação nem sempre situam a transparência que articulariam interesses privados na esfera pública.

Um outro aspecto levantado pelo autor^{51,54}, refere-se aos problemas de legitimação do Estado, como agente de intervenção e de preservação do sistema social. Nesse processo a função de acomodar a relação de trabalho assalariada e os aspectos negativos daí advindos: desemprego, crise econômica, contingente da população marginalizada; através de programas e da perspectiva de progresso e bem estar, tornaria-se uma questão técnica, de obtenção de resultados ou de atendimento às demandas como fins para adquirir a legitimidade. A esfera pública estaria

esvaziada da discussão de problemas atinentes ao destino, ao modo, à vida da sociedade. O planejamento, a programação, os ajustes econômicos apareceriam como meios técnicos, que prometeriam à sociedade, a realização desses ajustes, da eliminação dos aspectos negativos, da segurança social e do consumo.

HABERMAS^{59,64} compartilha com OFFE⁹¹ na análise do Estado que intervém no processo. Através do acúmulo de "informações sociológicas diferenciadas, injetadas no sistema social" adquire-se capacidade de reconhecer e prever as áreas potencialmente problemáticas da sociedade. As "zonas de risco" que apresentem ameaças à estabilidade são prevenidas através de um "programa de substitutivos".

A consequência dessas "ações técnicas" sobre a sociedade, através de políticas sócio-econômicas e pela intervenção estatal, refletiria-se em uma "despolitização da massa da população. Na medida em que as questões políticas são excluídas, a opinião pública perde a sua função"^{59,64}.

O conflito portanto, não poderia mais ser entendido, linearmente como o sendo o do trabalho e capital, mas enquanto possibilidade do Estado em realizar um programa de crescimento e ao mesmo tempo responder às demandas da sociedade.

Em termos da análise das sociedades contemporâneas destaca-se como problema a crise da chamada "utopia da emancipação do trabalho heterônomo"⁵⁹, base do movimento social do trabalho "alienado" pelo capital, e pela implantação de uma sociedade que autonomizasse o trabalho do domínio da propriedade privada, Esse movimento, que deu base às sucessivas mudanças do Estado e da sociedade a partir do século XIX; e que encontrar-se-ia na base das reações do Estado nesse século, ante a crise econômica da 1a. Guerra Mundial, teria dado origem a três programas diferentes: o "comunismo soviético na Rússia", o "corporativismo autoritário da Itália Fascista e da Alemanha Nacional Socialista" e o "Reformismo social democrata nas democracias do Ocidente"⁵⁹.

A social-democracia seria, em nossa época, a caudatária das idéias de emancipação da burguesia contra o Estado absolutista, e que buscaria conciliar através de um programa social, a utopia de uma sociedade baseada no trabalho. A forma encontrada para essa conciliação teria sido a regulamentação do sistema de trabalho, com aumento de direitos e diminuição do tempo de trabalho e de emprego ("condições de trabalho reformadas") e as chamadas "indenizações compensatórias" (seguridade social, amparo no caso de doenças, de acidentes, de perda do emprego e envelhecimento)⁵⁹.

A manutenção desses direitos fundar-se-ia nas seguintes premissas; de que o papel do cidadão, estaria preenchido como: cliente da administração pública - que demanda saúde, educação, lazer , previdência etc.. e, consumidor de bens com poder de compra. Na esfera política esse modelo estruturaria-se como - campo de negociações coletivas, políticas legitimadas por eleições gerais, amparando-se em sindicatos autônomos e partidos de trabalhadores , baseados na defesa de programas sociais e na sua ampliação.

Os limites da ação estatal estariam contidos entretanto, na capacidade intervencionista do aparelho de Estado, de conciliar um programa sócio-estatal com a proteção do sistema capitalista, enquanto promoção da capacidade de competição internacional das empresas e encorajamento dos investimentos privados. Um programa sócio-estatal ver-se-ia por sua vez ameaçado pela resistência dos investidores privados que se oporiam aos aumentos de salários e encargos trabalhistas; e tomariam a opção pela racionalização e aplicação da técnica à produção, tornando o trabalho um elemento mais dispensável. Para os empresários privados não estaria em questão o fato de ser o programa sócio-estatal, mais, ou menos dispendioso, mas seu ataque a tal programa generaliza-se a partir desta percepção.

Com respeito às demandas sociais, o Estado vê-se limitado para assegurar-se como um "manancial de abastanças"

garantindo demandas específicas, bem como pressões gerais por aumento da disponibilidade de consumo e de lazer.⁵⁹

Operaria-se, ao mesmo tempo, um descolamento do Estado em relação a suas bases sociais, e um realinhamento de posições conservadoras. Essas pressionariam no sentido de constrangir a ação sindical e desativar programas de integração dos grupos marginalizados e menos favorecidos.

Além disso, o próprio meio de força, de poder do Estado, a lei e, os instrumentos de legitimidade, programas financiados pela administração pública veriam-se contestados, ensejando o que seria uma contradição do próprio projeto social do Estado. Este dependeria dos "movimentos sociais" e das demandas para legitimar-se, essas por sua vez caminham na direção de obtenção da ampliação do status de cliente do sistema e de melhores possibilidades de consumo.

Um projeto democrata-social, no seu limite apontaria para a perspectiva de criação de "novas formas de vida estruturadas igualitariamente, garantindo liberdade de movimentos para a auto-realização e a espontaneidade individuais"⁵⁹, objetivo este que não pode ser diretamente alcançado pela transposição jurídico-administrativa de um programa político. O Estado Social ao mesmo tempo que se torna um alvo dos movimentos, acaba por tornar-se seu

instrumento, esvaziando energias emancipatórias.

Como tais, apontaria-se as tendências políticas nos países de capitalismo desenvolvido que transitariam de uma proposta social democrata reduzida, que buscaria rever direitos e economia de mercado, a uma política neoconservadora que atacaria os serviços do Estado, a discussão de temas sociais e desenvolveria uma cultura política de descrédito, recorrendo à restauração de valores tradicionais: religião, patriotismo, cultura popular, etc.

Por outro lado, estariam os "dissidentes", críticos do crescimento, reunindo os chamados "novos movimentos sociais", personalizado em velhos e jovens, mulheres e desempregados, militantes sexuais, deficientes, etc., movimentos, enquanto portadores de uma visão de recusa, ficariam aquém de uma noção de projeto para o Estado social.

Para o autor a superação desse impasse residiria na sustentação de uma utopia, a conquista de uma comunicação livre de constrangimentos que possibilitasse a fala de todos os grupos da sociedade em torno da construção de uma "vida modificada". Esse seria o sentido da construção de uma esfera pública, que voltasse a discutir os fins da sociedade, que estariam obscurecidos pelas demandas por meios.

Esse procedimento não nega a existência do Estado do Bem - Estar Social, estaria, em verdade defendendo sua extensão as sociedades que não teriam atingido as conquistas sociais dos países hoje considerados desenvolvidos.

2.5. Os movimentos sociais como preocupação sociológica

Uma outra dimensão de análise é oferecida através de uma recuperação do problema dos movimentos sociais e sua relação com a sociedade, enquanto objetos de análise empírica da sociologia.

MELUCCI⁸² chama atenção para as orientações teóricas de estudo dos movimentos sociais que situavam-no, como "ações coletivas", que responderiam a crises estruturais ou contradições da sociedade, destacando nesse caso, a sua determinação por questões macro-estruturais. Numa outra versão, esses seriam interpretados como expressão de crenças e orientações compartilhadas.

Nessas circunstâncias "movimentos sociais" passariam a ser tratados quer como fenômenos de "isolamento", opressão, quer como formas de solidariedade social, na derivação da teoria marxista que postularia o conceito de classe e de grupos de interesse como categorias de ação de defesa ou de oposição.

Embora, situe as análises de HABERMAS⁶⁵ e de TOURAINE¹¹⁷,

como abordagens "estruturais" a posição de MELUCCI⁸² aproxima-se bastante desse segundo autor.

Para MELUCCI⁸², as dimensões estruturais explicam o "porquê" dos movimentos sociais, restando ou importando a explicação ao "como", ou seja, da forma com que cada "movimento social" situa, dentro de um conjunto de oportunidades e coerções, a interação de objetivos, recursos e obstáculos, nesse sentido, propõe uma análise "interna" dos movimentos sociais.

O trabalho de TOURAINE^{118,119,120}, partindo de uma teoria sobre a sociedade, relacionando-a com os movimentos sociais, e desta maneira, construindo uma moldura "estrutural", representaria, um esforço no sentido de construção de uma dimensão empírica-analítica, no movimento através da análise do nível de ação de seus atores.

Torna-se importante portanto destacar no trabalho desse autor¹¹⁹, a existência de uma teoria dos "movimentos sociais", e a construção de um método, a intervenção sociológica.

O sentido estrutural, presente na análise de TOURAINE¹¹⁸, coloca-se através de um conceito de historicidade, entendido como a capacidade que uma sociedade tem de produzir suas orientações sociais e culturais, ou a capacidade de uma

sociedade produzir-se a si mesma. . Essa produção social, é por sua vez, animada por atores. Esses atores situaram-se em cada tipo de sociedade em torno de conflitos centrais que encarnavam as orientações culturais dessa sociedade.

Dentro dessa perspectiva, na sociedade industrial, as classes sociais e os atores derivados da construção desse modo de produção, desempenharam uma ação, em que se tornava central a decisão sobre a organização técnica da produção e a apropriação de seus bens. Esse conflito dava-se, entretanto, em torno de um mesmo modelo cultural, qual seja, o da sociedade industrial.

Nas sociedades coloniais, os movimentos de libertação nacional definiram por sua vez, o caráter de lutas nacional-desenvolvimentistas. Os "novos movimentos sociais" seriam resultantes de um novo tipo societal, definido pelo autor, como sociedade pós-industrial, em que os conflitos se generalizaram.

As condutas dos atores sociais, por sua vez, assim como sua capacidade de estabelecer um "movimentos social" dependeriam da profundidade de sua ação em direção aos sistemas de ação organizados na sociedade.

Um primeiro nível de ação corresponderia ao sistema organizacional", plano dos aspectos normativos e

administrativos da sociedade, onde questões como um conflito salarial se colocariam.

Acima do "sistema organizacional", definir-se-ia como marco analítico, o "sistema institucional ou político", que equivaleria as instituições e as normas, leis, condutas políticas existentes. Um movimento social que reivindicasse ampliação de direitos inscrever-se-ia, para efeito de análise, nesse contexto de ação.

Por fim, e para estabelecer a capacidade de ação de um movimento sobre a sociedade, definir-se-ia o plano do "sistema propriamente social ou histórico" que corresponde à mudança de orientação da própria sociedade. Esse último plano seria exemplificado por movimentos que rompendo o sistema institucional existente, imprimiriam uma nova direção à sociedade.

A título de exemplo, mesmo incorrendo em linearidades e reduções, essas dimensões em termos dos "movimentos sociais em saúde pública" pode-se citar que aqueles que demandam a extensão dos serviços ou a mudança contratual dos trabalhadores em saúde estariam inscritos no plano organizacional; a mudança constitucional e a prioridade ou o monopólio público estatal na gestão e organização da saúde, pode colocar-se como dimensão política e finalmente no terceiro plano estariam movimentos que mudassem a orientação

social de ação sobre a saúde, tal como uma nova forma de relação entre homens e meios naturais conforme a ecologia, ou a ênfase na informação, no auto-cuidado e na existência dos serviços de saúde, entendidos como modalidade de complementação à informação e não como consumo.

Partindo da experiência de trabalho com movimento sindical e operário, considerado o ator central da sociedade industrial, essa proposta metodológica, foi sendo aplicada ao estudo dos outros movimentos sociais durante os anos setenta: militantes anti-nucleares, movimentos regionais, estudantis, feministas, o terrorismo, etc., foram estudados a partir de um método desenvolvido para análise dessas formas de ação coletiva. A análise da sociedade e de seus atores é proposta na medida em que essas se aproximem ou se distanciem de um projeto de movimento social.

Em trabalhos mais recentes, desenvolvidos a partir das experiências de "discriminação social" e "desemprego" em populações de países europeus, procuraria-se demonstrar que determinados comportamentos ou condutas, expressariam a ausência de "movimento social". Trata-se de comparação entre áreas que desativaram suas indústrias e portanto passaram a manter um contingente populacional desempregado, mas que possuíam como herança cultural a experiência do "movimento operário" como movimento social; e de outras regiões em que inexistia esse tipo de tradição de conduta.

Nessa segunda situação, em que se realizou uma investigação sobre os "jovens discriminados e marginais da periferia parisiense", "o enfraquecimento do movimento operário, de suas representações, de suas utopias e de seus conflitos, a ausência ou a fraqueza de novos princípios de ação, deixaram os jovens das classes populares face a um sentimento de dominação que não traduz "sentido" pois que, do ponto de vista desses indivíduos, essa denominação não se cristaliza em torno de nenhuma relação social definida nem de qualquer representação estruturada da vida social". (tradução nossa)

Essa citação, procura demonstrar que ações e condutas sociais se estruturam a partir de referências societárias, e que essas se dão a partir de relações definidas e de uma representação da vida social que se forma por identidade ou oposição.

Essa acepção dos movimentos sociais, procuraria recuperar a tradição sociológica e incorporá-la a dimensão de uma sociedade em que os atores centrais, quais sejam o movimento operário e seus interlocutores sociais, deixariam de ocupar a cena da sociedade. Tratar-se-ia de investigar as condutas e formas da sociabilidade resultantes.

A referência, aos "novos movimentos sociais" e à ampliação do espectro dos conflitos sociais, teria causado, em um

primeiro momento, um certo otimismo em relação aos novos atores sociais, e sua capacidade de intervenção e mudança sobre a sociedade. Os estudos empíricos realizados não comprovariam entretanto essa dimensão, possibilitando, por outro lado, um referencial de análise e um método de observação da realidade.

2.6. A Produção Teórica no Brasil: dos movimentos aos atores sociais

O interesse pelo tema dos "movimentos sociais", na produção teórica brasileira recente, desenvolveu-se a partir do tema dos "movimentos sociais urbanos".

O tratamento teórico dessa questão baseou-se em paradigmas que colocavam questões estruturais da sociedade como geradoras das ações coletivas. O "Estado autoritário", "a produção capitalista da cidade", as exigências de "acumulação do capital" aparecem na origem das "demandas urbanas" e das lutas por melhoria das condições de vida^{85,87}

Essa produção vinculou-se - num primeiro momento -, de forma mais explícita, às questões e conjuntura do final da década de 70 e do início dos anos 80, conhecida como "transição democrática". Pode-se dizer que refletia aspirações e busca de interpretação de atores sociais que se envolviam nesse processo.

Textos produzidos a partir dos anos 70¹¹⁰, iniciam por uma "descrição e constatação da desigualdade" e das condições de vida. A seguir passariam a revelar um "otimismo" em relação ao movimento social, como manifestação de mudanças sociais. Momento em que, essa literatura que traduzia a possibilidade, desses, de "os movimentos sociais" cumprirem um papel de redemocratização e diminuição da desigualdade social.

A valorização dessa temática na literatura das ciências sociais no Brasil, desenvolveria também uma reflexão crítica sobre seus limites e possibilidades enquanto processos sociais, reflexão que também apontou para o contato com outras concepções teóricas, e a uma discussão conceitual. Como a introdução de conceitos como os de "atores sociais" atores e a problematização de paradigmas conceituais tradicionalmente utilizados como "classe social", "Estado", "mudança estrutural".

O desenvolvimento teórico gerado por essa reflexão apontou para dois níveis de problema:

1. A necessidade tanto de situar e contextualizar o conceito longamente utilizado de "movimento social" designando processos os mais variados, como de analisar seus limites e possibilidades de implementar mudanças nas esferas de vida

da sociedade.

2. A discussão e crítica dos paradigmas teóricos e dos conceitos utilizados na descrição dos processos sociais, através da abertura e diálogo com correntes do pensamento contemporâneo. Dessa reflexão surgem redefinidos conceitos de "atores sociais", "ator coletivo", "sujeito coletivo"¹⁰⁹, mas reflete também, um outro nível de problema; ou de uma polaridade metodológica, que mesmo sendo reconhecida e explicitada na produção teórica, antes de se dar por resolvida, reflete distintos interesses de análise sobre o tema.

No plano das áreas de abordagem e do tratamento dado à questão destaca-se:

1. A relação dos movimentos sociais com a democracia e sua possibilidade de institucionalização²⁰;
2. Movimento social como demandas públicas e sua relação com a burocracia estatal⁷⁰;
3. Movimento social como "movimento popular", que pressionaria para realização da ação do Estado¹²²;
4. Movimento enquanto busca de uma identidade comunitária para participação pública³⁷;

O interesse por uma abordagem "institucional" foi o foco do trabalho de BOSCHI²⁰. Esse autor explicita uma crítica metodológica à produção teórica brasileira sobre os "movimentos sociais" destacando a elasticidade dos temas e dos conceitos utilizados e a subestimação das formas e processos institucional da sociedade, quais sejam: o Estado, os partidos políticos, o processo eleitoral, as associações civis. Situa portanto como problema de análise o da capacidade das "coletividades", ou das ações coletivas, em "remodelar as instituições e consolidar canais duradouros de participação e representação de interesses"²⁰ O problema situado pelo autor refere-se a uma polaridade entre movimentos e formas de ação coletiva de um lado, e a instituição, ou institucionalização de suas propostas.

Esse problema coloca-se também em resposta as maneiras de tratamento dadas ao tema dos movimentos sociais por trabalhadores que colocavam como elementos centrais de suas análises, a espontaneidade e a autonomia dessa forma de ação coletiva, como o fato "novo" desses processos.

Além disso, BOSCHI²⁰ parte de premissas conceituais, em que define "institucionalização" como resultado ou expressão da lógica de ação coletiva, a medida em que demanda objetivos comuns e realiza uma associatividade. A instituição, como regularidade refere-se desse modo a uma consolidação de

conteúdos, que são gerados pela ação coletiva.

Uma segunda premissa colocada pelo autor é a de que, no Brasil, as instituições são instrumentos de mudança social e ao mesmo tempo que conservam o "status quo". Ainda que, contendo um grau de generalidade, essa afirmação é coerente com a questão colocada: a de que o grau de liberdade, ou de democracia; não se dá por si mesmo, mas por referência à manipulação das normas internalizadas.

Essas colocações definem um certo grau de ceticismo em relação ao conteúdo "novo" dos movimentos, e os definiriam, ou proporiam sua definição vinculados a um contexto institucional específico. O autor coloca-se o problema da importância da análise das ações coletivas em diferentes contextos. Pressupondo, assim, que uma natureza distinta para a ação: quer ela seja realizada em sociedades com tradição e prática democrática - entendendo-se como tal a prática da representatividade - quer ela ocorra em sociedades carentes dessa construção institucional: estruturas, práticas e formas que garantam a associação e a representatividade.

A definição dos "movimentos sociais" não estaria traduzida pela "autonomia", mas por constituir-se a partir de grupos heterogêneos de participantes e expressar ou associar-se em torno de questões também diversas: da qualidade de vida das áreas urbanas, à preservação do meio ambiente ao

congelamento das armas nucleares. Ou seja, aspectos ligados à "localidade" e ao espaço vital comum compartilhado.

No caso do Brasil, BOSCHI²⁰, adotando a comparação estabelecida no contexto internacional que associam movimentos ao aumento de educação dos cidadãos - considera a existência de um movimento de cidadãos - com a expressão de setores de profissionais de "classe média", que possuindo uma retórica autonomista, pauta-se por uma ação muito mais de caráter reivindicatório e depende do Estado como regulador de suas demandas. Por outro lado, chama atenção para a extensão que o conceito de "movimentos sociais urbanos" adquiriu - englobando desde manifestações espontâneos como "quebra-quebra" às formas mais organizadas de luta de bairro.

O contexto das formas de ação coletiva empiricamente investigadas pelo autor referiu-se aos movimentos de classe médias: - movimento de bairro na Zona Sul do Rio de Janeiro e as associações profissionais e sindicalismo de classe média. Como conclusões esse autor destaca que, embora voláteis e motivados por fatores conjunturais; os "movimentos sociais" poderiam concretizar a emergência de interesses que superassem a esfera de uma ação individualista, contribuindo para consolidar a assim chamada "cultura cívica".

JACOBI⁷⁰, ao analisar as demandas por saúde e saneamento em São Paulo, registraria em primeiro plano a necessidade de rever a visão tradicional do "Estado autoritário" na qual desenvolveram-se as interpretações dos movimentos urbanos no Brasil.

A idéia da "ausência de canais" de participação que levou a interpretação das manifestações espontâneas, compartilhada em finais dos anos 70, poderia ser tomada a idéia da ausência da democracia como instrumento bloqueado de participação exposto anteriormente.

Esse autor destacaria em seu trabalho de 1989⁷⁰, descrevendo as análises de OFFE⁸⁹ sobre o Estado; a necessidade de considerar o plano da intervenção estatal no Brasil, como portador de uma complexidade não considerada pela análises realizadas.

O padrão de intervenção do Estado, caracterizado em vários níveis: condições de vida, grandes obras, etc., traduziria, também a presença de "novos setores burocráticos", "indutores de demanda". Esse setor burocrático abrangeria um contingente de técnicos sensíveis à população.

No caso da demanda pela expansão da rede básica de saúde exposta pelo autor⁷⁰, o Estado acabaria por reconhecer os movimentos sociais, tornando-se mais flexível a seus

interlocutores, sem entretanto, modificar ou comprometer sua política centralizadora e sua capacidade de financiamento.

No outro polo, analisa a dinâmica interna desses movimentos a partir da existência de "articuladores sociais" que trabalhariam com os temas da carência e da necessidade da população como elementos para a idéia de transformação social.

A análise empreendida citaria ainda a relação entre as "contradições urbanas"⁸⁵, que, como conceito foi utilizado nos trabalhos sobre o tema dos movimentos sociais ainda na década de 70; e o movimento social.

JACOBI⁷⁰ destacaria o papel dos "articuladores sociais" na formação de noções de cidadania, justiça e identidade entre as "classes populares", situando que a presença da precariedade, ou seja, da carência e da necessidade não resultariam por si só em movimentos coletivos. O tema dos movimentos sociais urbanos suporia a existência de uma base social, dada pela segregação espacial da cidade, associada a uma dimensão do cotidiano, as condições de moradia, a dificuldade de acesso aos serviços, juntamente com o trabalho de "articuladores sociais" e a busca de uma identidade comum que se voltaria para a transformação da realidade. Ressalta ainda que a capacidade dos movimentos, apresenta diferenças, que descartariam uma visão ideológica

da unificação. No caso dos movimentos por saneamento, ou seja, por abastecimento de água, a pressão sobre o Estado fez-se em um sentido muito mais instrumental, de obter o atendimento à demanda, do que visando mudanças da sociedade.

Enquanto a análise do "movimento de saúde" teria mantido um maior nível de participação, contrapondo-se a formas tradicionais de mobilização.

A análise interna dessa identidade participativa dos movimentos dos bairros que transcendiam a obtenção da demanda imediata compartilha a análise de DURHAM³⁸ sobre a formação de uma identidade comunitária para formação de sujeitos na esfera pública.

Esse modelo apresentaria um nível de coesão e democracia interna, resultante das formas de organização correlacionadas, tais como as CEBs - Comunidades Eclesiais de Base; em que uma decisão só seria tomada se aprovada pelo consenso do grupo.

Essa prática de organização desempenharia ao mesmo tempo que um elemento de fortalecimento comunitário para representação pública, uma resistência a interlocução com outros atores públicos, quer sejam as formas institucionalizadas de participação, quer sejam os partidos políticos.

A perspectiva de VALLA¹²² da "participação popular" em saúde discrimina a diferença entre a concepção da "participação da vigilância" que ocorreria em países do primeiro mundo com uma cidadania da "sobrevivência", da escassez que caracterizaria a forma de participar no Brasil.

No primeiro caso, os cidadãos "negariam" seus governos para garantir a continuidade dos serviços públicos, como o caso da saúde. No Brasil, grande parte da população estaria "descoberta" pelos serviços. O "movimento popular" seria concebido como um instrumento de pressão no sentido de exigir a dotação de serviços para "sobreviver". Destaca-se ainda que, a noção de direito deve ser mudada, da forma atual do "eu pago, tenho direito", baseada em referência ao mercado, para uma noção de cidadania inerente ao ser humano.

Em termos da abordagem da questão da cidadania cabe lembrar o tratamento deste tema por autores como DA MATTA³¹ que desde o domínio da antropologia e nesta baseando-se na tradição de teorias sobre o "movimento individualista" nas sociedades ocidentais, realiza uma descrição da sociedade brasileira a partir de uma noção tradicional, voltada para a organização hierárquica e patriarcal da sociedade, que "vazaria" os princípios gerais de cidadania como noção de direitos iguais.

2.7 . Conclusões.

Em síntese, as linhas de pensamento expostas, que interpretam a sociedade , o Estado e os movimentos sociais, dão conta de:

1- uma tendência à autonomia - de grupo, de classe, de indivíduo; frente às estruturas : Estado, sistema, ciência e técnica. Essa postura abre espaço para a discussão pública sobre a legitimidade das ações institucionalizadas, sejam elas legitimadas a partir do Estado, da ciência ou da tradição. Entre essas pode-se situar a saúde, como técnica, instituição ou padrão de normatividade.

2- Uma crítica à instrumentalização das ações estatais, que subordinaria as ações sociais à ação política ou a interesses econômicos corporativos. Nesse sentido também uma crítica à possibilidade de o Estado gerir a manutenção dos interesses capitalistas e a estabilidade e ampliação de um Estado do Bem Estar Social.

A reivindicação igualitária deixa de basear-se em critérios exclusivamente econômicos, ou produtivos para expressar-se como "direito". Direito ao serviço, às chamadas "indenizações compensatórias" e, no seu grau mais elevado, direito à integridade do outro, no sentido da universalização do respeito político e social às diferenças e à diversidade.

3- Uma linha de interpretação do "ator social" ou dos "movimentos sociais" como portadores de um sentido autônomo, que pode ou não se expressar além do caráter instrumental da ação, ou se elevar do plano do conflito organizativo para interferir no modelo cultural de uma sociedade.

4- A construção de um novo significado para a esfera pública, que mais ampliada do que o espaço estatal, seja a garantia de autonomia para os atores expressar-se , livres de constrangimento, e apresentarem receptividade para a construção de uma razão compartilhada.

5- A idéia de representatividade e de uma relação entre o aparato jurídico político do Estado e os Movimentos Sociais, como forma de desenvolvimento do Estado democrático participativo.

Com respeito à produção nacional sobre "Movimentos Sociais", encontra-se :

1-uma linha que investiga formas de institucionalização dos movimentos sociais e sua contribuição à democratização da sociedade.

2-os movimentos como demandas que, se expressam, também, no interior da burocracia estatal.

3-os movimentos como portadores da transformação da sociedade, tanto simbólica como instrumentalmente.

Ainda ressalta-se que, o tema dos movimentos sociais também contribuiu para a construção de novos métodos de análise no interior da sociologia.

CAPÍTULO 3

Trabalho de Campo e a Pesquisa Social

Neste trabalho, de acordo com o objetivo proposto, procurou-se utilizar de várias técnicas para construção do "painel" em que os atores sociais se movimentam, e tomam sua conduta.

O termo "ator social" foi utilizado: em primeiro lugar destacando o seu uso já clássico na literatura sociológica, segundo por definir-se em relação a um universo que extrapola a "ação do indivíduo" e que se coloca no plano das condutas e construção de ações na sociedade.

A utilização do termo foi proposta contemporaneamente por TOURAINE¹⁰⁷ através do raciocínio da "construção da sociedade", a partir das ações coletivas, ou o conflito em torno do modelo cultural da sociedade. Essa abordagem contrapõe-se a concepção do termo "ator" também utilizado pelos interacionistas simbólicos, que desenvolvem uma teoria da ação social desligada do contexto da sociedade. Nesse caso, a ação carece de historicidade.

O termo "ator social" , embora preserve um sentido coletivo enquanto forma de ação sobre a sociedade, oferece uma conotação distinta da de "classe social", que pressuporia um campo e um nível determinado de ação.

Como início do trabalho, tinha-se como referências alguns acontecimentos: a existência de greves, concentrações públicas, na área da administração pública, no setor de produção do município, especificamente no ramo metalúrgico, por um lado; e o conhecimento de organismos de "participação" da população, existentes nos bairros e em formação junto ao poder executivo local.

A procura desses "eventos" foi a primeira pista para localização dos atores, que a primeira vista pareciam ter uma identidade entre si. Idéia que foi tornando-se falsa, a medida em que se aproximava dos atores e obtinha-se informações.

A pretensão inicial em realizar uma investigação "coletiva", como a proposta pela "Intervenção Sociológica" resultou de difícil implementação dado: a atorização dos atores, e a necessidade de trabalho de vários pesquisadores como "analistas".

Optou-se, dessa forma, pela observação participante de eventos públicos e de outras formas de participação ; e a

entrevista com os "atores sociais" que através desses meios se tornaram acessíveis ao pesquisador.

O problema da identificação desses atores com o pesquisador, pela observação de sua presença nesses locais, bem como as versões emitidas através de discursos, foram tornando-se mais claras a medida em que se realizavam as entrevistas, lia-se documentos, recebia-se informações.

O trabalho não pretendeu ser um estudo de caso, pois características dos atores identificados, bem como aspectos relacionados com o "movimento" e a "participação" dizem respeito a temas sociais do Brasil contemporâneo, entre eles a melhoria da qualidade dos serviços, de saúde e educação, bem como o aumento da qualidade de vida da população brasileira.

3.1. Descrição do Trabalho de Campo

A pesquisa de campo foi realizada durante o período de junho de 1990 e junho de 1991.

Durante este período foram realizadas, em média, duas visitas semanais ao Município de São José dos Campos, excetuando-se os meses de dezembro de 1990 e janeiro de 1991.

Como procedimentos de pesquisa utilizaram-se da observação participante em reuniões e eventos; entrevistas abertas e registros de observações de campo.

A "observação participante" foi a técnica inicial de trabalho, correspondendo à época em que ocorreu um movimento de paralisação dos serviços públicos de saúde e seguiram-se assembléias e manifestações públicas.

Nesse período que se estendeu de junho a julho de 1990, procurou-se participar de algumas dessas manifestações e assembléias. Esse contato inicial, tornou possível a realização de entrevistas posteriores com atores que participaram do movimento.

Em seguida procurou-se participar em reuniões do Conselho Municipal de Saúde - órgão criado, de caráter consultivo, para administração dos serviços públicos de saúde do município.

A partir daí, entrevistou-se também participantes deste Conselho. Entrevistaram-se também outros atores dos serviços que não estavam diretamente ligados a essas instâncias de participação.

Em um segundo momento realizaram-se entrevistas com participantes do sindicato.

Por último, realizaram-se visitas e entrevistas com atores sociais do município.

Em relação a esses últimos, os atores sociais, entrevistaram-se pessoa que estavam vinculadas à participação em "movimentos de bairro", "núcleos de saúde" e outras pessoas que não teriam nenhum tipo de participação instituída.

Ainda foram feitas observações a reuniões ocorridas nesses últimos locais.

Desse modo, o trabalho de campo centrou-se em três espaços:

1. Administração municipal, suas esferas participativas e atores dos serviços de saúde;
2. Sindicato, militantes e trabalhadores da indústria;
3. Bairros, atores locais e domicílios.

Durante esse período realizou-se o registro de 26 entrevistas individuais, 8 entrevistas coletivas e a participação em 16 eventos públicos: reuniões, assembléias, passeatas, atos públicos etc.. Além disso foram realizadas cerca outras dezenas de visitas ao município, nas quais, de uma forma ou de outra se apontaram fatos e diálogos que serviram de referência aos dados registrados.

As entrevistas individuais e grupais foram gravadas e posteriormente transcritas.

As observações de campo foram registradas em cadernos, na forma de "diário de campo".

Coletou-se ainda informações a partir de 39 documentos diversos: panfletos, boletins, artigos mimeografados, relatórios, pautas e atas de reuniões.

Durante as entrevistas não se utilizou de roteiro formal, mas procurou-se de maneira coloquial, apresentar-se como pesquisador, com interesse nas questões sociais e sanitárias do município, realizando trabalho de caráter acadêmico, em faculdade em São Paulo.

Com essa apresentação, alguns entrevistados passavam a atuar de maneira didática, como se comunicando com um entrevistador distante do local. Em outros casos o entrevistado demonstrava buscar uma identidade no sentido da crítica ou da ação.

Em seguida, solicitava-se ao entrevistado que falasse sobre a sua ação na área de saúde, seguindo-se ao relato de suas experiências anteriores.

Em se tratando de outra esfera - a sindical -, os "movimentos do bairro" inqueria-se a respeito das reivindicações, da participação, do ambiente de trabalho e da "experiência" com a saúde de uma maneira ampla, deixando

em aberto os temas que interessassem. Em seguida inquiria-se a respeito de dúvidas, detalhes, problemas possíveis de ocorrerem em relação aos temas tratados ou as ações desenvolvidas.

Nas entrevistas realizadas com "atores heterônomos" - aqueles que não possuíam vínculos diretos com formas publicamente instituídas de participação, o tema proposto era o da saúde, deixando em aberto as respostas e em seguida dirigindo para alguns pontos, como a participação, os serviços, o ambiente.

Em todas as entrevistas finalizava-se deixando em aberto ou solicitando uma nova entrevista caso fosse necessário complementar informações.

Nas reuniões e eventos com maior número de pessoas não se apresentou-se formalmente como pesquisador, isso só ocorria caso solicitado por outro participante. Nas reuniões menores a apresentação era feita inicialmente, como forma de registro optou-se pelo uso de um "caderno de campo", no qual foram anotados tanto as entrevistas como as observações de outros eventos. Nesse caderno registraram-se as datas e o local da entrevista. Os registros eram feitos tanto durante como após as situações de campo.

Nas entrevistas notou-se algumas vezes a mudança da performance dos entrevistados. De maneira geral a entrevista adquiria um tom mais formal, com respostas menos espontâneas, quando o registro era feito simultaneamente à entrevista. Quando se fechava o caderno e se passava para uma situação menos formalizada de entrevista, havia maior disposição para "fala" mais diretas e confidenciais.

Como fator problema em relação ao trabalho de campo, nota-se o fato deste não ter sido realizado como atividade exclusiva, tendo sido entremeado com outras atividades do pesquisador.

Essa situação, porém, se limitou o tempo para registros mais sistemáticos e contínuos das observações de campo, tornou possível a extensão do trabalho por um maior tempo. Em relação a esse último fator, observa-se que resultou como variável importante, pois o maior tempo veio possibilitar maior exercício de autonomia frente aos fatos. À medida em que se dava a exposição ao campo havia o risco de identificar-se com fatos, atores, problemas emergentes, essa susceptibilidade foi maior nos dois primeiros meses da pesquisa.

O afastamento, diário, semanal e por dois meses durante esse período possibilitou que se elaborassem novos dimensionamentos acerca dos fatos observados, tornando-os

menos gerais e únicos e mais particulares e observáveis quando situados no plano de uma reflexão mais ampla. Ou seja, a cada visita obtinha-se uma cena e alguns textos a respeito do cenário, que se tornava mais estranho e dilatado à medida em que se distanciava dele. Como exemplo, pode-se citar a própria observação do movimento de greve no setor público de saúde. No momento inicial, em que ocorriam manifestações coletivas, destacavam, como em um ritual, a perspectiva de mudança e inconformidade. O mesmo não ocorreu nos meses seguintes, em que os depoimentos continuavam críticos, porém mais avaliativos em relação às suas perspectivas. Além disso, a própria reflexão a propósito dos temas e problemas observados foi desenvolvendo-se durante esse período.

TRATAMENTO DOS DADOS COLETADOS

O material registrado, contido, em sua totalidade, em dois "cadernos de campo", foi dividido em categorias segundo o ator entrevistado e sua esfera: atores dos serviços e de suas esferas participativas, atores sindicais, atores de bairros e atores heterônomos.

A partir destas categorias de entrevistados, passou-se cada uma das entrevistas para uma "ficha" colocada em divisões de uma pasta com catalogadores plásticos.

Nessas fichas resumiam-se os registros agrupando-os segundo eixos temáticos encontrados. A partir desses eixos eram feitas observações sobre os temas: fatos relacionados a eles já mencionados em outras entrevistas, alusões diretas ou indiretas encontradas durante a "observação" de campo assim como, referências para análise do material.

O "material de campo" foi assim considerado como elemento de análise. Desse modo as experiências observadas ou relatadas foram tomadas como um conjunto de significados que se tornaram índices para o trabalho analítico. Como outra referência complementar à análise utilizaram-se documentos e registros jornalísticos.

Como procedimentos de análise, reconstruiu-se como registro os depoimentos, falas, anotações, documentos. Esses foram em seguida classificados de acordo com os diferentes tipos de atores: sindicato, funcionários dos serviços de saúde, representantes, etc.. A partir dessas categorias montou-se uma classificação temática que serviu de base ao texto apresentado nesse trabalho.

A intenção dessa análise foi a montagem de uma abordagem de tipo painelistas, que organizou o resultado de observações e registros realizados através do tempo a partir de categorias de atores, tendo como cenário o processo observado durante o ano de 1990.

3.2. Discussão dos Procedimentos de Pesquisa

Entre as tendências metodológicas que podem ser observadas na pesquisa em ciências sociais nas últimas décadas, que tem se desenvolvido em termos múltiplos e diversos, está a revalorização do trabalho de campo, do "qualitativo", do singular como momento de apreensão do geral.

Essa tendência aparentemente se apresenta como uma revalorização do método antropológico, da etnologia frente aos procedimentos ditos sociológicos. Ou, apresenta-se ainda de forma menos elaborada como uma necessidade do "qualitativo" frente ao quantitativo, essa expressão inclusive assimilada na própria área de saúde pública.⁴¹

Falar de "antropológico" frente a "sociológico", ou de "qualitativo" frente a "quantitativo", reflete antes uma discussão exterior, ou apenas sintomática em relação a discussão metodológica apresentada nas ciências sociais, que inclusive, não pretende esgotar ou tomar como tema principal nesse capítulo. Antes, a apresentação dos sucessivos capítulos nesse trabalho representa uma tentativa de resolução formal frente a territórios que provocam discussões múltipla e cada vez mais diversas. Antes, também é a tentativa do autor de realizar uma mínima organização,

que é própria, da discussão e das informações registradas durante um período de tempo, sem tomar essa experiência como o próprio método.

A aparente oposição, entre qualidade e quantidade ou técnicas mais qualitativas, tem levado, particularmente em pesquisas de que se teve conhecimento, a partir da década de 80, no campo da saúde ou da educação popular, a um descolamento dos planos de ação e de conhecimento.

Antes, apresentam-se sem discriminação, orientações originalmente fenomenológicas, estruturalistas, e etnográficas.

O problema da multiplicidade ou do grau de liberdade na opção metodológica que se apresenta como uma tendência contemporânea, tem admitido a utilização de diferentes modalidades de técnicas e a ensaios metodológicos singulares. Fatos que são conscientes e explícitos pelo investigador, que toma como princípio a construção do conhecimento, com uma lógica própria e coerência.

Essa transitoriedade da Pesquisa Social, expressa as tendências de pensamento contemporâneo.

A valorização do individual e do particular expressariam a tendência à crítica da razão enquanto "estrutura" de

explicação e ao mesmo tempo a própria falência dos modelos generalizantes, das instituições e seus programas, da técnica, em se ocupar de problemas da vida cotidiana.

Por outro lado, a verificação das tendências gerais estavam apontando para o movimento das forças, das "opiniões" na sociedade.

Nesse caso, tendências de pensamento na pesquisa social têm apontado para uma multiplicidade de técnicas e para diferentes combinações entre elas, de acordo com o problema e o método de enquadre escolhido.⁹⁵

Ainda pode-se lembrar de tendências, tais como foram apresentadas, de maneira descritiva por CALDEIRA²⁴, denominadas de "pós modernidade na antropologia", que tendem a colocar o autor/investigador como um grande painelistas. Ele organiza o texto, e nele apresenta as fala e as descrições, múltiplas dos entrevistados, documentos, etc., recolhidos em seu trabalho de campo. Logo, predominando a "polifonia" em lugar do monólogo do autor.

Essa tendência apresentaria algo de semelhante, guardadas as proporções e áreas a que são aplicadas, a razão da "multiplicidade de suas vozes", conceito introduzido por HABERMAS⁶⁰ para demonstrar a sua proposta teórica da "razão comunicativa", ou seja: o conhecimento, a verdade, a

veracidade que se realizam a partir da ampliação do círculo e da garantia de acesso e vozes dos múltiplos interlocutores.

Não foi pretensão desse trabalho e nem é o caso de um trabalho aferrar-se de maneira cerrada às orientações ou conceitos que enfeixam propostas metodológicas.

Se uma analogia pode ser traçada em relação a essas tendências topicamente citadas, isso se traduz na busca dos "atores na saúde" no contexto de campo: de onde coletou-se material, entrevistas, reuniões coletivas, conversas, etc.

Em certa medida, essas manifestações "guiaram" a pesquisa através do rastreamento que todo pesquisador faz em campo. E o material coletado, então, é índice, guardadas a proporção e os limites do período de tempo, de expressão dos próprios atores investigados.

3.4. Desenhos de Pesquisa e Contexto Interativo

A questão da entrevista traz no seu contexto os problemas referentes a intenção entre dois sujeitos e, portanto, no domínio de uma ação interativa.

Como ação interativa entre dois sujeitos e relação de investigação entre um pesquisador e seu entrevistado/observado há que se levar, em conta uma duplicidade dessa relação.

Em um plano ocorrem situações inerentes ao contexto das relações interativas ou performáticas⁶¹, tal como, a relação cotidiana entre sujeitos. Esta prende-se a questões como a concordância entre avaliações e padrões, normas e comportamentos, autenticidade e sinceridade⁶¹.

Enquanto pesquisador, a interação existe enquanto busca de veracidade. Essa mesma busca destaca uma qualidade diferente entre os dois sujeitos: o que se coloca como aquele que tem como objetivo saber algo, e aquele que se vê na situação de dizer algo supostamente reproduzível, factível de registro e, portanto, ter sua fala, valores, ação traduzidos por outro sujeito.

Verifica-se que desde a sociologia clássica esse problema coloca-se como fundamental: a questão de análise e da interpretação da ação entre sujeitos, na qual está o investigador ele mesmo no plano da ação e interação dos sujeitos.

Essa qualidade da investigação sociológica colocou problemas que foram responsáveis pelo próprio desenvolvimento da reflexão metodológica da área.

Foram este nível de problemas, o da observação e das técnicas de abordagem das relações sociais que se expressa na produção dos clássicos e a partir disso o desenvolvimento de teoria e método e enquanto dados: os clássicos utilizam-se do estatístico, do documental histórico, do inquérito, da observação.

A procura por metodologias que desenvolvam conhecimento e novas perspectivas no contexto da relação entre os atores dos serviços, os atores que demandam e as coletividades, levou a contatos com experiências metodológicas interativas.

Dessa forma, consumou-se "uma experiência de pesquisa participante"² que desenvolveu conhecimento a partir de contextos interativos, ao mesmo tempo em que procurou especificar a ação do ator da investigação, como ação de natureza diferente daquela perseguida pelos atores, mas em momentos interativos - próxima - participante.

Essa aproximação possibilitou que elementos como a autenticidade, a discordância/concordância quanto às condutas, o repertório de valores, opiniões, tivesse um

campo solidamente constituído através de uma relação mais longa e duradoura. Assim, validou-se a veracidade.

Por outro lado, a proposta de fazer uma pesquisa em conjunto, com uma população próxima à investigada - o grupo de atores com os quais se trabalhou eram próximos da população investigada, possibilitou a realização de entrevistas em que a obtenção dos dados - procura da verdade, e existente na ação de pesquisa, pudesse ser discutida e analisada juntamente com o contexto interativo-patrimônio das relações entre os atores da pesquisa, entre seus vizinhos e iguais - moradores do bairro e participantes de cotidianos semelhantes.

Na pesquisa realizada em São José dos Campos, a observação geral inicial, que estabelece os primeiros contatos foi sucedida de entrevistas que, por sua vez, foram delineando novos quadros, redesenhados a partir de novas observações, frequência a reuniões e novas entrevistas.

O cruzamento do material de entrevista com a observação de campo foi um procedimento que possibilitou as inferências para análise.

Técnica semelhante a denominada "triangulação" referida por autores que sistematizaram técnicas de análise qualitativa. Esse procedimento corresponderia a combinação de técnicas

para estudo de um mesmo fenômeno. A convergência de vários níveis de observação traduziria a "validade" da investigação.^{13,61}

Se a preocupação da "triangulação" corresponde a de validade, enfatiza-se que a continuidade do trabalho de campo, que "observava" dados, antes, durante e após a entrevista possibilitou, como foi dito, a construção de "nova verdades", mais verossímeis de acordo com os fatos que iam sendo conhecidos.

Diferentemente da pesquisa participante, em que se destaca a autenticidade e a sinceridade, como resultantes de técnicas de trabalho que tornaram sistemática a interação entre pesquisadores, prestadores e atores que, em segundo momento, entrevistaram um círculo próximo de seu cotidiano, discutindo as entrevistas com o primeiro grupo; neste caso, a validade das informações era obtida através do "aumento de fontes" e de outras entrevistas.

Ressalta-se aqui que uma técnica como a entrevista, utilizada em várias situações pode possibilitar diferentes produtos que variam de uma abordagem mais centrada no individual, cotejando aspectos clínicos, como fenomenológicos; a entrevista nas quais são sondadas opiniões a respeito de temas de interesse comum, ou temas públicos.

Importante portanto é a adequação dessa técnica ao contexto mais amplo e as finalidades da pesquisa. Nesse caso, depoimentos, histórias narradas, são utilizadas como "dados". Definem-se nesses "dados" aqueles que narraram histórias ou fatos e aqueles em que se afirmava a "vontade", perspectiva, justificativa ou crítica da conduta dos atores.

Esses depoimentos/entrevistas foram em seguida reunidos a outras partes do material observado e coletados no campo para composição dos painéis, que foram divididos em diferentes áreas da participação e do movimento.

Outro dado a ser levado em consideração corresponderia aos limites de uso dos discursos obtidos como "dados".

Em primeiro lugar tomam-se todos eles como referências à realidade, feita por parte dos atores sociais, dos quais se almeja saber a conduta em relação dos "fatos" da saúde.

Em segundo lugar, tal como é possível ser verificado em entrevistas sobre relatos bibliográficos e histórias de vida¹³, observa-se em diferentes entrevistas a dominância de determinados temas, a abstração em relação a esses temas, possibilitaria a sua inferência geral.

Outra modalidade de desenho de pesquisa social é citada por WITT¹²⁷ denominando-se "painel", que corresponderia a um estudo de tipo longitudinal para estudo da opinião, atitude ou atividade de um mesmo grupo. Nesse caso o elemento destacado corresponderia a variável tempo e à comparação dos distintos planos de observação e coleta de dados dispostos nessa dimensão.

O estudo realizado pode também ser comparado a um estudo de tipo "longitudinal", em que o foco não se encontraria no desenrolar de um fato, mas no "acúmulo" de situações, informações e fatos que vão se sucedendo na situação de campo.

Nos estudos de participação e movimentos sociais, realizados no Brasil, verifica-se o uso de técnicas empíricas diferentes; mas que convergem para o desenho de um painel da realidade.

BOSCHI²⁰, utilizou material documental e entrevistas com lideranças formais de associações de bairro, realizando também sondagem com amostra aleatória para descrever o perfil dos participantes em termos da renda, ocupação, etc.

JACOBI⁷⁰ descreve a história de movimentos da periferia utilizando material documental, dados, depoimentos.

SADER¹⁰⁹ em seu trabalho sobre os "novos personagens" também utiliza-se de entrevistas, documentos, discursos, publicações, etc.

No caso da pesquisa dessa pesquisa utilizou-se portanto das técnicas já descritas no item anterior.

CAPITULO 4

O Município de São José dos Campos : aspectos demográficos, econômicos e institucionais.

4.1. Mudanças demográficas e econômicas no perfil recente do município.

O interior do Estado de São Paulo sofreu mudanças em seu perfil demográfico, urbano e ocupacional notadamente nas últimas três décadas^{49,113}.

Estas alterações ocorreram de maneira intensa no Município de São José dos Campos, de modo a constituir, em curto espaço de tempo, uma área urbana extremamente distinta da existente no passado. As alterações mais significativas ocorreram nas décadas de 60 e 70, fazendo com que as marcas, mesmo do passado mais recente não fossem mais percebidas no município. Essa expansão prosseguiu até meados da década de 80, quando as taxas de crescimento demográfico passaram a diminuir. No início do ano 90, o município ver-se-ia afetado pela recessão econômica nacional e pela crise da indústria bélica , em particular.

Altas taxas de crescimento demográfico ocorreram durante os as décadas de 1960 e 1970, devido ao componente migratório. No final desta última década, 50,15% da população de São

José dos Campos constituía-se de pessoas não naturais do município ⁴⁹.

Essa migração relacionava-se, por sua vez, com o crescimento industrial , alicerçado em investimentos internacionais e nacionais, e a participação do investimento estatal. O número de operários ocupados em estabelecimentos industriais mais que triplicou entre 1960 e 1970, passando de 4.894 em 1960 para 15.256 operários em 1970⁴⁹.

Instalaram-se no município indústrias de grande porte, predominando o setor metalúrgico. Este concentrava além de indústria automobilística, indústrias eletrônicas e de material elétrico, indústria bélica e estatais, como a Petrobrás, a indústria aeronáutica e de equipamentos militares.

Em 1985, segundo informação da seção local do DIEESE, Departamento Intersindical de Estudos Sócio Econômicos, somente o setor metalúrgico ocupava cerca de 60.000 trabalhadores, incluindo indústrias em municípios vizinhos.

Além das indústrias cabe destacar a instalação de institutos de pesquisa e de polos geradores de tecnologia de ponta, como o CTA- Centro Técnico da Aeronáutica.

Segundo dados do do Censo de 1980, no Município de São José dos Campos, comparando-se com a Região da Grande São Paulo, observou-se uma maior taxa de crescimento populacional anual, durante a década: 7,6% ao ano para o município, contra 3,6 para São Paulo e 4,5, para região da Grande São Paulo⁴⁹. Proporções semelhantes, seriam também observadas, em relação ao crescimento da PEA (População Economicamente Ativa) ; que teria crescido 8,9% ao ano, em São José dos Campos, e 5,8%, na região da Grande São Paulo⁴⁹.

Pode-se ter uma idéia do perfil da expansão do município e da categoria de inserção dos migrantes que para aí se dirigiram, observando as taxas de crescimento do pessoal ocupado em distintos grupos de atividades. PACHECO⁹³, utilizando-se de dados dos Censos Demográficos de 1970 e 1980, observou que, as maiores taxas de incremento incidiram nos grupos de "Administradores, gerentes e chefes"; "Auxiliares de Escritório, Secretários e Datilógrafos", e "Mecânicos e Torneiros Mecânicos". "Serventes de Pedreiros" (2,7%), "Vendedores de Jornais e Ambulantes (7,2%) e "Emprego Doméstico Remunerado (6,5%) ao ano. Grupos portanto, ligados ao setor gerencial de produção, e a esta diretamente. Cruzando-se os dados sobre grupos ocupacionais com tempo de residência das pessoas no município, ainda verificou-se que, no caso da migração mais recente, as maiores taxas, encontrar-se-iam nos grupos "Serventes de

Pedreiros" (35,6%) e "Emprego Doméstico Remunerado" (30,9%), seguindo-se o de "Lojistas e Caixas"(20,3%).Essas funções, terciárias e menos especializadas seriam atraídas pelo crescimento da atividade industrial em São José dos Campos.

O processo de expansão do município apontariam , no final da década de 1980 para a consolidação de um perfil urbano-industrial", bastante dinâmico, com expansão da participação dos grupos empresariais, segmentos médios e operariado de grande empresa no município.

Como consequência desse modo de expansão destacar-se-iam os seguintes aspectos:a dependência da situação estatal e investimentos industriais privados para sustentação do crescimento do município que sofreria a vulnerabilidade da situação estatal - crise financeira do Estado e internacional - diminuição da demanda de armamentos, como no caso da indústria bélica.e a formação de distintas modalidades de integração da população; com demandas e acesso diferenciado aos serviços, como o operariado da grande indústria, privada, empregado pelo setor estatal, e os demais postos de emprego.

A expansão demográfica, tal como ocorreu em outras cidades médias do interior paulista que, possuíam uma qualidade de vida urbana superior à da capital e da média nacional, passariam por um processo de "arrebentação urbana", com

comprometimento da parte de sua infra-estrutura, problemas habitacionais e crescimento da população favelada¹¹³.

Como padrão de expansão territorial da cidade, repetir-se-ia a experiência da urbanização da capital e de sua Região Metropolitana: descontinuidades na malha urbana com espaços desocupados, bairros isolados e distantes, conjuntos habitacionais e loteamentos com construções precárias, favelamento e isolamento da população de baixa renda. A partir da expansão industrial, os efeitos especulativos da exploração imobiliária, induziria à localização de loteamentos, avenidas e áreas livres para especulação futura.

Ao lado desse perfil de urbanização, que afastaria as populações mais pobres para bairros mais distantes ou, para várzeas onde instalam-se núcleos favelados, ocorre um processo de verticalização nas áreas centrais, prédios de apartamentos dirigidos a segmentos gerenciais e de classe média.

Investimentos na infra -estrutura do município, atenuariam aspectos dessa "arrebentação", sem entretanto mudar o caráter de ocupação territorial do município condicionado aos fatores acima referidos.

A ampliação da rede de água e esgoto ocorreu durante a década de 70 : a distribuição de água atingia 72,8% dos domicílios em 1970, passando para 83,4% em 1980. A rede de esgotos evoluiu de 26,1% de domicílios cobertos em 1970, para 72,7% em 1980. Expansão considerável, pois , nesse mesmo período a população duplicou, em São José dos Campos , passando de 132.482 habitantes em 1970; 276.901 habitantes em 1980)¹¹³.

Em 1990¹¹², o padrão de seus serviços havia se mantido, com 85,8% dos domicílios servidos por rede de esgotamento de esgoto e, 97,7% servidos pela rede de água, dos quais 9,7% não possuíam canalização interna, sendo abastecidos por torneira externa ao domicílio.

De acordo com a Pesquisa de Instrumentação, realizada pela Secretaria de Planejamento da Prefeitura do Município; como padrão de habitação existente, predominavam as casas isoladas, correspondendo, em 1990, a 51,4% dos domicílios, as casas geminadas, 17,1%, e os apartamentos 9,2%. As habitações consideradas mais precárias correspondiam a 10,2% do total de domicílios: 0,7% de barracos e 9,5% de casas construídas coletivamente em um mesmo lote. Quanto à instalação sanitária existente, 90,6% dos domicílios, possuíam instalações internas, 8,0% instalação externa, 1,1% tinham banheiro coletivo e 0,3% não possuíam nenhuma forma de instalação.

A distribuição de água é realizada pela SABESP, que entretanto não opera áreas que julga problemática, como bairro do "Campo dos Alemães" na zona periférica do Município - nesse caso a própria prefeitura distribui a água através de um poço artesiano. A rede de esgotos segue os limites de operação da SABESP. Este esgoto entretanto, não recebe tratamento e é jogado "in natura" no Rio Paraíba, ou em várzeas. Como o município é cercado de várzeas - banhados - espaço em que se localizam favela, áreas de plantação de arroz, ou espaço utilizado para pesca e lazer em final de semana. Por essa razão há no município focos de esquistossomose.

A Pesquisa de Instrumentação¹¹², realizada em 1990, apresentou o seguinte quadro de distribuição da renda familiar: 10,3% das famílias percebiam renda inferior a 3, 23,7% inferior a 5 salários mínimos. Outros 23,7% das famílias viveriam como uma renda estimada entre 6 e 10 salários, 16,3% entre 10 e 20 salários e, 12,3%, acima de 20 salários mínimos. Esse perfil sócio-econômico descritivo oferece limitações uma vez que, das famílias pesquisadas, 24,2% aparecem sem informação de renda. A pesquisa também não informa aspectos sobre a metodologia empregada para obtenção e tratamento dos dados.

Com respeito ao acesso de bens de consumo, a mesma pesquisa descreveria em 1990, a existência de rádio em 90,8% dos domicílios; TV a cores em 72,3% desses, e automóvel em 46,8% dos domicílios do município.

Dada a situação de crise, torna-se difícil prognosticar a manutenção, ou mudanças em relação a esse padrão para um cenário futuro. A taxa de crescimento do município desacelerou-se na última década, e essa tendência deve acentuar-se na década de 90, dependendo do rumo da política econômica nacional e da retomada de investimentos no setor estatal e privado de São José dos Campos.

Segundo dados da seção local do DIEESE, entre 1989 e 1991 houve corte de cerca de 10.000 postos de trabalho na indústria. Essa tendência pode ser atenuada caso o município consiga reverter seu padrão de investimentos, em curto prazo, e possa tornar-se um polo de prestação de serviços especializados, uma vez que possui um contingente de técnicos. Essa tendência porém não implicaria em absorção massiva de força de trabalho.

4.2 . Indicadores de Saúde.

Indicadores de saúde como o Índice de Mortalidade Infantil e a Mortalidade Geral também sofreram mudanças significativas durante a década de 70. Segundo dados da Fundação Sistema

Estadual de Análise de Dados Sócio-econômicos (SEADE), a taxa de mortalidade infantil no ano de 1970, de 84,32 óbitos por mil nascidos vivos em São José dos Campos, situava-se ligeiramente acima da encontrada no Estado de São Paulo: 83,30. Em 1980 esta taxa havia se reduzido para 29,48 óbitos por mil nascidos vivos - em São José dos Campos, contra 51,21 por mil no Estado de São Paulo. Esta redução ocorreria, de forma mais acentuada em São José dos Campos a partir do ano de 1975, atingindo o patamar 25,40 por mil nascidos vivos, em 1981. Até o ano de 1985, o município manteve-se próximo a esse patamar⁵⁰

Em relação à mortalidade geral a redução foi também acentuada - de 8,56 óbitos por mil habitantes em 1970 para 5,41 óbitos por mil em 1980 e 4,56 em 1985. Essa queda porém, deve ser relativizada devido o grande número de pessoas, em idade ativa, que migraram para o Município.

Quanto às causas de óbito encontradas, segundo dados da Fundação SEADE, observava-se em 1975, que as "Enterites e demais doenças diarreicas", representavam a principal causa de óbito, durante o primeiro ano de vida, assim como no grupo etário de 1 a 4 anos. Nos grupos etários de 5 a 19 anos e 20 a 49, o grupo das "Causas externas" encontrava-se no primeiro posto, lideradas pelos "Acidentes de veículos a motor" e seguidas pelos "Homicídios".

O registro de causas para o ano de 1985, indicaria mudança de posto para as causas de óbito para os menores de um ano, prevalecendo como causas principais, as "Outras Causas Perinatais" e as "Lesões ao Nascer". Em relação aos grupos etários de 5 a 19 e 20 - 49 anos, observava-se a permanência dos "Acidentes de Veículo a motor" como primeira causa, seguindo-se as demais causas externas.

Destaca-se que, embora tenha reduzido seu posto na importância relativa como causa de óbito infantil, as "Enterites e demais doenças diarreicas" ainda atingiria, em 1986, certo número de crianças no primeiro ano de vida. Ressalta-se também a presença dos "Sintomas e estados mórbidos mal definidos" entre as cinco primeiras causas de óbito, durante o primeiro ano de vida, indicando a existência de crianças que morreram ,possivelmente sem conseguir assistência ou, recebendo apenas um atendimento tardio.

A permanência de determinadas causas de óbitos, identificaria, a presença de condições que, do ponto de vista epidemiológico, representariam um risco diferencial. Do ponto de vista da descrição urbana do município, expressariam a condição de populações de "núcleos favelados" que existentes já na década de 70, permaneceram com as condições precárias de saneamento ambiental e

habitabilidade, ou de habitações coletivas da área central e dos loteamentos feitos pela prefeitura em área periférica.

Um outro dado a ser considerado refere-se ao acesso e qualidade dos serviços existentes para as camadas de menor renda. Em 1990 realizou-se, através de entrevistas de acompanhamento à gestantes, um trabalho que tinha, como objetivo a avaliar a qualidade dos serviços prestados à gestante na rede pública de saúde, de São José dos Campos¹². Com relação aos serviços, o trabalho refere: a inexistência de vínculos entre serviços, profissionais e gestante atendida; a despreocupação em informar tanto a respeito da história de vida das clientes como dar informações a respeito da gestação e dos riscos, o sistema ineficaz de referência e contra referência, a existência de um atendimento quantitativo à demanda sem priorizar grupos, ações, além de uma estrutura hospitalar de retaguarda insuficiente e precária no que diz respeito ao atendimento à rede pública.

Em relação aos demais grupos etários destaca-se entre as causas de óbito o grupo das "causas externas", dos "sintomas e estados mórbidos mal definidos", dessas, particularmente as mortes atribuídas aos "acidentes de veículos a motor", ocorreram, praticamente em todas as faixas etárias, nos anos destacados.

Chama atenção, por outro lado, a ausência de mudanças no perfil dos óbitos por "Causas externas", capitaneado pelos "Acidentes de Veículo a motor". Em levantamento realizado para os anos de 1986 e 1987, verificou-se um coeficiente dessa causa, respectivamente de 40,89 óbitos por cem mil habitantes e 43,95 -por cem mil. Comparando-se com o Município de São Paulo, apontado internacionalmente como uma das metrópoles de alto risco por mortes no trânsito, esses dados contrastam ainda mais por sua magnitude. No Município de São Paulo, nesses mesmos anos os coeficientes foram 28,0 e 28,2 respectivamente¹

Apesar de uma maior porcentagem de óbitos causados por choque de automóveis, os atropelamentos apresentaram altas proporções: 44,38% e 40,73%, respectivamente, se comaprados aos padrões existentes em cidades de países do primeiro mundo que investiram em equipamentos e programas para o pedestre¹. Em relação à localização dos acidentes fatais, ao contrário do que se poderia imaginar, a magnitude do número de óbitos por acidentes de trânsito não se devia a existência de faixas rodoviárias, como a Via Dutra, cortando área urbana do município. Em 1986, 72,18% e 75,26% em 1987, dos óbitos, ocorreram em via pública do município.

Os óbitos por acidentes de trânsito relacionam-se tanto ao padrão de desenvolvimento urbano: desigual, com espaços vazios, induzido por práticas especulativas, que acabam por

instalar vias que deveriam ser de alta velocidade a vias comuns, como a despreocupar-se; no desenho urbanístico com a característica de demanda de fluxos. Por outro lado, a presença de alto índice de atropelamento e mesmo os choques entre veículos apontam para, além da ausência de equipamentos de travessia, a falta de programas e pesquisa específicos quanto a hábitos e locais de travessia, tanto de escolares como de adultos, a falta de normas consensualmente definidas, que demandariam um programa de informação juntamente com implantação de equipamentos para pedestres e intervenções em aspectos específicos das vias¹.

Além disso, a presença de altos índices de acidentes de trânsito evidencia que aspirações como segurança, preservação e uso racional dos veículos não se tornaram práticas ou reivindicações dos atores da circulação urbana. O tipo de medida utilizada refere-se à instalação de obstáculos nas vias, reivindicados ou colocados pelo poder público. Ação que refere um entendimento parcial e individual do problema da circulação urbana. Detecta-se portanto, que a industrialização e modernização acelerada do município não desencadeou por sua vez, a esfera da racionalidade do circuito do tráfego, ou a passagem de valorização da cidade como aglomeração econômico-produtiva, para uma cidade do cotidiano de sua população.

Ainda uma questão resta ser exposta: o aumento recente do número de óbitos por "Homicídios". Realizou-se uma pesquisa durante o primeiro semestre de 1991 (3), obtendo-se taxas referentes a 1989 e 1990. O coeficiente de homicídios passou de 14,3% óbitos por cem mil em 1986, para 16,02% em 1988 e 19,8 em 1989. Através dessa pesquisa, que realizou entrevistas domiciliares, pode-se ter conhecimento de histórias de vida que além de descreverem uma alta mobilidade interna de grupos da população em São José dos Campos, focalizou esferas sociais não aparentes na vida da cidade. Pode-se constatar que, tanto as vítimas de homicídio como os suspeitos da agressão tratavam-se, na maior parte dos casos, de pessoas jovens, naturais do próprio município. Nos domicílios os grupos de convivência eram de famílias extensas, muitas vezes com agregados, esses localizados em zonas periféricas ou núcleos favelados. Nesses grupos haviam histórias de grande mobilidade dentro do município: mudanças de bairro, mudanças de pessoa que coabitavam com as vítimas, uniões conjugais informais, cenas de violência explícita, agressões, assassinatos de pais, presenciado pelos menores, que após o evento permaneciam nesses domicílios sem apoio ou intervenção de serviços.

Como aspectos relevantes, em relação às representações sociais, observados também na investigação sobre os casos de "Suicídios", constatou-se a presença de concepções ou valores "tradicionais" como o "machismo", o "moralismo".

O contraste entre serviços e características descritas da população apontam para a necessidade de uma reflexão sobre sua capacidade em responder problemas da sociedade ou dar-lhes o mínimo apoio. Sendo importante atentar para o fato de que uma política sócio-estatal fragmentada, que estimule a expansão quantitativa do atendimento médico, com tendência a segmentação de demanda entre serviço estatal e privado, corresponderia a uma ação limitada no tocante a: comprometimento da qualidade de ação; e ausência de ações integradas em relação a problemas complexos, como violência, droga, mortes perinatais, problemas da criança e adolescente.

4.3 Aspectos Institucionais.

As mudanças ocorridas com o desenvolvimento recente do município, operariam uma "desfiguração do passado, um "corte histórico-estrutural", como cita CARDOSO²⁵ para definir a estrutura social nova que se erige no município a partir da fixação das indústrias e das instituições estatais em São José dos Campos. Essa estrutura social nova corresponderia a uma forma societal em que crescimento econômico e perspectiva de mobilidade social configurariam o cenário da expansão.

Com a instalação de grandes empresas, surgiam os atores ligados a esse ramo, identificados com "desenvolvimento e industrialização". O comando desse crescimento subordinou-se, a processos de decisão externos ao município. No plano local, esses "atores" referiam-se a técnicos e profissionais, gerentes locais. Técnicos ligados diretamente ao trabalho industrial e outros vinculados à expansão dos serviços demandados pela expansão econômica do município.

Esse processo marcaria a ruptura, entre uma "sociedade tradicional local" - formada então por fazendeiros, pequenos funcionários públicos, pequenos comerciantes; e os novos trabalhadores industriais, técnicos e funcionários das empresas e profissionais do setor de prestação de serviços²⁵.

A rápida transformação sofrida pelo município configuraria, no início dos anos 70, uma sociedade em que os antigos processos de controle social, ou a socialização a partir das relações primárias sofria enormes abalos. Ao lado da sociedade local surgem trabalhadores. Esses novos habitantes, vindos para o município, transitam e se distanciam de suas origens, nas quais se socializaram e passam a colocar suas aspirações projetadas para o futuro.

A situação de São José dos Campos, na década de 70, foi descrita como de uma sociedade em que as instituições não

locais - as novas indústrias e empresas instaladas - passavam a preencher o espaço da organização social e conformar as aspirações. Tomando lugar das relações primárias - famílias locais, associações - origina um tipo de sociedade em que as iniciativas e ações surgem fruto das "organizações" e não dos vínculos sociais de base, locais ou primários²⁵.

O tema das "organizações" preenchendo os vínculos primários remete à discussão do esvaziamento das esferas públicas, ou de uma sociedade que conforma suas esferas de ação a partir das demandas e contenções dessas organizações. O esvaziamento das relações primárias vê-se preenchido por possibilidades de integração social com as esferas e serviços das empresas e, em outro circuito, com os meios de comunicação de massa.

Os serviços de saúde e assistência desenvolvidos a partir das empresas surgiriam como uma das esferas de integração. Assim, constatava-se desde o início da década de 70, a formação de grupos médicos locais que passam a fornecer serviços de assistência em convênio com as indústrias. Do ponto de vista das empresas o convênio, como apontam outros estudos⁹⁹, possibilita o controle do absenteísmo, que nesse momento tornava-se estratégia da política de emprego das indústrias.

O crescimento do setor de atendimento às empresas contribuiu assim, para a migração de técnicos de saúde para a área. Os serviços médicos tornar-se-iam parte importante na estratégia de negociação entre empresas e sindicatos, como a estratégia de negociar a manutenção de serviços, para não negociar questões fundamentais como horário, proteção ao trabalhador, aumentos reais e substantivos nos salários. Integrando-se ao convênio médico, o seguro torna-se um produto nas aspirações dos trabalhadores industriais no sentido de seu horizonte de integração.

Por outro lado, à administração local caberia a ação de organização do espaço urbano e dotação de infra-estrutura, e serviços para os trabalhadores e à população excluída das corporações empresariais.

As instituições políticas locais, do início da década de 70, foram caracterizadas como formadas por uma "burocracia modernizadora", influenciada pela organização militar do Centro Técnico da Aeronáutica (CTA), e dos quadros dirigentes das grandes empresas locais²⁷. Essa burocracia modernizadora traduziria uma ideologia de "ordem e progresso sem injustiças e problemas sociais", traduzindo como meta prioritária de política municipal "valorizar a industrialização e minimizar seus custos sociais" procurando proporcionar uma imagem pública positiva do desenvolvimento a partir de integração com a indústria²⁷.

A existência de uma política social ,entendida como autoritária e disciplinadora de cidade, aliada a um programa de proteção ao desenvolvimento industrial e de "indenizações compensatórias" traduziria uma "política tecnocrática" com inexistência de uma vida pública, em que a legitimação seria o próprio progresso material⁶⁴.

A administração municipal, por sua vez, durante todo o período de expansão e desenvolvimento teve prefeitos nomeados pelo poder central durante o período do regime militar, constituindo assim, a esfera municipal pública em mais um eixo vinculado à política central, responsável pela "organização" da aglomeração local.

4.4. A "transição democrática" em São José dos Campos e a participação em saúde.

O movimento de oposição ao "mandato biônico" tornou-se um registro histórico da participação na cidade. Essa transição iria se verificar no momento em que a oposição, na época comandada pelo Movimento Democrático Brasileiro, MDB, chegaria à Prefeitura da cidade. Esse momento histórico, é destacado, como o momento da "participação", correspondendo à expansão dos serviços de saúde.

O período seqüente a essa conquista, que ocorreria ao final da década de 70, é relatado, a partir de depoimentos coletados sobre a história recente do Município, como sendo o momento em que se expandiram as unidades de saúde aos bairros, em torno das quais teria se formado círculos de participantes que, através da prática de "mutirão", auxiliaram a construção de unidades estabeleciam vínculos com técnicos da saúde que defendiam a participação popular.

O atendimento nessas unidades era feito por "agentes de saúde", que proporcionariam uma "assistência primária" à população, dentro dos princípios da "medicina comunitária", enquanto proposta de atenção simplificada ligada à participação popular nos moldes da valorização da contribuição e dos laços comunitários.

O registro da transição democrática aparece também como a expansão do campo de investimentos sociais, embora a tradição de dotação de uma rede de serviços sociais, seja referida ainda durante o período dos prefeitos nomeados, como a construção de uma rede municipal de ensino, e de ações de planejamento e assistência social.

O período da emancipação do município e o desenvolvimento de uma "esfera pública política" relacionar-se-ia não só com a "participação popular" mas com a implantação de mecanismos de representação de empresários locais, que passam a ter a

cidade como área de investimentos: serviços, comércio e construção civil comporiam esse eixo de expansão.

Os relatos obtidos citam a estruturação de circuitos políticos através dos bairros, via sociedades amigos de bairro. Esse circuito comporia um feixe de relações entre a população, o loteamento e os investimentos de infraestrutura. Em relatos citam, ainda, possíveis vínculos que se estabeleceriam entre Executivo e Câmara Municipal e as empreiteiras de construção civil e as empresas transporte urbano.

4.5. Participação popular no controle da saúde" - o discurso e a institucionalização da participação através da administração municipal.

O conceito de "participação popular" aparece registrado, em documentos e material de divulgação editado pela Secretaria de Saúde da Administração Municipal de São José dos Campos^{101,102}. Através desse material verifica-se a trajetória da participação em saúde, através do poder municipal que, tomando esse discurso, legitima-a bem como legitima a sua iniciativa de promover sua organização.

O primeiro projeto de lei, sobre participação em saúde teria sido proposto e rejeitado pela Câmara em 1976. Essa primeira proposta, aludia a um Conselho de Saúde formado a

partir de "membros nomeados pelo Prefeito ... entre personalidades da medicina e da Administração Hospitalar Joseense ... e um membro nato, o Diretor do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal ..."¹⁰¹.

Em 1984 teria havido um segundo projeto, de iniciativa do Legislativo Municipal, que propunha a criação de "um Conselho Municipal de Saúde, como órgão consultivo para assuntos ligados à saúde pública do Município". Seria composto por "entidades ligadas à área de saúde pública e por representantes dos usuários".¹⁰¹. Nessa proposta incluir-se-ia também a criação de "Comissões Populares de Saúde (CPS) em todas as unidades com participação dos usuários e moradores da área atingida". Essas últimas normatizadas a partir do Conselho Municipal de Saúde. Esse projeto foi também rejeitado.

O reconhecimento legal da "Participação Comunitária" e do Conselho Municipal de Saúde ocorreria por fim, em 1986, juntamente com o projeto da reorganização administrativa da Prefeitura Municipal. Esse projeto falaria em "assegurar" a participação através de órgãos colegiados do poder executivo, e determinaria um prazo de 60 dias para a regulamentação desses órgãos pelas respectivas Secretarias da Administração. Essa regulamentação e a implantação aos Conselhos iria ocorrer somente no início de 1990, em outra administração de governo.

A criação do Conselho Municipal de Saúde, tomaria como princípio de implementação o "aproveitamento de segmentos sociais já organizados", justificando ser esta "a maneira mais rápida de implantar a participação da comunidade". Conclui que a tarefa de estimular a criação de núcleos específicos de saúde, dentro do município deveria ser implementada numa segunda fase, a partir do projeto implantado de participação por representação das entidades.

Essa proposta de participação por representantes de entidades na formação do Conselho Municipal de Saúde estender-se-ia, a partir de critérios semelhantes à participação local, criando-se os "NUSACS" - "Núcleos de Saúde Comunitária". Os núcleos de saúde comunitária existiriam em cada unidade de Prestação de Serviços de Saúde e, teriam como objetivos institucionais: "discutir saúde e lutar para que melhorem as condições de vida e saúde da população através de sugestões, ajudando a planejar, a gerenciar e controlar as ações dos serviços de saúde .."¹⁰².

Esses núcleos institucionais propostos podem ser criados, além das Unidades Básicas de Saúde, junto a qualquer outra entidade: associações de moradores, sociedades amigos de bairro, clubes de serviço (Rotary, Lions), comunidades eclesiais de base ou clubes religiosos de qualquer crença, patoral de saúde, associações industriais, comerciais ou

agrícolas, sindicatos, fábricas, entidades profissionais. Nesses círculos eleger-se-iam representantes e suplentes que participariam do Conselho Municipal de Saúde.

Assim sendo, estende-se o padrão formal de organização do Conselho Municipal de Saúde, enquanto organismo criado junto à Administração Pública, aos núcleos locais de discussão de saúde.

A composição do Conselho Municipal de Saúde (COMUS) far-se-ia não apenas por representantes dos NUSACS, mas também por representantes diretos das entidades citadas, como representantes de funcionários e da administração. A eleição de representantes seria feita a partir da "Plenária de Entidades de Saúde", "aberta a representantes de todas as entidades da sociedade organizada de início via indicação de representante da entidade e posteriormente, através dos NUSACS (Núcleos de Saúde Comunitária) de cada unidade"¹⁰².

A participação nessa instância - a Plenária de Entidades, condiciona-se ao registro do NUSAC ou da entidade conforme modelo impresso pela administração municipal e a apresentação de uma carta de credenciamento. Portanto, Realizar-se-ia portanto, de acordo com padrões formais - burocráticos.

O sistema proposto se estabelece, portanto, num primeiro momento, a partir de um objetivo organizador: estimular a discussão de saúde. Utiliza-se de um padrão institucional existente no município que, em seguida, integra um sistema de administração pública.

Esse modelo de participação, supõe o Estado, enquanto administração pública local, como um locus capaz de implementar a discussão sobre saúde integrá-la como elemento acessório e aspirante a elaboração conjunta de uma política de saúde. O modelo que pretende abarcar a saúde em dimensão ampla tem, entretanto, enquanto instrumento a rede pública de assistência médica, originariamente criada e dirigida dentro de um padrão de atenção primária à saúde e simplificação dos atos médicos.

Essas diretrizes - a "participação comunitária" e a "atenção primária" - enquanto administração pública local, como um locus capaz de implementar a discussão sobre saúde integrá-la como elemento acessório e aspirante a elaboração conjunta de uma política de saúde. O modelo que pretende abarcar a saúde em dimensão ampla tem, entretanto, enquanto instrumento a rede pública de assistência médica, originariamente criada e dirigida dentro de um padrão de atenção primária à saúde e simplificação dos atos médicos.

Essas diretrizes - a "participação comunitária" e a "atenção

primária"como o Conselho Municipal de Saúde (COMUS) composto a partir de representantes indicados por entidades e suflagrados na instância anterior reúnem-se por convocação do Secretário Municipal de Saúde. Lembra-se ainda que, além das instâncias representativas das entidades, agregam-se representantes de usuários, patronais, de prestadores de serviços, da administração pública geral e da área especializada na prestação de serviços de saúde.

Essa proposta de Conselho, embora centralizada e apoiada pelo e no poder de governo municipal, amplia a forma de participação criada por lei para a municipalização dos serviços de saúde: a CIMS - Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde, que dá acesso a representantes da administração e minoritária a outro grupos organizados da população.

O Conselho Municipal de Saúde, tal como proposto em São José dos Campos tornaria mais extensa e ampliaria os níveis de acesso ao organismo acessório ao poder da administração pública, que por sua vez se legitima a partir da política de governo suflagrado nas eleições.

Enquanto versão instrumental esse modelo de participação tem parentesco com as propostas de democratização e integração como meio de trazer para o Estado os movimentos sociais. A prática , entretanto, demonstra não só a dificuldade de

ampliação da participação a partir de seus canais e, inclusive de melhoria de sua qualidade.

Possue ainda, limites institucionais, que se confrontam com modelos de ação propostos enquanto "movimentos" e "oposição". Destaca-se, assim, a introdução do termo "movimentos" ao lado ou acrescentando-se aos respectivos termos: entidades e associações civis anteriormente registrados. Além desse termos também chama atenção a definição "trabalhadores e representantes governamentais, interessados na questão saúde do município".

Como diretrizes para o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), apresenta-se em primeira instância uma concepção mais geral e abrangente de saúde, como "direito de todos e dever do Estado", definindo-se como instrumentos dessa realização as "políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos" e o "acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação"¹⁰².

Essas ações são, por sua vez, caracterizadas pelos conceitos de regionalização, hierarquização, descentralização, atendimento integral - "com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais com

destaque para o atendimento de urgência" e a "participação da comunidade".

A observação da dinâmica de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde demonstraria o quadro heterogêneo de seus representantes. As intervenções existentes traduziriam desde reivindicações específicas e localizadas, por parte de representantes de bairro, como discursos em que se polemizariam assuntos técnicos, princípios, posições, denúncias, etc.. tornando a saúde um tema público.

A relação estabelecida também transitou entre a ação de representantes locais que, no Conselho procuravam estabelecer uma relação com a "autoridade" na figura do presidente do Conselho, Secretário de Saúde ou de seu assessor, como a ação de fiscalização, defesa da posição estabelecida nas bases de representação, autonomia de posição e princípios, etc.

Nesse espaço os conflitos também eram representados: a confrontação de orientações técnicas com reivindicações, de posições do setor privado em relação ao papel do sistema público, sobre a representatividade de seus membros etc..

Como síntese das posições encontradas no Conselho, realizou-se, após o período de um ano e meio de seu funcionamento , uma consulta aos membros da Diretoria Executiva, versando

sobre as seguintes temáticas básicas: os problemas de saúde do município, a participação e a forma ou responsabilidade para resolução dos problemas.

Apresenta-se, de forma categorizada um quadro com os temas citados .

Como problemas de saúde do Município: Saneamento Básico : falta de tratamento do esgoto coletado, Mortes Violentas : grande número de acidentes de trânsito e acidentes de trabalho. Permanência de doenças infecciosas.

Problemas relacionados com o funcionamento do Sistema Público de Saúde e sua relação com a demanda: Falta de leitos hospitalares, especialmente citada a falta de condições para internação de Pacientes portadores de AIDS, Dificuldade de acesso ao nível secundário e terciário de serviços, Sobrecarga do nível de atenção primário devido ao aumento do número de trabalhadores desempregados, falta de um sistema de agendamento que possa eliminar as filas e o tempo de espera.

Problemas de Recursos Humanos: Necessidade de resolver o problema da isonomia salarial dos funcionários das três esferas da administração pública envolvidos.; Necessidade de salários melhores; Necessidade de Treinamento e Motivação

dos funcionários da saúde;Estabelecer cumprimento dos horários .

Quanto à participação: Realizar-se acima de interesses corporativos e individuais;Expandir-se para outras instâncias : fábricas,-escolas, comércio, etc.., Desenvolver orientação e divulgar informações entre representantes e população,Desenvolver entre representantes um melhor conhecimento da problemática da saúde,Perder o vício de manipular,. Não admitir desrespeito às instâncias de participação e desmandos por parte do governo federal, Trabalhar para o término da corrupção e conseguir uma maior transparência,.Discutir e acompanhar a aplicação do plano diretor e a origem e aplicação de recursos.

Em relação às instâncias e formas de solução dos problemas: Obtenção ou melhor distribuição das verbas estaduais e federais; Necessidade de uma decisão séria e profunda de investimento social; Distribuição de renda e melhoria das condições de vida da população, Conscientização dos que prestam serviços, Necessidade de uma sociedade conscientizada e organizada, não manipulada, exigindo vontade política dos governantes.

CAPÍTULO 5

5.1. O movimento de 1990

Inicia-se a exposição dos atores sociais a partir de sua aparição pública, para a cidade.

A aparição pública desses atores, como forma de expressão, a partir da rua, valoriza o significado histórico dessa, na história brasileira recente, assim como nos movimentos sociais nas sociedades ocidentais, como território de oposição que, ao mesmo tempo, expõe um tema ao público, buscando sua legitimação.

O movimento ocorrido em 1990, trazia como reivindicação o aumento do número de leitos hospitalares públicos para a população: "estamos em greve desde o dia 29/5/90. Estamos tentando por nossos meios conseguir a abertura de mais leitos para a população através de contatos com autoridades responsáveis pelos mesmos, organizando passeatas, atos públicos, enquanto aguardamos a abertura de negociações com a Prefeitura. Chamamos a população a permanecer ao nosso lado, informando-se sobre o nosso movimento, para que possamos conseguir solução para estes problemas. Contamos com o seu apoio nessa luta que também é sua. Pela melhoria

do atendimento à população. Servidores Municipais da Saúde". (Carta Aberta distribuída à população em 7/6/90).

Dessa forma a reivindicação dos funcionários públicos era defendida como questão para a população e o interlocutor apontado era a Prefeitura. No mesmo folheto que conclamava à população realizavam-se denúncias em relação ao hospital construído com "dinheiro do povo" que estava sendo utilizado de forma privada por convênios de saúde. Aludia-se também, à paralisação da construção do Hospital Municipal.

Esse tema e essas denúncias apontavam para um problema da estrutura de serviços de saúde do município: a expansão da assistência médica privada, sustentada pela política de convênios e de formação de "grupos médicos locais". E o financiamento de hospital com financiamento público, utilizado por entidades privadas. Processo que passou a ocorrer de forma acelerada a partir da década de 1970.

Denúncia que aponta para o uso privado, ou a privatização do Estado, visando tornar esse espaço de negócios, publicamente desvelado.

No dia 29 de maio, a imprensa local inscrevia o Editorial "só para ricos". "É urgente que todos os setores se mobilizem para resolver a saúde: o hospital, o leito, medicamento, o médico, o equipamento cirúrgico. É preciso instituir uma política de saúde... "Puro egoísmo! A cidade

preparou-se com bons hospitais particulares, surgiram poderosas empresas de convênios, instalaram-se centenas de clínicas e mais de um milhar de profissionais vieram disputar o mercado. Tudo girando em torno do eixo monetarista. Do outro lado da moeda, na sua face social, o quadro é bem outro... A Santa Casa de Misericórdia, como se sabe, está à beira da falência. Os hospitais particulares simplesmente recusam doentes da Previdência Social. As empresas de convênios - também milionárias - entram em lutas com médicos, hospitais e clientes. Tudo por dinheiro, a saúde é secundária!" ("O Vale Paraibano" 29/5/1990).

Do ponto de vista externo, ou seja, da população a que o movimento se dirigia, a cisão colocava-se entre aqueles que tinham acesso a convênios médicos a partir do emprego em empresas e aqueles que não possuíam e eram contribuintes diretos da Previdência Social ou não. Essas categorias eram chamados de "carentes", uma vez usuários do Sistema SUDS, municipalizado.

Nos primeiros meses do ano que sucederam a edição do "Plano Econômico do Governo Collor" em março de 1990, seguiram-se ondas de demissões em grandes indústrias da cidade. Essa situação era vista como o de uma tendência para o aumento da demanda dos serviços públicos de saúde. Mais gente tornava-se "carente".

A associação do termo "carente" passava a ser designativo do cliente do sistema público. Essa palavra utilizada nas manifestações; pelos que se apresentavam como representantes de bairros, sindicatos, e funcionários da saúde; Manifestava, portanto, a adoção de causa dos "desassistidos", dos quais, os atores em cena, apresentavam-se como interlocutores.

Os "carentes", nesse caso, comporiam-se dos: aposentados, dependentes e trabalhadores de pequenas empresas, trabalhadores domésticos, autônomos e ambulantes, trabalhadores de construção civil. E a eles acresciam-se os outros candidatos a carentes, que haviam perdido ou estavam ameaçados de perder seu posto de trabalho, e com ele o convênio de saúde.

Em termos quantitativos, sem recorrer a registros sistemáticos, mas por informações correntes no município entre administradores do sistema público e do sistema privado estimava-se entre 40 a 45% a percentagem da população não assistida por convênios privados de saúde.

Na manifestação do dia 26/5, participaram indivíduos ligados ao Sindicato dos Metalúrgicos, moradores de bairro, Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais e lideranças do movimento, concentrando-se à frente de um hospital, que

tendo sido financiado pelo poder público, encontrava-se arrendado para o setor privado de saúde.

Em matérias publicadas na imprensa, no Jornal "Vale Paraibano", entre 23 e 27 de maio de 1990, profissionais médicos fazem declarações sobre a greve que completara mais de 20 dias e falam em salários, condições de trabalho e falta de profissionais (médicos).

Através de matérias publicadas no Jornal "O Vale Paraibano" e "Jornal do Vale" tomava-se conhecimento também da ocorrência anterior de um movimento de greve na Prefeitura de São José dos Campos. "Servidor denuncia falência do setor saúde" (23 setembro de 1988).

Esses fatos apresentavam atores que passavam à cena pública do Município a partir de meados da década de 1980: partidos políticos de esquerda, militantes sindicais, profissionais da saúde, representantes de moradores de bairro.

O movimento de paralisação do setor saúde envolveria as instâncias políticas do Município e obtendo melhorias salariais e colocando também em pauta a questão da infraestrutura dos serviços públicos.

No plano da reivindicação salarial, as manifestações partiam principlamente, dos trabalhadores metalúrgicos da região,

que tinham uma tradição recente de movimentos grevistas e de negociação salarial com as empresas. A possível defasagem existente entre salários do setor público, com os das empresas do setor privado levava a comparações tanto em nível da especialização profissional, como em relação a valorização do setor. Assim, durante o movimento surgiam apelos que exploravam a questão do valor da saúde, em contraposição à valor da produção de bens materiais como aviões, armas, tanques, automóveis, etc.

No que concerne às questões de infra-estrutura dos serviços, o movimento levaria a negociações que obteriam a cessão de leitos em hospitais privados, para uso do sistema público, não ocorrendo entretanto a retomada do hospital mencionado como patrimônio público.

Por outro lado, a obtenção de recursos para ampliação da rede de saúde, e término da construção de um hospital municipal, demandaria a ação em esfera política, por meio de financiamentos estaduais ou federais, transcendendo o nível local.

Essa situação trazia a tona, mesmo em se tratando de um município que possuía uma das maiores arrecadações do Estado, a dependência do sistema local em relação ao Estado e a União, e a dimensão dessas negociações.

Também, no movimento em questão e em outras manifestações que se seguiram durante o ano de 1990, inscreviam-se planos de conflito entre distintos atores.

O movimento sindical, e dentro dele o setor metalúrgico, situou-se como um polo de ação, e poder local, que no plano político apresentava uma história de barganhas e negociações com personagens políticos do Estado e da União; contando com mecanismos de captação de bases através de organizações de bairro, câmara municipal e executivo. E a proteção dos interesses e investimentos do setor empresarial local que atuava principalmente no setor comércio e serviços.

Assim, no contexto do movimento sindical, entravam em jogo conflitos salariais e negociação de direitos com as indústrias privadas internacionais, ao mesmo tempo, que se empreendiam manifestações e discussões em torno da decisão política sobre as indústrias estatais. Nesse contexto a ação salarial buscava como interlocutores o poder federal.

5.2-O movimento e a conjuntura

No tocante à conjuntura política, apresentava-se o quadro pós-eleição presidencial de 1989, a edição de um pacote econômico e um ciclo de recessão. Essa situação repercutiria de forma particular no Município de São José dos Campos, até então governado por setores da situação política.

Entretanto, nos dois pleitos eleitorais de 1989, havia sido vitoriosa a candidatura da oposição à Presidência da República.

A política federal de recessão, cortes de investimento, e de desemprego, ameaçaria diretamente o Município, que também passou a sofrer consequências da queda de investimento privado, depois da edição do plano econômico de março de 1990.

Os efeitos desse quadro repercutiam de forma complexa: ao mesmo tempo em que ocorria uma insatisfação, havia um constrangimento dado pela ameaça recessiva política devido ao o caráter autoritário das medidas econômicas sinalizando para a idéia de um governo central poderoso que disporia de meios para constrangir.

O movimento dos funcionários públicos ocorreria no início do segundo semestre do ano de 1990, aparentemente desligado de outros fatos maiores, que movimentavam e colocavam em apreensão outros setores do Município.

O problema local representado pela infra estrutura do serviço público de saúde, dava ao mesmo tempo vazão a insatisfação sem contraposição de esferas diretamente ameaçadas; como, no era o caso do movimento sindical e os postos de emprego dos setores estatais e privados.

Por sua vez, não interessava ao poder político local, o confronto com funcionários públicos, que ganhavam legitimidade em defesa da causa dos "carentes".

Especificamente, o setor saúde apresentava também uma situação delicada: a implementação de uma política de municipalização dos serviços, e uma crise dos convênios privados. A política de descentralização dos serviços de saúde e de instauração de um comando local pela administração do Município, comandando as redes, estaduais e federais que atuam na área de saúde - embora buscando legitimar-se em documentos técnicos internacionais e nacionais, no próprio texto da Constituição de República Federativa do Brasil de 1988, nos instrumentos que já possuía - encontraria dificuldades e resistências na sua implantação, adquirindo um contorno mais complexo e certas especificidades dentro do contexto conjuntural.

No plano federal, a existência de um discurso centralizador aliada a uma prática de criação de fatos; que buscava centralizar novamente funções e recursos, na tentativa de rearticular o setor federal de prestação de serviços - o INAMPS. A questão da regulamentação dos textos constitucionais que, nessa conjuntura, sofreria a pressão para adaptar-se a uma modalidade legal aberta dos interesses privados. A crise interna dos serviços, ou a questão das

corporações do aparelho público e particularmente com a corporação médica.

Respalhado por um que, embora se tingisse de cores e de espectros de uma ideologia neoliberal, de fortalecimento do mercado e da competição via desativação dos serviços do Estado e do investimento público - e tendo de fato realizado corte nesse último - parecia muito mais querer centralizar recursos e instrumentos de poder na esfera federal, fazendo regredir a noção de direito, no sentido de esboço de um programa sócio-estatal, em que a saúde era representada de forma expressa. Estabeleceu-se um jogo de busca de legitimidade do poder central, procurando dar ao Executivo Federal o monopólio da barganha das necessidades sociais, por meio de estabelecimento de vínculos com grupos, setores, regiões e municípios, mediante concessões de benefícios.

No plano local, a administração de saúde, embora já dispondo de instrumentos de ação e decisão local que facilitariam a unificação dos serviços como a CIMS e o Plano Diretor, receberiam um quadro de infra-estrutura insuficiente, necessitando equipamentos e reparos.

Além disso, ocorreria nas diferentes esferas - municipal, estadual e federal - reações corporativas contra integração dos serviços envolvendo a administração dos recursos humanos com distintos padrões de vínculo e salário

com o serviço. Como aspecto de sua relação externa, haveria a relação com a esfera privada de serviços, e o setor filantrópico.

No caso de São José dos Campos, o crescimento dos convênios foi registrado a partir do início dos anos 70. Esses, além da participação de empresas nacionais e de prestação de serviços médicos, seriam formados por grupos locais. O crescimento do setor privado da saúde, vincular-se-ia à constituição da corporação médica local.

Como descreve HABERMAS⁶⁴ na caracterização que faz do Estado, as corporações desempenhariam um papel político, suplantando - tanto com a crise do liberalismo, como nas propostas neoliberais - formas de representação pública. A relação com o setor privado tornaria-se um dos polos de questão publicamente manifesta no município. A criação de instrumentos de participação, abriria espaço para expressão desses conflitos e dessas dificuldades.

A existência de instrumentos e locais de participação, não levariam por sua vez a representação dos atores do movimento. Nesse caso deparar-se-ia com a existência de um ceticismo em relação ao poder, apoiado no discurso de oposição desses atores.

A idéia manifesta nos discursos do movimento seria a de que os problemas que envolvem esferas do poder dominante só se resolveriam através de formas de pressão direta, tais como a paralisação de atividades e as manifestações públicas. Essa tradição do movimento aproxima-se do modelo de ação sindical, emergente em finais dos anos 70, no país.

A esfera da participação, por outro lado, corresponderia a uma forma de relação estabelecida entre moradores de bairros, funcionários públicos e poder legislativo e executivo municipal, através dos vereadores e prefeito e dos líderes tradicionais do município.

5.3- Os atores da participação e do movimento

A observação e as entrevistas realizadas durante essa conjuntura apontaram para essas duas categorias: o movimento e a participação.

Os atores do movimento designariam o domínio de ação que se desenvolveria a partir da esfera de um "movimento social" que estabeleceria em sua trajetória a noção de oposição de interesses e a definição de uma estratégia de ação - a greve, a manifestação - chamadas de "luta", que manifestariam ao mesmo tempo insatisfação, oposição, buscariam negociar direitos e melhorias salariais. A ação

sindical, também presentes nos movimentos da administração pública, seria um componente da categoria do movimento.

A participação, por sua vez incluiria as ações desenvolvidas pelo Estado no sentido de integrar representantes de grupos locais e específicos. Essa integração buscaria manter o funcionamento do sistema de poder e ampliar sua legitimação.

Na descrição e análise que se segue, apresentam-se os atores do movimento e da participação.

Tanto "participação" como "movimento" são termos que passaram a ser largamente utilizados a partir da segunda metade da década de 70, tanto através da imprensa, como em trabalhos teóricos na área de ciências sociais.

Já nos primeiros anos da década de 70, as primeiras referências são feitas ao "movimento estudantil". A reivindicação de democracia, mudanças sociais e a denúncia do autoritarismo ganhariam espaço através da imprensa, quando se noticiava o movimento dos estudantes e, através de pronunciamentos de entidades que passavam a ser designadas como a "sociedade civil" no jargão dos atores do movimento estudantil: setores da Igreja Católica, entidades profissionais como a OAB ((Ordem dos Advogados do Brasil), de imprensa, como a ABI (Associação Brasileira de Imprensa) exemplificam essas entidades.

O "movimento da sociedade civil" em que se agregaria o partido de oposição política existente, o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), portaria a reivindicação do "Estado de Direito". Em círculos do "movimento estudantil", em que se discutiam projetos de transformação da sociedade, esses setores eram rotulados de "oposição liberal", para serem contrastados com outras expectativas de "movimento social".

Também é nesse período, ainda dominado por práticas autoritárias, que outros movimentos entrariam em cena pública, alguns em espaços circunscritos, com o movimento por transporte na periferia sul do Município de São Paulo, outros indo à praça, como a concentração do "Movimento contra a Carestia" que ocuparia o espaço frontal da Catedral da Sé, em São Paulo¹¹⁰. No final dos anos 70, o movimento sindical faria sua aparição pública no ABC paulista, depois de sucessivas ondas de greves que haviam ocorrido em indústrias da Grande São Paulo¹⁰⁹.

Na mesma época também ocorreriam greves nos setores públicos, especialmente nas áreas de saúde e educação, como movimentos reivindicatório, que colocavam-se com a insígnia da melhoria dos serviços públicos para a população.

No início dos anos 80 esses "movimentos" se generalizariam ocupando setores sociais específicos e regiões das cidades.

A reivindicação por saúde, saneamento e habitação expandiria-se nas periferias das grandes cidades brasileiras.

Também ocorreriam "movimentos" que se inscreveriam na crítica social e cultural, como o movimento negro, feminista e homossexual. Esse quadro traria a moldura para o processo que se intitularia da "transição democrática" juntamente com as eleições para o legislativo federal e os governos estaduais.

Nesse contexto, a saúde enquanto área de prestação de serviços públicos, e enquanto questão publicamente discutida, tornar-se-ia, também, espaço de ação dos "movimentos". Esses ocorreriam na forma de greves e manifestações dos funcionários, demandando aumento salariais e por vezes denunciando a falta de recursos para o setor, e a partir das reivindicações de serviços de saúde e saneamento nos bairros.

Também, eram debatidos na área da saúde, conceitos e projetos que expressar-se-iam tanto na direção de mudanças administrativas como de políticas culturais para o setor.

No plano político, apareceriam, de forma mais definida a partir de 1980, projetos de reorganização e orientação para o setor que se dirigiriam para a esfera política da

sociedade, enquanto exigência de prioridade política da sociedade, enquanto exigência de prioridade política para a ampliação e integração dos serviços estatais de saúde, e aumento do controle e subordinação, através de legislação estatal, de todos os serviços e políticas de intervenção do Estado na área de saúde.

No plano social, ainda que de forma mais restrita, ocorreriam projetos que procurariam através dos serviços e nos serviços de saúde, ampliar a discussão de crítica social e cultural, através da discussão da hegemonia médica existente no setor, da democratização das relações entre funcionários e a população. Esse plano de discussão teria algumas intersecções com os movimentos reivindicatórios do setor, ou convergiria para áreas específicas como a saúde mental. Destacaria-se também a intersecção com o "movimento popular", através da influência das propostas de "educação popular".

No plano político ocorreria, embora com reservas, a conquista de mudanças, que se inscreveriam no texto constitucional, garantindo-se em lei determinadas premissas, como a da integração dos vários serviços de saúde da esfera pública, da participação, da descentralização. Numa situação em que a esfera política adianta-se a resolução de problemas existentes no próprio interior da sociedade, deixando a

perspectiva de conflitos, e construção de instrumentos para sua realização.

O projeto de "saúde" publicamente discutido e inscrito em lei, corresponderia a um "projeto sócio-estatal" em que setores da oposição política lograriam em determinado momento o reconhecimento de direitos sociais, entre eles o atendimento à saúde.

As propostas de realização desses projetos se circunscreveriam à reorganização de serviços médicos na esfera estatal e à incorporação da "saúde pública" através da "participação", da "vigilância epidemiológica" e da "vigilância sanitária" e do planejamento. Por sua vez, definiriam a política de descentralização.

Essas propostas fariam emergir problemas organizacionais, técnico-administrativos, de montagem da estrutura para essas ações. Bem como, de recursos humanos e materiais, com o limite do próprio financiamento.

A esse problema, adicionar-se-ia aspectos de natureza política e das relações sociais, quais sejam a da relação dos serviços médicos descentralizados e das ações sanitários com a "seguridade social", a estrutura da previdência como financiadora do projeto de unificação dos serviços e de extensão dos direitos. Como conflitos, existiram a própria

prática e o próprio sistema de relações e representações sociais existentes nesse contexto. A unificação dos serviços implicaria em conflitos de ordem política, quais sejam os da esfera de poder local, estadual e federal.

Essas questões existiriam como problemas a serem resolvidos tomando essa proposta que definiria a ação estatal de saúde às ações médicas e sanitárias referidas, restaria, ao se pensar em um projeto sócio-estatal mais abrangente a relação dos chamados problemas específicos da saúde que se referenciam pelos padrões de morbidade e mortalidade avaliados por técnicas estatísticas, e o contexto social que a ele se relaciona. Assim, restaria a questão da relação da política de saúde enquanto esfera das ações citadas e a integração social, a educação, emprego, segurança, nutrição e abastecimento, meio ambiente, etc.

Ainda dentro de um projeto sócio-estatal abrangente, haveria atritos com a prática de modalidades seletivas de atendimento cristalizadas na sociedade, quer sejam, a relação entre os serviços estatais - que teoricamente serviriam a toda população - e os serviços privados existentes envolvidos como atendimento médico, seguro social e à educação. Este inclusive destacado no contexto do movimento sindical e das outras formas de participação que serão apresentadas.

Esses planos de conflitos inserem-se por sua vez, dentro de uma conjuntura política de recessão econômica, de crise de um modelo de investimento externo, que daria sinais de esgotamento, desde o final da década de 70, e de crise no investimento estatal, que tem sido responsável pela ampliação da estrutura produtiva e crescimento econômico do país. Essa crise comprometeria e limitaria os investimentos públicos. O Estado, por sua vez, arrastaria e ampliaria sua crise de legitimidade política, refletida na sua incapacidade de dar respostas duradouras aos problemas econômicos, políticos e sociais. Essa situação funcionaria como círculo vicioso, aumentando a incapacidade do Estado de sustentar projetos. Nesse contexto inscreve-se a participação como busca de legitimidade e o movimento, como oposição. A retórica, nesses termos evoca para a incapacidade conjuntural desses atores sociais em dar resposta a essa situação de crise.

5.4- Os discursos do Movimento

Os funcionários da Administração Pública, através de seu discurso, nas entrevistas realizadas, durante e após o "movimento", que paralisou as atividades de saúde do município em 1990 manifestaram principalmente, um discurso crítico frente a política e organização do setor público, e

do tipo de ação desempenhado. A descrição de sua identidade enquanto assalariados ocupou segundo plano.

Em termos do espectro desse discurso, a avaliação do tipo de ação e da forma de conduta do setor público aparece nos atores que apontam o discurso sindical. Por sua vez, os funcionários não universitários tomavam a defesa de sua função e de seu trabalho. Outros procuravam não se identificar com posições mais cristalizadas - como é o caso dos médicos.

Os atores que tomam a posição da organização sindical dos funcionários públicos, entrevistados na fase final do movimento grevista de 1990, manifestavam uma avaliação crítica de seus resultados.

Apesar dos reajustes salariais e negociação de parte das horas trabalhadas, a avaliação desses atores incidia mais no caráter do movimento, no papel do sindicato e no modelo político da administração do que nos resultados pontuais.

O modelo de ação sindical, descrito pelos entrevistados, correspondia à dos sindicatos do operariado industrial, no qual definia-se, como contrários e inimigos, os interesses de patrões e empregados, tendo como base a produção. Nesse caso, a greve ao paralisar a produção criaria a expectativa de solução por parte dos empresários.

No discurso, dos sindicalistas do serviço público, transparecia comom problema, não expresso diretamente, o conceito de "trabalhador" público com condutas peculiares, dependentes de sua área de trabalho, tais como o médico, o enfermeiro, professor, trabalhadores braçais. Essa condição transparecia na frase: "na prefeitura, não é só patrão contra empregado" (Entrevista de Campo, 3/7/90).

Outro problema em relação ao tipo de ação sindical referia-se situações, que mesclavam a função representativa e a ideológica do sindicato. Por um lado, reconhecia-se que o papel do sindicato seria de negociação em que fosse clara a divisão de interesses, da administração e dos funcionários. Por outro lado, essa perspectiva era sobreposta a uma questão política: o papel do sindicato seria de interferir no processo do poder, de opor-se a uma política clientelista e personalista, como a existente no Município.

Também, os grupos ligados ao poder utilizavam a tática de deslegitimar o "sindicato público": os políticos da situação apoiariam as greves e as reivindicações enquanto candidatos, para se infiltrarem e terem conhecimento das lideranças vinculadas à oposição. Posteriormente, no poder, mudariam o jogo e passariam a uma retaliação dos quadros opositores. Essa seria a face da política local. Essa questão, de caráter político, viria a tona no discurso, sobrepondo-se ou

interferindo na afirmação de uma identidade sindical ou nos aspectos técnicos das reivindicações e da negociação.

Ao se referirem à Assembléia, em que foram expostos os pontos de negociação com os representantes do poder Executivo e Legislativo, o tema do sindicato, apresentou-se polêmico, não obtendo consenso.

Durante a negociação a Administração havia acenado com a possibilidade de aceitar representantes em Conselho para discutir as questões funcionais e salariais. Quanto as reivindicações e propostas em relação à organização local dos serviços de saúde, a proposta era de representar-se no Conselho Municipal de Saúde. Frente à proposta houve a reação quanto à participação dos funcionários, no "Conselho" criado pela Administração, com a justificativa: "ali demora muito tempo, ali é muito burocrático" (Registro de observação, 26/6/90).

Esse mesmo raciocínio era utilizado ao final justificando que a "greve", o "movimento" conseguiu interferir na distribuição dos leitos hospitalares, conseguiu "tocar na ferida", enquanto deixando-se na decisão da administração esses problemas não seriam resolvidos. Essa oposição, que diferenciava "nós" - servidores em greve e "eles" - administração, funcionaria como resistência à "participação". E uma valorização do movimento.

Nesse sentido a "aliança" apareceria em relação à população: "o apoio deve ser dado à população, que nos apoiou o tempo todo... tem que continuar a reivindicação por leitos hospitalares... se eles arredaram o pé foi porque a população deu apoio ao movimento" (Registro de observação de campo, 26/6/90).

Essa idéia traduz o raciocínio do "movimento" que legitimar-se-ia por uma relação direta com a população, independente de organismos representativos. Expressaria uma tendência apontada no "movimento popular", que se auto representa. Segundo essa vertente a administração representaria o entrave às soluções, essas, a mudança do caráter do poder e a solução dos problemas da população fariam-se através de conquistas diretas.

Na mesma Assembléia era feita a proposta: "se foi feita uma passeata para conseguir (as reivindicações do movimento porque não fazer uma passeata para divulgar aquilo que foi conseguido, "mostrar que conseguiu os leitos..." (Registro de observação de campo, 26/6/90). Demonstrando-se assim que a representação se faz "publicamente", e que essa deve reforçar os laços com os seus simpatizantes.

A questão da legitimidade, do mesmo modo, se colocaria durante a entrevista com os representantes do sindicato dos funcionários públicos.

O sindicato não era reconhecido pela administração, e decorrente disso, parte de seus representantes já havia sido despedida pela prefeitura. O veredito jurídico para a questão do reconhecimento da entidade, e daí, para a defesa da imunidade dos representantes sindicais transformar-se-ia numa questão política. Os representantes acreditavam que, estavam sendo rejeitados, na medida em que o movimento grevista, dado ao caráter da reivindicação, que buscou um apelo popular (os leitos hospitalares), aliado a reivindicação salarial, embora tenha aceito o sindicato como negociador, este não havia sido o negociador exclusivo, e nem o movimento havia se colocado unanimemente em sua defesa.

A legitimidade dos representantes sindicais se apresentava como uma questão de "justiça", respaldada pelo "ativismo" dos mesmos: "quando somos perseguidos pela Administração... acabamos sendo valorizados (pelos funcionários) pela coragem de ir para a porta do Paço Municipal, mesmo que eles cortem as nossas cabeças" (Entrevista de campo, 3/7/90).

Os termos "justiça", "determinação", "coragem", "generosidade", transparecem nas falas dos atores do

movimento. Esse tipo de legitimidade e a reciprocidade surgiriam como uma dimensão "ética", existente, como projeto não explícito dos atores do "movimento", opondo-se e interpondo-se às formas e programas atribuídos ao poder público, ou à prática política vigente no Município na base do clientelismo.

Ainda nas declarações dos atores do sindicato haveria a menção a um outro tipo de relação: as trocas de favores entre "políticos" e funcionários, que através de contratações ou favoritismo, construiria uma "base" social dentro da Administração Pública. Esses grupos de adesão ao poder legislativo e executivo estariam presentes nas formas de participação legalizadas ou legitimadas pela administração municipal. Esse modelo instrumental de poder se oporia às dimensões éticas traduzidas pelo discurso dos "atores do movimento".

Por outro lado, esse "ativismo" encontraria limitações, expressamente assumidas no discurso de seus atores: falta de efetividade das ações desencadeadas e na instrumentação e generalização desses princípios éticos. A valorização da coragem, da dedicação e da participação no movimento, visto como uma instância de despojamento das insígnias sociais, tinha um aspecto problemático: o de como lidar diante da não reciprocidade em relação a esse universo ético representado nas palavras dos atores.

Na Assembléia de encerramento da greve: "em 1988 fizemos um movimento e agora, começamos mal e terminamos bem... na outra tinha muito mais gente mobilizada do que agora... cada um deve sair daqui e ser um ativista em seu local de trabalho, falar como está a saúde no Brasil... quero agradecer aos companheiros (médicos) que rasgaram a roupa branca e que peitaram a greve... e que (como no movimento) devem aprender que grevista não tem cor, não tem uniforme" (Registro de observação de campo, 26/6/90).

Essa dimensão "ética", apareceria nas entrevistas com funcionários da saúde, sendo uma das dimensões destacadas por esses e representadas em um discurso que legitimaria a ação frente a um mundo arbitrário, caracterizado tanto por sua desumanização, como por sua contradição ou irracionalidade.

O movimento seria explicado por um sentimento de insatisfação, em relação ao trabalho e ao tipo de tratamento dado aos pacientes na rede pública.

A indignação estaria referida à falta de estrutura hospitalar e ambulatorial da rede pública de São José dos Campos: "como é que uma cidade como São José que produz avião, não tem um hospital (da rede pública) para internar pacientes" (Entrevista de campo, 31/8/90). E também : "É

duro ter que lidar com paciente terminal dentro de um pronto socorro e a gente, sabendo que poderia minorar a dor com algum medicamento ou outro recurso, não podendo fazer, por falta de condições (Entrevista de campo, 17/8/91).

Fazia-se referência à injustiça: "Se ele é doente e tem tratamento particular, vão buscar tudo... mesmo não tendo muita solução, se ele tem convênio, também fica no hospital... aqui no Pronto Socorro não tem o que fazer..." "Às vezes administro remédio ao paciente... e depois não tenho sequer leite prá dar" (Entrevista de campo, 28/8/91).

"Qualquer um que fique aqui (Pronto Socorro) se não for pro lado do dinheiro, fica insatisfeito (Entrevista de campo, 11/8/91).

Interpretação semelhante pode ser dada ao discurso que opunha funcionários do movimento e administração municipal. Por exemplo, ao se entrevistar o pessoal de enfermagem do Pronto Socorro Municipal, pode-se destacar uma oposição entre "pessoal de cima" e "pessoal de baixo". Na primeira categoria estariam a supervisão, as normas de conduta, os programas, que guardariam um distanciamento da situação da "dor", para utilizar um termo expresso por uma agente de saúde entrevistada.

Essa oposição legitimaria a mobilização dos que estivessem comprometidos com a dor, a incoerência, a falta de justiça. Entretanto, essa "ética" que se expressa nas falas também se hierarquiza em posições, de acordo com o princípio, a proximidade do local e da ação mais legítima.

A questão da participação, ou do grau de comprometimento com o serviço é descrito por participantes do movimento, através de uma hierarquia, inversa à existente no serviço de saúde: assim na fala de um médico, embora sua categoria tenha tido iniciativa nas primeiras reuniões, a enfermagem teria sido mais "ética" em participar pela causa que os médicos, e na entrevista de uma enfermeira essa referia-se aos "agentes de saúde", como aqueles que mais se envolveriam no movimento, tomando a causa do paciente e resistindo, por princípios, durante o tempo todo.

O pessoal da enfermagem (agentes de saúde) "não quer sair da greve pela barriga, mas pela cabeça... é o que mais tem a perder e menos medo tem... tem mais consciência de classe do que qualquer um do grupo médico..." (Entrevista de campo, 5/9/90).

Assim: "Nós da enfermagem, que denunciemos a falta de condições para deixar um doente imuno-depressivo em um pronto socorro... agora graças à greve fizemos um sistema

para atender o paciente de AIDS e temos apoio psicológico" (Entrevista de campo, 31/7/90).

"Agora estou mais conformada, de ter saído do movimento... Até 15 dias atrás estava super revoltada ... financeiramente compensou... tava me sentindo, como os outros que foram oportunistas, tinha pego um dinheirinho e ficado quieta" (Entrevista de campo, 4/8/90).

"Muito pouco médico dava grana... os agentes de saúde, que tem menos aceitavam dividir mais" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Assim, traduzia-se também a percepção de uma diferença de solidariedade, ou da presença de um comportamento individualista que teria também aderido ao movimento, porque poderia ter algum tipo de compensação ao final.

5.5. Médicos e agentes de saúde como atores do movimento

Na apreensão e no discurso dos atores do movimento, apareciam dois polos distintos do sistema de saúde: os médicos e os agentes de saúde.

De um lado, a crise e a qualidade do sistema de atenção à saúde, baseado no atendimento da demanda surgiria como expressão da ação de seus técnicos - os médicos. De outro,

os agentes de saúde exprimem o seu parcelamento, e a sua sujeição a um papel subordinado e sem autonomia.

Na análise do sistema, feita sob o prisma da ação dos médicos surge, num primeiro plano a divisão entre "inconformidade" e "acomodação". Na primeira categoria estariam os que não aceitam os limites, o ritmo e a falta de recursos do sistema público, e o fazem tanto através de um discurso de respeito ao paciente-cidadão, como reivindicando condições para exercer uma atividade profissional.

A categoria dos acomodados caracterizaria o grupo que se adaptaria à morosidade do "sistema público", reduzindo seu tempo de trabalho e simplificando seu atendimento. No primeiro grupo se encontrariam aqueles que gostariam de melhorar seu trabalho com os pacientes, contrastando com os que procurariam antes, a motivação econômica.

Essa descrição que emerge na fala dos atores envolvidos no movimento, lastima a existência de um comportamento individualista, condenando um comportamento externo de aparências, em que o trabalho profissional é meio para ascensão social; caracterizado com certa ironia: "Todo mundo diz que a medicina não dá mais dinheiro, no entanto todos querem ficar ricos com ela", ou falando de um comportamento de aparências: "o médico vai bem cedo fazer compra no sacolão, prá não ser visto no meio popular... depois vai

fazer compra ao supermercado e aí aparece" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Essas referências dão conta de uma trajetória do profissional em São José dos Campos, e de um conjunto de fatores que durante o final dos anos 70 e década de 80, funcionaram como atrativos a profissionais que se formavam em escolas da Região Sudeste, particularmente do Rio de Janeiro.

Como fatores de atração, além das condições de crescimento do Município, que demandavam a expansão de uma estrutura de serviços, havia a possibilidade de se obter uma maior autonomia de trabalho, em contraste com uma impessoalidade existente nos grandes centros: poder ser visto como alguém de "status" e encontrar deferências em função disso é o que expressou um entrevistado, acrescentando que além disso, poder-se-ia usufruir de uma melhor qualidade de vida, ter serviços mais personalizados em espaços como banco, comércio, etc., e ter maiores chances de abrir um consultório, para conveniar-se com empresas.

A valorização da autonomia destacada por DONNANGELLO³⁴, em seu livro sobre trabalho médico, que é caracterizada através da possibilidade de uma relação liberal, pessoal com o paciente, nesse caso é traduzida por uma relação personalizada no espaço público da cidade média em expansão.

Essa postura se reforçaria, também, pela própria modalidade de autonomia: a abertura de um consultório que passaria a conveniar-se e para tal concorrer no mercado, e nesse caso, ser reconhecido publicamente parece significar ter mais fama e disputar maior clientela.

Entretanto, dada apertada a concorrência, torna-se cada vez mais difícil , a obtenção dessa autonomia. Através dos depoimentos pode-se categorizar os profissionais em três grupos.

Os mais antigos, que chegaram à cidade durante a década de 70, tornaram-se os "profissionais liberais", que além de possuírem consultórios de nome, passaram a ter influência sobre os laboratórios e controlar o corpo clínico dos hospitais. Ainda nesse grupo, estariam profissionais que se tornaram empresários locais, através da formação de empresas de prestação de serviços médicos.

Em seguida haveria um grupo intermediário, instalado há mais tempo no Município, que atuaria através da formação de pequenas e médias clínicas e consultórios conveniados através da UNIMED e de convênios com as empresas públicas, que melhor remunerariam. Nesse grupo, também, estariam profissionais que atuavam no INAMPS.

Em um terceiro grupo estariam os profissionais mais jovens, que manteriam a situação de assalariados em diferentes locais: prefeitura, medicina de grupo, plantões hospitalares. É nesse terceiro grupo, que se encontrariam os motivos de insatisfação, base de um movimento grevista.

Por um lado, uma insatisfação com o trabalho enquanto assalariado em empresas médicas, com regras de produtividade e limites ao exercício clínico, que impossibilitam a sequência de casos. Também, nesse caso, afirma-se funcionar o profissional como um "encaminhador" para especialistas, sem ter domínio do processo nem do paciente, nem do sistema de tratamento.

Em relação à prefeitura e às condições de trabalho na administração pública relata-se a possibilidade de criar um espaço para uma atividade mais satisfatória. Essa perspectiva, entretanto estaria bloqueada pela falta de condições de trabalho: a pressão para atendimento da demanda - como na empresa médica -, com o agravante de não ter para onde encaminhar. A falta de leitos para internação é também apontada como fator de insatisfação.

Destaca-se que, para profissionais mais jovens, a existência de hospitais públicos, possibilitaria o acesso ao trabalho hospitalar e à via de exercício de um trabalho mais especializado. Lembrando-se a dificuldade de penetração no

corpo clínico dos hospitais privados, como foi referido, já ocupado por um contingente de profissionais, a existência do hospital público abriria mais um tipo de espaço.

Além desse fator, o trabalho na administração pública é valorizado, desde que possibilite o exercício de experiências, ou de outras formas de relação, como citado em entrevista: a possibilidade de trabalhar com grupos de pacientes, orientar, contribuir, realizar experiências novas.

Esses dados referenciam o sistema, no qual se localiza um conflito de aspirações com o quadro de organização do trabalho existente.

Para o setor privado da prestação de serviços médicos a referência é feita utilizando o termo "mercado" para falar do sistema médico em São José dos Campos. Na fala de um de seus atores, o serviço público seria o gerador da desorganização do "mercado", atraindo o profissional, que, em um segundo momento, buscaria montar um consultório ou juntar-se a outros "colegas" para abrir uma pequena clínica. Isso acabaria "inflacionando" o mercado. Para evitar isso, o serviço público deveria pagar muito bem para que não houvesse investida de novos profissionais no mercado.

Como se pode verificar, há um argumento de defesa do espaço já conquistado por aqueles que atuam há mais tempo no Município e tem sua posição estabelecida através dos convênios. A situação recessiva, que já era vivenciada no ano de 1990, agiria no sentido de aumentar a defesa desse mercado em redução.

O conflito na esfera organizacional do sistema vincularia a lógica de mercado, por um lado, e o mecanismo de defesa de posições, e por outro lado, a diretriz da política da administração pública para as ações de saúde, no sentido de expandir o atendimento "primário", através da prestação de consultas à demanda das Unidades Básicas de Saúde, bloqueando expectativas, mais imediatas, de existência de postos de especialização de funções ou de desenvolvimento de funções médicas hospitalares no serviço público. O setor privado defenderia uma divisão de mercado entre conveniados e população de maior renda como espaço próprio, e a atenção, via serviço público, para as camadas da população de menor renda, ou não cobertas pelos convênios.

Transcendendo o plano do conflito organizacional, como base de insatisfação e ação, o discurso dos atores médicos falaria da noção de participar enquanto cidadão, ou de procurar motivação para uma ação que não fosse apenas a de procurar ganhar dinheiro.

A participação no movimento, o desafio de exercer uma transparência, de não manipular são apontados como aspectos que gratificariam enquanto exercício de um papel público.

Nesse discurso, a referência mais utilizada é a de negociação, para a qual seriam necessárias idéias claras e condução de decisões tomadas em conjunto. Esse discurso pontua, por outro lado, a necessidade de não se transformar em "ator político", referindo-se à trajetória de profissionais que teriam passado a atuar como militantes partidários. Essa condição "minaria" sua legitimidade no "meio médico".

O discurso dos atores médicos falaria da questão de um "imobilismo" na resolução dos problemas do serviço público. Nesse caso teriam aliado uma estratégia sindical com o cuidado de autonomizar-se da coloração política do movimento sindical, a uma pressão sobre a ação do plano organizacional: definido como a obtenção de leitos hospitalares públicos e melhoria das condições de trabalho.

No outro polo da organização do trabalho do setor público estariam colocados os agentes de saúde, com formação de 1o. Grau, que a partir de 1981 passaram a ser selecionados e treinados para prestar "assistência primária" à população da periferia e da zona rural do Município. Enquanto origem, esses "agentes de saúde", teriam uma relação com uma

esfera "popular" e vínculo com setor da população de menor renda dos bairros do Município.

O discurso dos "agentes de saúde" fala de uma situação de perda de autonomia que é conceituada por referência a um modelo de assistência-. Através dessa perda de autonomia cita também sua percepção da população e da sua situação de trabalho.

No discurso dos "agentes de saúde", a "qualidade da saúde", como um todo estaria em queda, sendo principalmente afetada a "saúde pública", que é definida como aquela que trataria das pessoas "mais simples". Essa queda da qualidade em todo o Brasil refletiria o fato de o governo investir pouco, pagar pouco. Desse modo não há estímulo para melhoria dos profissionais. O argumento do mercado, nesse caso, é usado, não como defesa de espaço, mas como um fator que seria benéfico à competição: "Se o serviço público pagar bem, haveria mais profissionais interessados no emprego e ele poderia escolher melhor" (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa colocação ressalta também que não adiantaria pura e simplesmente aumentar o salário dos profissionais se não houvesse uma política de seleção.

Adiciona-se a esse quadro, a crise econômica que aumentaria a demanda dos serviços públicos e influiria na disposição

das pessoas: tanto os profissionais como a população estariam desanimados e procurando alternativas de sobrevivência. Essa situação é relatada como duplamente desfavorável à melhoria da saúde, primeiro pela falta de condições materiais e pelo desânimo e segundo, porque ficaria mais difícil-mobilizar a população para exigir direitos. Esse assunto está baseado na concepção de cidadania deste ator.

"A população não sabe o que é direito... como eleitor, como cidadão, como ser humano" (Entrevista de campo, 28/11/90).

"Quando a gente trata bem, parece que ficam gratos, como não sei o que... e daí retruco, não é de graça, é direito ser tratado bem assim... (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa situação é atribuída a um sistema que interessaria de ausência de direitos:

"No Brasil, a educação é muito carente, porque é interessante que o brasileiro seja ignorante... assim ele vota sem saber, vota pela TV".

A educação que integraria os direitos passaria a ter um papel da mobilização, de conquista da saúde, esse argumento traduziria, portanto, uma relação mais ampla da saúde com a condição de cidadania do indivíduo e, dessa forma,

integraria as ações de participação e mobilização às ações de saúde.

Por último é resgatada a idéia de injustiça de um sistema que bloquearia o desenvolvimento do cidadão, mas se aproveita de seu esforço:

"Ele paga tudo isso, trabalhando, produzindo, com muita dor, porque, às vezes não tem o que comer" (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa referência à dor, aparece no discurso como uma categoria mais ampla do que a dor física, a dor significa injustiça, miséria, precariedade, sofrimento, incoerência de um mundo que não dá chances. O mesmo termo seria utilizado para explicar o funcionamento de um sistema político que não é quebrado e persistirá enquanto as pessoas não cobrarem seus direitos.

"O que tem é político profissional, que não está preocupado com a dor do outro, esse que não sabe que está pagando imposto e sustentando tudo isso" (Entrevista de campo, 28/11/90).

O discurso apresenta , também, frases que estariam se generalizando na sociedade brasileira: o descrédito dos políticos. Nesse caso, porém, o discurso é qualificado, não

como a política em geral, mas como os que estão na "elite" e que se aproveitariam da manipulação. A contraposição ao sistema seria a tomada de posição do direito, que nesse caso seria legitimado pela idéia de esforço e de dor da população.

Em relação ao trabalho, o discurso do ator agente de saúde, falaria de uma defesa de sua atividade:

"O ideal está acabando... o ideal era atenção primária... era ir atrás daqueles que mais precisem... é só por muita sorte é que esse povo ainda tem saúde... de agente de saúde, viramos agente de doença", referindo-se ao papel de atendente reservado agora aos agentes dentro da Unidade de Saúde (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa valorização da atividade preventiva, domiciliar, extra-muros, de contato com a população é afirmada com grande ênfase. É através dela que o "agente" se valoriza. Diferentemente do médico que fala da especialização de seus instrumentos para resolução de seu trabalho, o "agente de saúde" expressaria que a sua satisfação se realiza em poder ir ao outro e poder "ajudar o outro"... traduzindo ao mesmo tempo uma identidade e uma finalidade específica dentro da população que "paga com esforço e dor", da qual esse mesmo agente faria parte.

"Eu gosto do que estou fazendo, lá onde moro me chamam às vezes para aplicar injeção e fazer curativo... eu gosto de passar o que aprendi para adiante... explicar o que sei... e sei que também preciso, como todos precisam também, ganhar e ser valorizados" (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa mesma valorização do trabalho é exposta através de uma qualidade diferente da relação entre agente de saúde e população, do que aquela que existiria em relação ao médico.

"Tem mulher que com jeito acaba sabendo o que ela queria falar, que não falou com o médico porque tinha vergonha, a gente tem que tirar a vergonha das pacientes" (Entrevista de campo, 28/11/90).

Afirmar-se-ia assim, uma identidade que também é expressada como identidade de mulher, o que aproximaria características desse discurso com descrições e análises realizadas sobre a ação das mulheres, a mobilização em relação à defesa da sobrevivência das populações da periferia das cidades da América Latina. O discurso da luta pela integridade e sobrevivência fundamentaria idéias como direito e justiça numa dimensão pública, reivindicando assim, a adoção de uma nova ética no campo da política e da sociedade.¹²¹

Essa expressão geral que apresenta-se no discurso da agente de saúde, é seguida pela descrição crítica das condições de

trabalho, em que a referência a um aspecto humano também é destacada.

"Sou um ser humano, como ser humano tenho que comer, descansar, trabalhar... na área de saúde querem programar tudo, uma pessoa não pode passar mal fora de hora e ser atendida... dizem que querem trabalho bom, que querem saúde da população, mas não dão condição prá isso... (Entrevista de campo, 28/11/90).

Essa reação a regras do trabalho que seriam dadas à função de atendente dentro da unidade, feriria a idéia de autonomia relatada no trabalho "junto" à população. Outros motivos são citados como desgaste do "ser humano", demonstrando-se como seriam estressantes as condições de trabalho. O relato é feito através da comparação ao trabalho na fábrica, na linha de produção, deixando transparecer com esse exemplo a experiência próxima dessa condição:

"... em qualquer fábrica tem quinze minutos prá tomar café... aqui a gente vai ao banheiro, acaba de entrar e pronto, já batem na porta chamando", referindo-se à falta de privacidade e a existência de um espaço que a colocaria junto com os pacientes na unidade de saúde, diferentemente do médico que ficaria protegido pela porta do consultório.

Novamente, pode-se pensar no contraste entre a autonomia do trabalho externo, tal como visita domiciliar, etc., em que a agente vai à população e a relação com a clientela que demanda e pressiona no espaço da unidade de saúde.

Novamente a comparação com o trabalho fabril é utilizado:

"se trabalhar na fábrica e quebrar a máquina, dá prá trabalhar a vida inteira e pagar a máquina... aqui se errar alguma coisa e causar um problema, pode até estar matando um ser humano... vou prá cadeia, e ainda mais importante que isso... como é que eu vou dormir o resto dos meus dias... (Entrevista de campo, 5/9/90).

"se errar a aplicação de um medicamento, ou a etiqueta de um exame, posso também estar comprometendo uma pessoa" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Por essas questões é afirmada a necessidade da melhoria das condições de trabalho, espaço e tempo para concentração nas atividades.

O discurso da agente de saúde alude, assim, a temas que ficariam mais resguardados na fala dos profissionais, em que a questão abordada expressa antes uma avaliação do sistema do que sua relação direta com ele.

Desta forma, nas falas desses dois atores do sistema estariam expressas circunstâncias do movimento. A situação de conflito organizacional não conteria por si mesma a dimensão das ações referidas. A busca de autonomia e de espaço de trabalho, a maior participação na organização do espaço e das atividades, e da política geral de orientação do serviço aparecem como aspiração de condutas.

Além disso, o discurso do direito, da equiparação e da justiça apareceria em oposição a um sistema arbitrário e centrado na "dor" ,ou da necessidade de resolução cotidiana do exercício de atividade frente à população, povo, "as pessoas mais simples".

CAPÍTULO 6

Atores sociais e a cidade

Apresentam-se aqui, como atores sociais, aqueles que desempenham sua ação através de formas de participação institucional , ou de movimentos reivindicativos que tiveram ou tem, como campo de disputa e, de construção, as condições de vida da cidade. Esses atores tem como interlocutores a administração pública local - Prefeitura e Câmara Municipal - e o espaço público, quando estabelecem formas de comunicação direta com a população da cidade.

Como espaços institucionais, estes atores se nuclearam de distintas formas: canais intitucionais de participação, núcleos da Igreja, partidos e mobilização eleitoral, sociedades amigos de bairro, movimento pela conquista de moradia, etc... Com respeito à saúde, esta aparece como instância de reunião e mobilização, seja através da Igreja, ou da participação institucionalizada na Administração Municipal.

Esses atores sociais retratam diferentes identidades no plano coletivo, por se localizarem em diferentes posições sociais e, além disso projetarem-se através de distintas ações sobre as condições de vida na cidade.

6.1 A participação local e a saúde como origem e campo da ação

A partir das histórias e dos eventos narrados em Eugênio de Melo, distrito de São José dos Campos, pode-se observar o desenvolvimento de ação participativa local, através do tema da saúde.

O Distrito de Eugênio de Mello, reúne características tradicionais - como a proximidade de áreas rurais anteriormente importantes para as atividades dessa região do Vale do Paraíba Paulista; e a expansão do cordão industrial em torno da cidade, com a formação de núcleos residenciais de trabalhadores desse setor. Essas características trazem à cena a presença de participantes, moradores tradicionais da região e em contraste com outros, migrantes de outras áreas do Estado e do país.

O discurso dos atores sociais, que se colocam como pertencentes ao grupo dos antigos moradores, contam a história do aglomerado, próximo à zona rural, que pertence ao Município de São José dos Campos, destacando o momento em que esse passou a ser área de instalação de indústria; e recebeu novos moradores nos arredores. A organização do espaço nesse local, expressa os limites entre o antigo bairro- que se desenvolveu próximo à Estrada de Ferro; e os núcleos residenciais novos, separados deste e dispostos nas estradas de ligação entre a rodovia e as vias de ligação com a Cidade de São José dos Campos. Atualmente, no distrito, coexistem distintas atividades: trabalho temporário na região rural; trabalho em grandes indústrias e pequena atividade comercial.

Há, por parte de representantes de antigos moradores, o projeto de autonomia local, justificado a partir da história do distrito e, da possibilidade de se obter, através da arrecadação direta de impostos, das indústrias nas proximidades, um orçamento maior do que o atualmente investido pela Administração local.

Nesse contexto, a forma de participação desenvolvida em torno da "pastoral de saúde", patrocinada pela igreja, amplia-se com a criação do Núcleo de Saúde Comunitária (NUSAC) e finalmente com a instalação de uma "sub-

prefeitura", tornando-se a representante local, a interlocutora com essa esfera da administração pública. Através de um núcleo local, diversas reivindicações, lutas vem sendo levadas, tendo como interlocutores a Administração Pública Municipal, com destaque para a Secretaria Municipal de Saúde, e outros órgãos estaduais como a SABESP e a CETESB.

O depoimento sobre a saúde, justifica como questão fundamental:

"A partir do momento em que existe o direito à vida, o segundo momento é o direito à saúde" (Entrevista de campo, 9/11/90);

Como temas específicos ligados à temática geral da saúde, relata-se, além da poluição, das indústrias e da agricultura, com os herbicidas; a falta de infra-estrutura das estradas, que levam a acidentes e atropelamentos, e o esgoto que, sendo captado, é despejado a céu aberto nas várzeas em que se cultiva arroz, tornando endêmica a esquistossomose na população que trabalha temporariamente nessas lavouras e de moradores da região que usam as várzeas como local de lazer.

Dentro do tema saúde, sempre retomando o aspecto local em contraposição à área central do Município, cita-se a comunicação precária com o centro de São José dos Campos, e

portanto a dificuldade de remoção, ganhando relevância o aspecto da saúde enquanto serviço de pronto atendimento.

"Eugênio de Mello (referência festa não apenas ao núcleo tradicional, mas aos bairros operários circunvizinhos), é bairro de classe baixa, não tem carro, tem pouco ônibus, e se alguém precisa de socorro urgente, pode perder a vida!" (Entrevista de campo, 9/11/90).

Desenvolvendo o aspecto da saúde como serviço de atendimento, outro ponto destacado corresponde a falta de atendimento especializado por parte do serviço público de saúde:

"clínica especializada, só tem particular, quem não pode pagar não tem direito a essa assistência" (Entrevista de campo, 9/11/90).

Como meio para chamar a atenção a esses problemas e mobilizar a comunidade, essa representante local cita o trabalho de reunião nos vários bairros circunvizinhos, utilizando-se como base de convocação e divulgação, as escolas públicas, a paróquia e as Sociedades Amigos de Bairro. Cita que apesar desses esforços, não participariam aqueles que se esperava participassem, contrastando o individualismo com o modelo próprio, que de maneira incisiva

é colocado, o da iniciativa própria de ação comunitária que aprendeu com a família.

A inexistência de um nível de participação esperado, é interpretada a partir de representações sobre justiça, direito e modo de agir-como as seguintes:

"o responsável é a injustiça, ainda somos escravos, tanto negros como brancos";

"cada povo tem o Governo que merece... enquanto não exigir o direito que tem... temos democracia é prá falar e exigir... enquanto não exigir, o sofrimento continua";

"o brasileiro tem um coração manso... sabe ter fé e perdoar... enquanto existir essa fé ele leva... o coração é um lugar que ninguém pisa... podem estar passando fome, esquecem tudo... por um momento de alegria" (Entrevista de campo, 9/11/90).

Ao mesmo tempo, esse discurso contrasta com o de uma das participantes do Núcleo de Saúde Comunitária que, a partir de um problema vivido passou a atuar publicamente. A história da participação é relatada através da experiência individual que vai sendo compartilhada:

"no fundo de minha casa, tinha um depósito de óleo que

prejudicava a saúde da população... vim primeiro prá reclamar... daí me envolvi no encaminhamento da reclamação... fazia dez anos que isso existia, ninguém reclamava, o povo aqui é acomodado... vim morar aqui, minha filha teve pneumonia e duas manchas no pulmão... fizeram diagnóstico e aí confirmei, isso é o óleo que está no fundo da casa... aí acabei ficando... participando".

Esse trajeto percorrido, que expõe a transposição do risco individual para a luta pela solução de uma questão coletiva, somaria-se a outra experiência que, sendo de natureza mais individualizada - história de atendimento no serviço de saúde, passaria também a ser expressada como questão pública:

"Fiz uma cirurgia e tive uma infecção hospitalar, quase morri... quis vir então mais para o movimento... prá isso não continuar acontecendo, por que foi comigo, mas pode ser com qualquer um".

A experiência individual, de história e de gênero feminino é contrastada com a forma de agir dos outros, os demais moradores locais:

"não acha um homem para participar, só as mulheres... o povo é parado, fica esperando que os outros façam... pessoas são muito individualistas";

"o pessoal de fora é mais participativo... aqui é o lado tradicional do Vale do Paraíba... os fazendeiros, os coronéis daqui... e o povo com doença e bebendo cachaça... eu já tive esquistossomose... quando meus pais morreram e comecei a ir para a escola, mudei de hábito" (Depoimentos recolhidos em entrevista de campo, 12/7/91).

Na história da representante do Núcleo de Saúde Comunitária há ainda o registro da participação comunitária, através da Igreja e a menção ao trabalho do marido em indústria metalúrgica, que representaria um espaço de integração e de movimento por direitos.

A focalização da mulher, enquanto ator social participante de um processo de imposição e reivindicação coletiva é relatada a partir de um outro contexto de movimento na Cidade de São José dos Campos.

Contrastando com as características de Eugênio de Mello, que compõe-se de grupos sociais ligados ao comércio local, à atividades rurais à trabalhadores em grandes indústrias, a população do Campo dos Alemães definiria outro tipo de inserção social em São José dos Campos.

6.2 O tema da Habitação como demanda imediata.

O contingente de população que se unificou em torno da criação da "associação dos sem terra e sem casa", corresponde a setores de baixa renda, que dependem da remuneração da previdência social - aposentados ou "encostados na caixa" ou executam serviços de comércio ambulante e funções temporários e outros serviços urbanos: como emprego doméstico, venda ambulante, serventes de pedreiro, vendedores de papelão, etc., A grande representatividade de funções de caráter informal prevalentes, nesse grupo da população aproximaria-o de ações consideradas ilegais. O movimento por habitação, através de sua liderança, estabeleceria nesse caso um pacto

A atuação da presidente da Associação dos Aposentados Sem Terra, citaria a questão da moradia como uma necessidade prioritária:

"A pessoa não ter onde morar é pior que não ter comida para comer... duro é escurecer e não ter onde dormir..."
(Entrevista de campo, 8/3/91).

A área atualmente denominada de "Campo dos Alemães" foi invadida em 1983. A partir da ocupação iniciou-se um processo de enfrentamentos com polícia, a prefeitura e

outros setores do município se oporiam à ocupação. Os opositores e responsáveis pelo problema da moradia apontados, seriam as imobiliárias e empresas construtoras do município, que visavam incorporar a área, que fora deixada por pessoa sem herdeiros, para projetos imobiliários.

A tática do "movimento dos sem terra" é descrita como a de ocupar o espaço e em seguida formar uma comissão para negociar com a prefeitura a posse. Há a ponderação que o problema habitação depende de esfera nacional, de organização e pressão de movimentos em todo o Brasil.

A liderança do movimento é assumida por uma mulher, atualmente, ocupando a direção da Associação dos Moradores do Campo dos Alemães.

A população do "Campo dos Alemães" é estimada em 8 mil pessoas. As casas são de alvenaria, pequenas e o terreno é exíguo, as ruas são estreitas e sem calçamento.

O discurso sobre saúde da liderança do movimento dos "sem teto" reúne a referência a distintos aspectos : a necessidade de saneamento e melhoria das condições do bairro

como direito de um nível de moradia semelhante, a incorporação de uma abordagem da saúde como a divulgada pela Igreja e pelos órgãos de participação institucionais e por fim a referência às condições concretas de vida da população dos "sem teto", hoje residente no Campo dos Alemães.

No da reivindicação por saneamento, essa, enquadraria-se no contexto de direito de moradia, ou do direito dos "sem teto" poderem residir em um local que possa ser chamado de "bairro", tal como o bairro vizinho, de "casas populares", onde residiriam operários industriais sem especialização. As "casas populares", próximas geograficamente e socialmente, pelo fato de ser local de moradia de "pessoas simples", diferenciar-se-ia do Campo dos Alemães, por uma questão de renda, emprego e serviço urbano.

Esse núcleo, o bairro popular vizinho, seria considerado como local de moradia do "pessoal peão que trabalha na indústria", que possuiria uma renda na faixa dos 3 a 5 salários mínimos. Os "sem terra" situariam-se em faixas de renda menor, abaixo de 3 salários mínimos, ou possuiriam renda irregular, incerta. A posse de uma casa popular teria como critério a apresentação de rendimento e de um vínculo legal e permanente de emprego. O "movimento dos sem terra",

teria como projeto , conseguir moradia para os que não possam comprovar renda, nem ocupação fixa.

O saneamento, ou fornecimento de água é destacado como uma reivindicação que, adquire além do caráter sanitário no qual se legitima , a iguldade de condições com o bairro vizinho. O fornecimento de água do Campo dos Alemães é mantido pela prefeitura, através de um poço artesiano. A SABESP - empresa estadual , recusa-se ao fornecimento, alegando a falta de condições econômicas da população para justificar investimentos. Essa controvérsia impossibilita a implantação de uma rede de esgotos .

A inexistência desse serviço expressa-se na aparência das ruas do bairro que, estreitas e ocupadas por águas servidas em suas margens, aspecto que estigmatiza a sua identidade de bairro simples, que almeja incorporar-se à cidade, apesar de sua distância e isolamento. Possuir a rede de esgotos significa também adquirir uma infra-estrutura mais permanente e diferenciar-se de núcleos favelados.

Um outro aspecto de entendimento do tema da saúde expresso, pela liderança do bairro, apresenta ao mesmo tempo a idéia de reivindicação de serviços , como das condições de vida da

população : "...saúde... depende do Governo apresentar um programa melhor e melhores condições para o serviço ... não é passar pelo médico e ver se está doente... porque um resfriado, a gente trata em casa, precisa ver é por que fica doente" (Entrevista de campo, 15/3/91).

e passa-se a vincular saúde à forma de vida da população de baixa renda:

"A falta de saúde, são os maus tratos da periferia... as crianças cheias de verme, a falta de saneamento, de alimentação, de "engenho" (para referir-se à higiene)..." (Entrevista de campo, 5/3/91).

"Quem toma leite puro, come queijo todo o dia, feijão com farinha, não pode ficar doente" (Entrevista de campo, 5/3/91).

A movimentação, o "fazer ruído", seriam formas de se fazer escutado, de existir perante a Administração Pública, utilizando-se de todos os meios possíveis para obtenção de resultados. Na trajetória de ação, o ator entrevistado destaca "a persistência e a astúcia", como habilidades e requisitos necessários, para que uma "liderança", a representante de um movimento, possa

conseguir reivindicações, sem ser ser "enrolada", assim se referindo para situar-se a si e aos seus interlocutores:

"se eles são formados em faculdade, eu sou formada em dificuldade...".

"Eu me defronto direto com o prefeito... se o prefeito quiser fazer, ele faz, se ele não quiser não adianta... não o vejo como prefeito, vejo como um amigo" (Entrevista de campo, 5/3/91).

Em contrapartida a essa forma direta e essa abertura de canal de negociação que tornaria a presidente da associação uma autoridade local, sugerindo uma forma de condução política, de uma ação do tipo de aliança política direta com o cargo do poder central; há a crítica aos "políticos", referindo-se aos vereadores:

"eles vão querendo marginalizar a gente e passar por cima";

"não abro mão da luta que encabecei, não deixo, jogo na cara...; referindo-se à tentativa de vínculo de moradores do bairro com vereadores.

Esse estilo de ação, - que pode ser assimilada à idéia de "pessoa , na esfera pública", como interpeta DURHAM³⁷, diversamente da noção de solidariedade e direito, como transparece em movimentos de bairro em que as comunidades eclesiais de base da Igreja, foram o núcleo básico de ação, apresenta o requisito das habilidades pessoais no plano do confronto e da negociação com a autoridade, tomando como código de ação o modelo de uma sociedade que personaliza e hierarquiza a política. A astúcia, a possibilidade tornam-se aptidões masi legítimas que a representação legal burocrática. Modelo que, recompõe a política personalista e estabelece uma relação de poder local, através de uma versão mais individual do que coletiva. A noção de direito vincula-se mais à astúcia para superação da necessidade e a realização de ações diretas e outras formas de pressão para abrir um canal com o poder.

Essa mesma versão passa a ser relatada no caso do controle da conduta dos moradores locais. A história narrada seria a de um grupo de rapazes do bairro que teria começado a roubar coisas nos quintais das casas.

Esses teriam sido chamados pela presidente da associação que convidando-os a entrar em sua casa, pois isso significaria fazer com que eles entrassem em seu espaço para ouvir, diria que considerava errado roubar coisas de pobre, ou trazer para dentro do bairro coisas prá fumar que não fossem cigarro vendido no comércio.

A partir desse fato não ficaria sabendo de outros roubos. No entanto, passado o tempo, ficaria sabendo que um daqueles rapazes teria morrido com uma bala, e outro estaria alejado. Eles haviam tentado roubar um bairro "rico", e por isso foram alvejados por balas. O relato desse caso é feito como o de um exemplo edificante para a manutenção da ordem, sendo concluído: "quem avoa... avoa, mas o que só consegue ter asa curta e quer ir pro caminho alto, fica com o pouco que tem, cortado".

Essa história expõe a idéia de uma liderança que, obtem resultados locais funcionando ao mesmo tempo como uma "autoridade", que exerce controle sobre seus moradores. Revela também uma outra sequela da identidade dos "sem teto", que fazendo parte de um contingente de baixa renda numa situação limite, ao nível da sobrevivência, convive também com condutas no limite da "marginalidade".

A reivindicação de cidadania, nesse caso, antes do que o discurso do "direito", expressa a incorporação no padrão da cidade, de morador que tem "teto", a partir disso pode começar a reivindicar ser aceito e ter acesso ao saneamento, à saúde. A instalação na cidade, morar permanentemente, apresenta-se como questão mais central do que a reivindicação de serviços, para uma população que sendo "formada em dificuldades" , certamente possui experiências e noções próprias de cuidado com o corpo.

Por outro lado cabe lembrar que, o discurso de saúde do qual se tem referências em boletins dos órgãos de participação comunitária, e de núcleos como a Pastoral de Saúde, valorizaram a idéia de "saúde comunitária" , de autocuidado, de um padrão simplificado de atendimento à saúde, que possui identidade com a condição dessa população. Esse tratamento do tema da saúde entra em conflito, por sua vez com setores da população que, incorporados à cidade, não obtem, do sistema estatal, um atendimento tal como o dos trabalhadores empregados em empresas que mantem modalidades privadas de convênio e seguro saúde.

6.3 Os atores da representação institucional de saúde.

Como um outro plano de ação, que se remete ao poder local , de forma geral e à saúde como campo específico, ou canal de representação, refere-se à tentativa de formação do Conselho Municipal de Integração Comunitária, como associação que reunisse as "Sociedades de Amigos de Bairro", o Conselho Comunitário da Previdência Social e a Associação de Aposentados. Como um órgão geral de representação pública, frente ao poder local e as decisões tomadas pelos órgãos da Administração Municipal sobre a cidade, e as relacionadas com a gestão e o funcionamento dos serviços estatais prestados na esfera do município. Essa proposta visaria a princípio a busca de uma maior autonomia, em relação ao que destaca como uso político ou pessoal dos canais institucionais, ou da independência em relação a um sistema político local que, através das associações de bairro , exerce mecanismos de cooptação política.

Como opositores, a essa ação estariam a elite de poder local, que representaria o interesse dos empresários da cidade, vinculados à especulação imobiliária, ao uso das concessões dos poderes públicos, e ao setor privado de saúde.

Esses atores também situam-se em termos da história política recente do município, ao período da "transição democrática" Nesse processo, as organizações de bairro, que se engajaram

Nesse processo, as organizações de bairro, que se engajaram em momentos oposicionistas a lutas por conquistas políticas civis, teriam se tornado, espaço de manipulação eleitoral, em termos de uma relação política de tipo tradicional. Articulando-se à Câmara, através de vínculos de reciprocidade: o atendimento a reivindicações desde que preservada a base política de cada vereador, do grupo com hegemonia no cargo executivo. A história recente da cidade aparece através de ciclos políticos, com períodos de maior desgaste do executivo, seguindo-se nova eleição, em que o cargo majoritário sairia como o elemento no qual se alimentam expectativas de um novo pacto com a cidade.

A idéia de compor uma instância que representasse as diversas formas de organização locais, colocaria-se como uma outra esfera de poder que vazaria esse esquema político, e portanto careceria de processos de base que lhe conferissem legitimidade.

A conduta dos atores relacionados com a articulação desse órgão configuraria um tipo de ação que, desvendando operações do poder executivo e legislativo local, realizasse denúncias públicas, pontuando a invasão do domínio público pelo interesse privado.

Como atores nesse campo estariam trabalhadores aposentados,

Como atores nesse campo estariam trabalhadores aposentados, profissionais liberais, ligados a serviços estatais, diretores e ex-líderes sindicais, que fariam parte de um contingente social identificado como " classe média ".

Os canais de participação dariam-se através de representações legais, seja por órgãos de associação tipo classista, partidos políticos ou órgãos de representação vinculados a a administração pública, tal como o Conselho Comunitário da Previdência Social ,local e, o próprio CIMS, Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde. A saúde abriria assim espaço de atuação.

A experiência de participação a partir do CIMS, definiria-se como de caráter decisório, mas não executivo. Nessa atuação descreveria-se as denúncias realizadas na gestão anterior que não teria aplicado os recursos do SUDS de maneira devida. Essa questão, que encontra-se documentada e narrada publicamente pela Imprensa local, realizaria-se a partir da ação conjunta, de fiscalização e divulgação dos fatos, do representante de usuários e do representante sindical.

Esse espaço de atuação na saúde seria prosseguido através da legalização do COMUS - Conselho Municipal de Saúde, como órgão legal da Administração Pública Municipal instalado em 1990, e que ampliaria a forma de participação proposta pelo SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

A ação com respeito às questões de saúde seriam definidas

A ação com respeito às questões de saúde seriam definidas como prioritárias, dada a inexistência de uma rede pública, sob controle do poder municipal, em São José dos Campos e , a situação atual depois da existência de mecanismos de participação e de um plano diretor, teria melhorado, embora ainda precário.

O reverso da participação seria a outra face dos mecanismos de decisórios, que pautariam a história do Município, apresentado como o sistema da "negociata" , que incluiria todas as formas de decisão que não se tornariam públicas ou que mantivessem os desmandos na administração. No caso do INAMPS, quando não integrado ao comando municipal, encontrar-se-ia a prática de abono de pontos dos profissionais faltosos. Outro exemplo referido seria a existência de um possível privilégio dado ao CTA - Centro Técnico da Aeronáutica, pelo Ministério da Saúde, sem consulta ao Município. Seriam negociações de cúpula, realizadas de forma direta, beneficiando alguns grupos e discriminando outros.

" Eles resolvem as coisas lá por cima e a gente fica aqui, de gaiato" (Entrevista de Campo, 4/7/1990).

A participação, nos órgãos institucionais , demandaria tempo

A participação, nos órgãos institucionais , demandaria tempo e habilidade para o levantamento das informações a respeito de acad assunto que se coloque em pauta, como documentos, fatos etc. O obstáculo a esse nível de atuação é atribuído ao fator tempo, disponibilidade para levantar a tramitação de cada assunto, existência de poucas pessoas que assumam o respaldo e a divulgação dos assuntos discutidos pela representação formal e, ainda a existência de representações que se legitimam, apesar de realizar uma política privada na esfera pública.

Nas críticas contidas nos relatos, apontando , quer seja o uso do bem público, do serviço do Estado, para interesses privados, quer seja a irracionalidade no tratamento do mesmo, incluir-se-iam, conseqüentemente, denúncias sobre o comprometimento da qualidade de vida.. Seria, por exemplo, o caso da poluição ambiental , trazida pelas indústrias, a diminuição das áreas verdes, a cessão de espaços para empreendimentos imobiliários que poderiam ser utilizados para lazer. Além disso, estaria a falta de investimento e dotação de equipamentos públicos para grupos, tais como da terceira idade e a infância.

Como propostas levantar-se-ia a de taxaço dos altos investimentos, das rendas financeiras industriais, e aplicando-se esses recursos em programas de desenvolvimento

aplicando-se esses recursos em programas de desenvolvimento social, para eliminar a miséria do Brasil.

Esse grupo de atores refletiria, portanto, um tipo de ação, mais próximo aos modelos democráticos de exercício da cidadania e de fiscalização dos direitos. A saúde seria um campo em que essa atuação se desenvolveria, pela existência de um organismo institucional.

CAPÍTULO 7

O Movimento sindical e a saúde

7.1. O movimento sindical no Brasil.

A relação entre os sindicatos e a questão saúde, aparece no registro da história brasileira relacionado com a constituição da previdência social. Desde as duas últimas décadas do século XIX . Embora descrito como um movimento restrito, chegou a promover ações que tiveram importância no contexto de cidades como São Paulo nas duas primeiras décadas do século¹¹⁶. As reivindicações, além de salariais, cotejavam a questão da redução da jornada de trabalho, a proteção ao trabalho do menor e da mulher e o seguro para acidentados, incapacitados pelo trabalho e aposentadoria. A partir dos anos 20, iniciava-se, o reconhecimento do direito à previdência, por parte do Estado, com a organização das CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensão, mantidas de maneira tripartite - trabalhadores, empresários e Estado, e geridas, a princípio pelos dois primeiros.

Os sindicatos, por sua vez, sofreram a partir dos anos 30, a intervenção do Estado, que os reconhece através de uma legislação trabalhista de caráter corporativo. O sindicato deixava de ser criado a partir de uma base local ou de

empresas, para tornar-se órgão vinculado ao Ministério do Trabalho, tendo, estipulado o seu padrão de organização através de um modelo corporativo.

Movimento sindical e previdência seriam, por sua vez, peças decisivas na composição do jogo político brasileiro durante o período de 1945 a 1964, época em que se constitui um mecanismo condutor de ações políticas entre Estado, sindicato e sistema previdenciário.

A atuação sindical durante o "populismo" conduziu, em circunstâncias e conjunturas específicas, a questão das reivindicações salariais, as questões de qualidade de vida e das condições de trabalho, pressões por aumento da participação no mecanismo de decisão das instituições previdenciárias.

Como destaca COHN³⁰ no jogo populista a lógica de complementaridade assistencial - paternalista, esperada pelo compromisso dos sindicatos com o Estado, nem sempre se realizaria de forma determinada. Os sindicatos que mantiveram-se mais atuantes e reivindicativos foram os que lograram obter melhorias, do nível de assistência previdenciária, através dos institutos de aposentadoria e pensão.

A respeito do caráter da atuação sindical, no contexto da América Latina, refere TOURAINE¹²¹ ter sido a atuação sindical, mais voltada para o Estado do que para o patronato. Porém, em relação ao movimento sindical no Brasil, no período pós autoritário, observou-se a formação de um "movimento operário", como o movimento sindical no ABC paulista nos anos 70 que, tanto em termos de suas características de defesa da autonomia de trabalho, como de sua organização a partir de comissões poderia ser interpretado como uma "ação de classe", tal como descrita na situação francesa pelo autor.¹²¹

ALMEIDA⁶, descreve que o movimento sindical emergente no Brasil no final da década de 1970, difere em relação à ação sindical desenvolvida no período anterior, tanto por contar com uma liderança que - a exceção dos militantes de tradição comunista -, não possuíam vínculos com os quadros sindicais do período anterior ao regime autoritário; como por apresentar uma característica de mobilização de setores ligados ao operariado da grande indústria moderna; de assalariados de classe média e do setor público e dos trabalhadores rurais.

A atuação sindical no período de transição teria se caracterizado por aumento do número de greves, independente da questão legal, pelo predomínio de demandas salariais,

seguido de reivindicações pela garantia de emprego, sistema de carreiras profissionais e redução da jornada de trabalho.

Como aspecto importante destaca-se a conquista de "negociações coletivas" como um mecanismo de extensão de direitos à categoria, independente da diferenciação entre os setores mais e menos mobilizados. Esse tipo de negociação também, efetivou o surgimento de uma prática de negociação direta e descentralizada, neutralizando instrumentos legais de normalização econômica e contenção a ação grevista.

Por outro lado, a ação sindical, desse período, teria colocado no cenário político e social do país temas e direitos como: direito de greve, liberdade de organização sindical, garantia de emprego, aumento do nível do salário mínimo e resgate da assim chamada "dívida social" correspondente a não distributividade do saldo do crescimento econômico do período autoritário. Como efeito limitador pode ser caracterizado pelo que VALENZUELA¹²³, chamou de "sindicalismo de confrontação", que defendendo-se das pressões clientelistas, teria levado a um "insulamento político" de seus atores, caracterizado não apenas do ponto de vista do peso político e dos canais de articulação mais gerais do movimento sindical, mas de seu isolamento em relação a um processo de reforma social.

As políticas sociais enquanto instrumentos de poder político, acionadas no sentido de melhorar padrões de vida e da integração, sejam as de saúde, educação, alimentação, etc., efetivaram-se a partir de lógicas setoriais e particulares. O sindicalismo, por sua vez, não logram formular propostas efetivas de reforma social ou de superação do "estilo tecnocrático"⁶ de decisão em torno dessas políticas.

Concluindo, destaca que a ação sindical enquanto movimento social no Brasil passou por fases de reivindicação de direitos a partir de um processo primeiramente autônomo mas reduzido e fragmentário, colocando em pauta as reivindicações clássicas dos movimentos operários de outros países, ou sejam as de regulação das relações de trabalho e as de direitos que assegurassem a sobrevivência e a reprodução.

Por sua vez, do ponto de vista social, esse período teria contribuído para o processo de formação de um novo tipo de ação social encontra-se descrito por SADER¹⁰⁹. Esse autor destaca como lideranças sindicais, estruturam uma ação que tomaria um significado político a partir de elementos como a defesa da "dignidade do trabalho".

7.2.0 Sindicato dos metalúrgicos e a Saúde em São José dos Campos

Referências ao Sindicato dos Metalúrgicos de São José dos Campos, encontram-se numa pesquisa realizada em 1975 naquele município²⁷, que relata o problema dos acidentes e a falta de segurança no trabalho, bem como ressalta o caráter assistencial prestado pelo sindicato.

A mesma questão, estaria colocado nas palavras dos novos grupos que a partir de 1981¹⁰ são eleitos para direção da entidade e que representavam uma oposição em relação às diretorias anteriores. A partir dessa nova direção sindical irá se definir uma discussão crítica em relação à saúde e ao modelo existente, caracterizando como "assistencialismo sindical".

O assistencialismo é apresentado como uma extensão da política patronal em saúde. Essa política de assistência é o reverso de um sistema que determina uma rápida deterioração e envelhecimento precoce dos trabalhadores.

Essa forma de "agressão à saúde" é explicada na Revista "Apoio Sindical"¹⁰ como sendo causada pela forma de desenvolvimento capitalista do país, em que a "dinâmica de vida de toda a comunidade, representada pelos trabalhadores fabris, passou a ser confundida com a vida nas fábricas. As fábricas determinaram as relações econômicas e sociais, repercutindo sobre os costumes e a cultura das pessoas". (8)

Essa descrição apresentaria o raciocínio de uma "cultura da fábrica", que envolveria um sentido predatório que por sua vez contaminaria a dinâmica geral de vida, seguida pela moldura do sistema: "as grandes contradições presentes na vida social são reflexos da contradição principal entre capital e trabalho ... (e) ... Para o capitalismo o interesse é a produção e o lucro, não importa o custo individual ou social"¹⁰

Como produtos ou consequências desse modo de produção, da sociedade de classes, expressa-se a idéia de uma explicação sistêmica: a lógica dos atores, no caso os operários e a própria burguesia, assenta-se na exclusão e violência, o que, por sua vez, revestem de um sentido de ataque à saúde "bem social e individual"¹⁰.

À definição de saúde ainda é acrescida uma visão da sociedade via produção e "sociabilidade" da saúde/doença: "a saúde... é interesse de cada indivíduo e de toda a sociedade, porque um indivíduo saudável produz e contribui para o bem estar de toda sociedade, já um indivíduo doente não produz e traz sacrifícios e custos para todos". Ou seja: uma visão da saúde/doença, pela contaminação social, ressaltando ao mesmo tempo seu caráter instrumental: não doente significa produção; enquanto doente significa não

produção e sacrifícios, reproduzindo a lógica instrumental e social da cultura da produção.

A ausência de saúde, expressaria a existência de uma "rede de exploração da doença": "com esvaziamento e a omissão dos serviços públicos", a doença como "mercadoria", passa a fornecer mercado para uma área de reprodução e acumulação de capital, que corresponde aos serviços privados de assistência médica, "capitaneados pela medicina de grupo e pela instituições de seguro saúde (ligadas) ao capital financeiro"¹⁰

A legislação trabalhista, avançaria ao regulamentar aspectos relacionados com a segurança do trabalho. Entretanto, a mesma legislação exporia os trabalhadores à manipulação dos registros de acidentes e à redução de seus direitos a benefícios em razão dos mesmos. Ainda destaca-se que a permissão dada às empresas de conveniarem com serviços médicos ou medicinas de grupo ou de criarem seus próprios serviços podem levar a omissão da notificação de acidentes, bem como de doenças profissionais.

Por isso, o Sindicato destacaria, em seu programa de ação na época, o que chama de "luta pela saúde", que comporia de dois níveis: uma ação externa ao local de trabalho, através de cobrança de direitos de atendimento público e uma ação

interna, correspondendo à mudança do ambiente e das condições de trabalho.

A ação "externa" voltada para os direitos e para o atendimento público, é explicada a partir das relações entre a previdência e os grupos e cooperativas médicas, que acabariam por assumir uma lógica semelhante em que os critérios de decisão a respeito do que seja saúde/doença do trabalhador passa a ser embasado de maneira unilateral, pela lógica da empresa. Como forma de superação, proporia-se a luta pela melhoria do sistema público, com uma participação ativa no controle e gestão desses órgãos e, uma política de denúncias e fiscalização de sua atividade.

Em boletim editado no ano de 1990¹¹⁴ trata-se do tema da assistência médica, previdência x condições de vida, relatando ser essa última a verdadeira responsável por um melhor nível de saúde. Como proposta destaca a necessidade de "participar, junto com a população, das lutas contra este modelo de saúde, que está sendo implantado há décadas, e hoje mostra sua face mais cruel". Relaciona-se com a história de um sistema de saúde, que através do Estado contratou serviços privados e que hoje apresenta uma política que aliaria "a privatização combinada com a esmola ... reduz ainda mais a participação do estado na saúde e estimula os seguros privados ... "a LBA (Legião Brasileira de Assistência), cresce a política das esmola, da

distribuição de alimentos, roupa e medicamentos para uns poucos em vésperas de eleições...".

Conclui afirmando que "Para a população e para os trabalhadores restará disputar no "livre mercado" a compra de serviços médicos"¹¹⁴ , e contrapondo a essa idéia a necessidade não só de expandir a rede pública de atendimento como de erradicar a fome, a miséria e dotar as famílias trabalhadoras de saneamento e moradia. E define como programa específico a luta "pelo Hospital Municipal de São José dos Campos" e, "pela garantia de assistência médica imediata", completando com o apelo a não aceitação das formas de seguro saúde que "estão sendo impostas aos trabalhadores ... exigir que as empresas paguem a conta desta crise da saúde"¹¹⁴ . Referindo-se ao fato de as empresas terem obtido durante vários anos grandes lucros industriais e financeiros, o que legitimaria que fosse custeada "a assistência médica para os seus funcionários

Destaca-se assim um outro discurso que realiza uma crítica mais geral e estabelece propostas de "luta" "mobilização" "movimento" em oposição à política estatal, patrocinada através do governo empossado naquele ano (1990) e uma oposição específica voltada para a "política" recessiva das empresas.

O apelo à "participação" e luta com a população no plano local e nacional, bem como a não aceitação da proposta de seguro-médico das empresas. A política de governo que resultara em demissões e uma onda recessiva que caracterizava aquela conjuntura desencadeada pelo chamado "Plano Collor", causara efeitos sobre as empresas que gerenciavam convênios de saúde que, por sua vez buscavam repassar custos através de aumento do percentual descontado em folha de pagamento dos associados.

Como programa interno ,a "luta pela saúde", desenvolveria um sentido positivo para a participação, ação e a busca de resultados: a mudança das condições de trabalho.

Como objetivos para um programa de ação, são estabelecidos como "base para a construção da política de saúde dos trabalhadores"⁵⁶, pressuporia-se, informação dos trabalhadores em relação às leis, condições de trabalho - saúde, etc; incorporação do tema da saúde no cotidiano da produção; articulação entre os cipeiros - participantes das comissões de prevenção de acidentes - com os ativistas do sindicato; constituição de um departamento de saúde que dê apoio técnico e assessoria à organização desse movimento; relacionamento do sindicato com instituições públicas, especificamente as de saúde que devem passar a ser "disputadas pelos trabalhadores".

A proposta de ação nos locais de trabalho é especificada a partir da noção de dois modelos de ação distintos: o "modelo patronal" existente, e a contraposição através de um "modelo sindical", a ser alcançado. Este modelo, discrimina formas de ação, de relação pedagógica entre atores sindicais, técnicos e trabalhadores e dessa forma possibilita a participação e a luta pela transformação do ambiente de trabalho.

O "modelo" existente denominado de "patronal"⁵⁶ caracterizaria-se pelo uso de uma linguagem técnica e jurídica, que tem sido inacessível aos trabalhadores; reforçada pela ação de técnicos com postura elitista que mantém o monopólio da informação e da resolução dos problemas com a empresa.

Do ponto de vista técnico-científico, a linguagem patronal, possuiria uma abordagem limitada dos problemas, agindo de maneira compartimentada, tópica e específica, não considerando o complexo homem-ambiente como um todo. Por exemplo, a prescrição de uso de equipamentos de proteção individual (EPIS) não levariam em conta problemas práticos, tais como peso, densidade, relação adequada com o ritmo, tipo de trabalho e ambiente, descartando a ação sobre esses elementos.

Em suma, caracterizaria esse modelo, uma lógica semelhante a "ideologia de medicina capitalista liberal" , que atua sobre as doenças e não sobre a saúde. Individualiza doenças e causas e investe em meios diagnósticos e de tratamento numa postura de observadora.

Contrapondo-se a esse modelo, haveria a proposta de construção de um "modelo sindical" de ação sobre os locais de trabalho.

Através do uso da linguagem corrente entre os trabalhadores e, de uma relação democrática com os técnicos de saúde do movimento sindical, seria estimulado um processo com a participação dos trabalhadores no conhecimento, através do levantamento dos dados ambientais, e dos problemas de saúde e com a formulação de propostas de mudanças nos locais de trabalho. Esse processo seria iniciado com a observação espontânea e a discussão do processo de trabalho a partir de seus integrantes.

Concomitantemente ao processo de participação e de levantamento dos dados, esse modelo pressuporia o desenvolvimento de uma nova metodologia de ação sobre o ambiente de trabalho⁵⁶.

Tendo como base um processo de "investigação coletiva" através de queixas grupais e individuais, avaliar-se-ia

tanto as características de execução do trabalho, a experiência de sintomas e sensibilidade em relação aos produtos químicos e os processos físicos envolvidos, como a observação detalhada da organização do trabalho (ritmo, pausas, produtividade).

O aspecto central de ação do modelo sindical envolveria portanto, um apelo à participação do trabalhador, entendida como parte de um processo de luta, conflito, no sentido da superação dos problemas existentes na produção e nas relações de trabalho.

Essa participação estaria implícita no denominado de "sindicalismo de luta", entendido como "organização autônoma dos trabalhadores estruturada a partir dos locais de trabalho, de seção, de setor e de fábrica"⁵⁶.

A proposta de modelo descrito, apresenta detalhamento nos procedimentos de ação, comparáveis com as etapas de uma investigação: registro de dados gerais do trabalho, descrição do ambiente físico, atividades e levantamento de riscos. Detalha, a seguir critérios de avaliação, tanto formais como não formais, de maneira similar ao modelo elaborado pelos trabalhadores italianos, divulgados por BERLINGUER ^{15,16}.

A experiência italiana, situada no contexto de ação sindical e de ação política próprias, na história social daquele país, mostrou a utilização da pesquisa como instrumento de diagnóstico e organização¹⁶, já em finais dos anos 60. Outro aspect a destacar dessa experiência foi a articulação - via identidade política - de atores do movimento sindical, técnico, institutos, universidade e vida parlamentar.

No Brasil a tendência a desenvolver uma frente de ação com respeito a "saúde do trabalho", verificou-se em fins da década de 1970, juntamente com a reativação do movimento sindical. Com a criação de um órgão de assessoria sindical - o DIESAI - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, iniciava-se um processo de pesquisa, seminários e assessoria aos sindicatos, propriamente dita, com relação a área de saúde.

Mais do que isso, o órgão procurava estabelecer um conceito de "saúde do trabalho" em contraposição ao de "saúde no trabalho" a partir da constatação que o "movimento de saúde da classe trabalhadora" girava em torno do aspecto "reparacionista"³², ou seja, reivindicar "benefícios" como uma forma de atenuar os efeitos negativos sobre a saúde, advindos do trabalho. A reversão desse processo é apontada como o momento da "luta pela saúde no trabalho"³², que a partir dos fins dos anos 60, passaria a reivindicar mudanças nos locais de trabalho.

Essa abordagem, denominada pelo DIESAT³² de "sanitarista", e "ambientalista" e de segurança possuiu limitações quanto às demandas de saúde. Em contraposição a esse modelo, também caracterizado como "mecanicista" e "positivista", define-se DIESAT como "saúde do trabalho" a um enfoque que buscaria agir sobre a saúde tomando como base o conflito "trabalho e produção".

Dessa maneira expõe que a luta pela saúde não pode limitar-se a descrição e análise de agentes físicos, químicos e biológicos do ambiente de trabalho, mas deve apontar para a forma como se realizam as ações, o ritmo e organização do trabalho, a extensão de tempo e o salário como condições que modulam a saúde do trabalhador.

Esse enfoque aproximaria, portanto, esse "movimento" à abordagem do contexto das relações sociais e passaria a "politizar" o fato da saúde, não apenas em seu aspecto instrumental, mas na qualidade e extensão da vida dos grupos sociais subordinados a processo de trabalho empresas industriais.

Por outro lado, a mobilização em torno de problemas imediatos é o que tem sido verificado no no contexto de ação em um país como o Brasil, tendo como base a situação de São José dos Campos.

A presença de um modelo de organização proposto pelo Estado e configurado em lei, desde 1943; como é o caso das CIPAS - Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - é relatado, havendo por parte de atores sindicais a proposta de ação utilizando-se dessa - estrutura instalada, que se desmobilizada ou inoperante pelo "modelo patronal" pode ser revigorada com a ação sindical.

Pressupõe-se, nesse caso, que houvesse uma discussão em torno dos pressupostos de organização e de forma de participação e representação sindical no contexto interno das indústrias. Organização, participação e representação que teriam como base um plano programático de luta; pedagógico que contemplasse a observação, pesquisa e planejamento do processo de trabalho e um plano representativo: seguido de encaminhamento de propostas de mudanças.

O discurso utilizado nas publicações do sindicato apresenta uma justaposição e diversidade. Nele encontram-se formulações tanto de uma categoria política, como de categorias que buscam uma ação social, com aspectos interativos e instrumentais.

Uma característica das categorias políticas é sua unilateralidade na forma de expressão: colocando o político

como conflito, como luta entre adversários em torno do poder de comando. O discurso que opõe modelos, e que denomina adversários de forma geral, de burguesia, patrões é contrastado pela discussão das práticas (entendidas como a descrição dos modos de operar com os fatos). Nesse terreno, o próprio discurso político pode enriquecer-se como uma outra dimensão política - isto é, de colocar em ação o "discurso pretendido", ou seja, aquele que se dirige a fins propostos, definidos a partir de uma visão de mudança do comportamento das relações sociais. Entretanto, os limites do discurso pretendido encontram-se de um lado no poder de ação e persuasão dos atores sindicais e de outro lado, na possibilidade de identificação, no conjunto - heterogêneo dos trabalhadores e as propostas de ação sindical, tal como a de luta por saúde.

Uma comparação, a título de exemplo poderia ser feita entre os "movimentos de bairro" e a luta no local de trabalho nas indústrias. Conteúdos diferentes e formas de relação distintas de relacionar e instrumentar as mudanças comporiam esses dois territórios de ação.

Como referências a um modelo pedagógico de ação ou ao uso da investigação junto ao objetivo de participação e luta pode-se comparar o modelo sindical ao modelo de pesquisa participante dos movimentos de bairro. Como pontos em comum, destaca-se o uso de um método de pesquisa visando a ação.

A diferença reside na existência de um "locus" específico: o local de trabalho onde há a vigência de regras técnicas, dá a ele um substrato de relação instrumental junto a um contexto interativo: a ação sindical e o plano de mudanças no trabalho.

Como limite, entretanto, encontram-se a oposição produção x mundo social vivido que se revela na esfera do sistema cotidiano, ou do mundo da vida, do consumo, externo à produção que realiza-se segundo a lógica apontada: os serviços que exploram a "doença" e que, apesar da crítica realizam a adesão dos trabalhadores e mais, de suas famílias como consumidores. Essa questão aponta dois planos de problema, que se apresentam na discussão do modelo sindical e da crise do movimento operário em países industrializados: a troca da produção pelo consumo, ou do trabalho pelo "mundo social vivido"⁹⁰, e da divisão interna do contexto de produção de empresas modernas: trabalhadores especializados e peões¹²¹.

Dessa maneira verifica-se que essa ação tenderá a reforçar a conquista de direitos, dirigida mais à possibilidade de aumento do consumo e ou das condições de sobrevivência e menos em relação às condições críticas da fábrica.

O problema da identificação do trabalhador com o ambiente de trabalho, e daí o compromisso com sua mudança contrapõe-se

por sua vez à idéia do trabalho como possibilidade de melhoria do padrão de sobrevivência e consumo. Nessa perspectiva encontrava-se a extensão da jornada de trabalho, que em momentos de expansão econômica, fazia-se através das horas extras que representavam acréscimo ao salário.

Retomando-se a referência a um padrão de trabalho - violento, de ritmo acentuado, pode-se colocar a idéia de uma "cultura da produção" que resiste a mudança e mantém uma identificação à lógica da própria fábrica.

Comparando a ação sindical com o movimento de bairro, pode-se constatar que a meta deste em relação aos órgãos públicos seria a conquista de certas melhorias do bairro e à cidade, seja pelo técnico, seja pelo político. Na ótica da gestão da produção a lógica é diferente. Assim, a inovação tecnológica poderia representar uma alternativa às condições de trabalho, mas entraria em confronto com a "cultura" do processo produtivo, ameaçando de dispensa trabalhadores ou procurando treinar outro contingente adaptado às novas condições.

Um outro aspecto a ser registrado, refere-se à diferenciação dos próprios trabalhadores. A indústria moderna e especificamente as grandes unidades industriais instaladas no Município possuem uma força de trabalho heterogênea com a presença de trabalhadores mais especializados e peões. No

setor estatal, que projeta os seus produtos a concentração de técnicos é de maior proporção e de qualidade diferenciada.

Assim, a atuação da ação sindical irá diferir segundo o padrão dos trabalhadores e as bases que o sindicato tenha em cada uma dessas empresas. Da mesma forma haverá uma prioridade, seja em relação à salubridade, seja em relação à assistência aos assalariados, conforme o tipo de empresa.

Essas questões apontam para a necessidade de diferentes abordagens em cada caso de empresa, e cada tipo de trabalhador. A lógica da diferenciação e da valorização das possibilidades de assistência ou subsídios externos à produção é, por sua, vez descrita na outra ponta da relação entre trabalhadores - sindicatos e saúde: a da assistência à saúde, e do seguro como modalidades de benefícios e consumo. Essa relação torna problemática a própria representação dos sindicatos às formas de participação instauradas no setor público de saúde.

A ação destacada e frequente vem sendo, por outro lado, marcada pela reivindicação salarial - greve, ocupação de fábrica, etc., e pelas demandas jurídicas - ações impretadas no sentido de exigir direitos e reparar perdas e danos salariais e físicos.

Assim, o tema "saúde" e processo de trabalho, assumem forma em momentos agudos, tais como, a da ocorrência de acidentes fatais.

O suplemento da publicação "Apoio Sindical"¹¹ de novembro de 1989, traz o registro de uma ocorrência fatal. Elaborado como um "dossiê" do caso de acidente, a publicação apresenta o relato da morte de um supervisor de produção, prensado por um vibrador mecânico. O relato é feito a partir de várias instâncias, tendo como base depoimentos de operários do turno da noite e dos cipeiros. Por sua vez, a equipe do sindicato interpreta o acidente a partir de uma "árvore de causas", apontando como causa básica o ritmo acelerado de produção, seguindo-se a esse o arranjo físico inadequado, segurança e sinalização, ergonomia e engenharia acústica deficientes, juntamente com a realização, por um mesmo operador, de duas operações ao mesmo tempo.

O fato descrito exemplifica como a exigência de um ritmo acelerado de produção se realiza sem que sejam tomadas medidas básicas, racionais de proteção no processo de trabalho. Ruído intenso, localização inadequada do comando, etc., apesar dos EPIs (equipamentos de proteção individual) que apenas atenuam as condições desfavoráveis sem isolar adequadamente os operários da exposição, tornando, inclusive, os reflexos deficientes para uma reação mais rápida.

Levanta-se, através desse acontecimento, a discussão a respeito de CIPA e de sua autonomia de ação, expondo-se que a mobilização assim como a tomada de posição da empresa nessas questões ocorre episodicamente, quando há acidentes fatais. Curiosamente, pode-se ver, no mesmo dossiê, que a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho, realizada no mês seguinte pela empresa, não traz como tema a discussão de seu processo de trabalho, mas convoca os trabalhadores para discutir segurança no trânsito, deslocando o eixo de reflexão do circuito interno do trabalho para um problema exterior. Sem dúvida, a segurança no trânsito é tema relevante, inclusive, pela gravidade de violência do trânsito na região. Entretanto, o temário organizado, levanta a discussão a respeito do impacto entre automóveis e "direção defensiva", como se todos os trabalhadores participassem do trânsito como motoristas. Além disso, não havia alusão ao tema travessia, passarela ou a proteção e segurança do pedestre no trânsito.

7.3 -A desigualdade da saúde e a participação pública dos sindicatos

Nas entrevistas individuais e coletivas com trabalhadores do setor metalúrgico, o tema da saúde apareceu recortado em duas temáticas diferentes: o atendimento à saúde extensivo à família do trabalhador, comparando-se o setor previdenciário

e os convênios com empresas médicas e o atendimento prestado pela empresa, relacionado com a assistência no local de trabalho.

No primeiro caso, foram apontados os aspectos negativos relacionados com a prontidão e a qualidade externa do serviço oferecido. No segundo caso foram feitas referências e queixas em relação à falta de atenção ou de assistência por parte da empresa.

A assistência à saúde, tornava-se assim, extensão da avaliação que os trabalhadores faziam a respeito do tratamento recebido pela empresa. A atuação sindical, nesse aspecto, pode ser apreendida nas entrevistas realizadas: a discussão e mobilização a partir dos locais de trabalho e a construção de um conhecimento sobre o modo da empresa dispor sobre as condições de trabalho e deter as informações sobre seus aspectos negativos.

O fato da empresa deter as informações sobre o que utiliza, o que prejudica a saúde foi um dos aspectos da crítica contundente, de um dirigente sindical de base em sua entrevista:

"A empresa tem a informação, nega a informação e usa dela contra os trabalhadores" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Nessa mesma entrevista, são contadas as experiências, com base na ação em torno da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes). Os casos de intoxicação por chumbo, uso indevido de ventiladores em local de calor intenso, são exemplificados como informações que a empresa tem, "boicotado", aos trabalhadores e só assumindo mudanças a partir de muita pressão.

Por isso, o aspecto valorizado na atuação sindical refere-se à informação: "o peão, que começa a ter um grau de consciência tá sempre querendo saber mais... (....) os empresários ... não acham que o peão vá saber bem, saber direito as coisas, então eles começam a querer minar o conhecimento do peão" (Entrevista de campo, 5/9/90).

O conhecimento do "peão" traz reivindicação, e desse modo o papel do sindicato é definido e avaliado como "produtor de reivindicações": "o sindicato produz é reivindicação, é aumento de consciência do trabalhador", reforçando, portanto, a concepção pedagógica de que a luta, reivindicação, produzem um conhecimento que resulta na "consciência" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Contrapõe-se ao sindicato "produtivo", o sindicato que não produz, aquele que "só faz jornalzinho" e não organiza reivindicações. As idéias a respeito do sindicato é utilizado na comparação com o sistema público. O sindicato

que não produz equivale à prefeitura ou ao governo que acostuma naquela "nata" e não faz. E dessa idéia emenda-se outra: a do "sistema" que produz o indivíduo.

"O sistema corrompe o cara", como por exemplo, o "médico que cuida da saúde ele às vezes é bom e solidário, daí os outros dizem que ele tá sendo ingênuo e pressiona prá ele começar a querer mais dinheiro ... ele tá começando hoje na medicina, vê o outro com carrão, casa com piscina e vai aprendendo como o outro faz prá chegar a ser daquele jeito" (entrevista de campo, 5/9/90).

A produção de reivindicações, o conhecimento e a consciência comporiam, no discurso do dirigente sindical de base, a maneira de construir um modo de vida que neutralizasse o "sistema", individualista onde cada um funciona em prol do próprio lucro, manipulando e detendo informações em detrimento de outros.

Para tanto, as instituições que aglutinam pessoa e tem meios, instrumentos, necessitam atuar, no sentido de aumentar a autonomia dos atores. A autonomia, o esclarecimento e a reivindicação são conceituados como a "política" e nesse sentido "maus" políticos, "maus" profissionais são todos os que não utilizam seus meios para reversão do "sistema" individualista:

"mal sabe o cara que o arroz com feijão dele é política ... quando a gente começa a discutir, o cara quer mais, tem sede de discutir ... não adianta só fazer greve, a gente tem que trocar a cabeça da sociedade: dos juízes, dos médicos, dos professores ... não adianta suar e manter uma greve 30 dias prá pegar 51%, estamos fritos do mesmo jeito ... é preciso ter gente prá fazer leis e a sociedade precisa estar dando um salto ... os caras estão desiludidos com as instituições: político, polícia, empresários ... por isso estão surgindo órgão novos, como conselho populares, conselho dos sem terra, sindicato ... bem, nem todos, e o nível de consciência dos trabalhadores tá aumentado ..." (Entrevista de campo, 5/9/90).

Há, portanto, a elaboração do raciocínio: a necessidade de mudança das "cabeças", dos atores sociais que desempenham funções públicas para melhorar a sociedade. Ao mesmo tempo, manifesta a idéia de um esgotamento do modelo das greves salariais ou dos confrontos; a procura de ampliação dos meios de ação e de representação da sociedade, através de organismos como "conselhos", por suposto, autônomos, como alternativas às instituições desacreditadas.

Esse discurso traduz, ao mesmo tempo, uma abertura aos espaços públicos, externos à produção, e uma crença na possibilidade de autonomia e mudança a partir de "conselhos" populares que faz emergir a idéia de construção de formas

representativas e associativas de base, com um determinado entendimento da sociedade que mudem, alterem ou logrem a adesão dos atores institucionais.

Porém, a lógica de resultado, ou seja, a de buscar uma via própria em defesa do "sistema" é empregada com respeito à posição frente ao convênio de saúde feito entre empresa e empresa médica. Assim, referindo-se à modalidade de convênio médico feito com uma empresa que atua também na área financeira, de seguros, e tomando a lógica do "peão" do trabalhador, é afirmado:

"O convênio é bom por causa do seguro ... é como vender o doce com uma bala junto ..." (Entrevista de campo, 5/9/90).

A lógica do seguro é descrita como a possibilidade de obter algum instrumento de garantia de sobrevivência, mesmo que a partir de situações negativas.

"O seguro é pensar na sobrevivência ... porque se o peão morrer ele sabe que pode talvez deixar uma casa pros filhos ter onde morar ..." e acrescenta satirizando... "a mulher fala: se você morrer eu fico com o dinheiro e arrumo outro prá livrar você" (Entrevista de campo, 5/9/90).

No decorrer da entrevista, a exposição da lógica da fábrica, do sistema, do local de trabalho vai deslocando-se para a

descrição do cotidiano, ou, na tradução do conceito usado por autores contemporâneos , a descrição do "mundo social vivido"^{89,90}.

A lógica de obtenção de algo com o seguro, ou o desfecho de um instrumento de segurança a partir de situações extremas é contraposto à história recente do Município, que possibilitou esse grau mínimo de propriedade, que é a moradia:

"antigamente, dez anos atrás, quem vinha entre 77/78 para cá (São José dos Campos) tinha emprego garantido, comprava lote bom e conseguia construir sua casa. Hoje um terreno 15 x 30, como o que eu tenho e onde moro, ninguém da fábrica compra" (Entrevista de campo, 5/9/90).

A habitação, dessa forma é elemento fundamental de uma estratégia de sobrevivência ou de segurança mínima. A esse respeito, pode-se encontrar um paralelo, em BOSCHI²⁰, que aponta que a reivindicação por terra, por moradia tem sido constante na história dos movimentos sociais brasileiros desde a década de 40. A alternativa de emprego, no setor metalúrgico, em período recente da história brasileira correspondeu a alternativas para obter a moradia.

Na mesma entrevista há a referência à mudança de emprego "muitos saem de uma empresa, pega a indenização e compra um

lote, indo trabalhar em outra fábrica" (Entrevista de campo, 5/9/90).

Por fim, o acesso a um convênio privado de saúde é novamente valorizado como um privilégio a mais, comparando-se a situação das pequenas e das grandes empresas:

"Estamos realizando assembléias nos bairros, na hora de almoço, em campos de futebol, com peões das pequenas empresas. O peão da pequena empresa nem convênio para tratamento de saúde tem..." (Entrevista de campo, 5/9/90).

Essa afirmação destaca o tema do convênio médico privado na pauta de ações sindicais. Se por um lado, há um discurso a respeito da luta por saúde no local de trabalho e a atuação para obter maior acesso à decisão na gestão do sistema público, a reivindicação por um convênio privado de saúde faz parte da pauta de reivindicações e da negociação salarial com as empresas, durante greves ou dissídios coletivos. O convênio aparece como uma forma de reivindicar um salário indireto. Portanto, revela-se como uma contradição da ação sindical, em termos da coerência entre um discurso crítico ao sistema público e uma prática de inclusão da assistência privada à saúde em sua plataforma de negociações.

Do ponto de vista dos desempregados, a queixa em relação ao INPS, ou o receio de precisar depender de "fila", do "INPS" para conseguir uma consulta: "ruim com convênio, pior sem ele" (Entrevista de campo, 28/9/90). Resumiu em trabalhador que participava de reunião do sindicato.

Como já foi dito, incorporando-se na pauta de negociação do sindicato com as empresas, os convênios tornaram-se, também, uma extensão da identidade da empresa. Sendo assim, passou a ser valorizado ou criticado dependendo da relação dos trabalhadores com a empresa.

O convênio representa, por sua vez, uma ação da empresa visando a "integração" a seu sistema e ritmo de trabalho. Essa "integração" coloca-se a partir das situações externas, portanto, do consumo de saúde.

Uma das questões críticas, que revela de um outro ângulo a situação problema da ação sindical - de admitir convênio como negociação e realizar a crítica das condições agravantes à saúde representados pelo processo do trabalho - é traduzida em fatos e em argumentos apresentados por trabalhadores que participavam de uma reunião organizada pelo sindicato para discutir o tema de saúde:

"Quando o sindicato discute com o convênio médico não discute saúde, discute doença" (Entrevista de campo, 28/9/90).

E a partir daí ocorrem depoimentos negativos sobre convênios-médicos:

"não se pode ter o controle sobre o exame. Caso necessite fazer uma reivindicação, entrar com recurso na justiça por perda ou danos causados pelo trabalho, não dá prá pedir indenização porque os exames ficam fechados com a empresa, que é quem fica com a informação" (Entrevista de campo, 28/9/90).

"O convênio não trata doença como AIDS, Tuberculose e doença infecciosa. Aí tem que ir mesmo pro INPS e ser cortado do trabalho" (Entrevista de campo, 28/9/90).

O discurso assume caráter crítico, quando toca em questões que envolvem a relação da empresa - patrão com os operários assalariados.

A impossibilidade de exercer o direito, através da justiça para pleitear uma indenização é um dos aspectos mais graves apontados. Esse aspecto por sua vez demonstra que a recorrência ao uso do direito, da ação trabalhista ou civil, constitui-se numa prática desses trabalhadores metalúrgicos.

Afora a indenização que é pedida no momento da dispensa, há a referência crítica que manifesta a cisão existente entre a possibilidade de tratamento à saúde e a assistência médica existente, não apenas a do convênio da empresa, mas, também, a assistência mantida no interior das fábricas.

"Todos os anos precisaria fazer um exame periódico dos trabalhadores, nem todas as empresas fazem ... ela jogam, o convênio diz que isso não é deles e os médicos dos ambulatórios também dizem que não é com eles". (Entrevista de Campo, 28/9/90).

"Se eu estou com uma dor de cabeça, a função do médico é pesquisar o que é ... mas ele não olha e dá direto um comprimido e manda voltar pro trabalho" (Entrevista de Campo, 28/9/90).

"Eles (os médicos) só fazem o papel de dizer que pode ir trabalhar, com dor, com tudo ... se tem um acidente, se alguém passa mal mesmo, aí, - tem seção que nem tem socorro nenhum" (Entrevista de Campo, 28/9/90).

Junto a essas opiniões, narra-se um feito: "o peão enfartou e tinha passado pelo médico e pelo convênio, o chefe imediato disse que ele estava apto, daí ele enfartou e todo

mundo ficou agitado e descontentes com os médicos deles".
(Entrevista de Campo, 28/9/90).

O fato catalizou descontentamentos, e, a partir dele, foram efetuadas reivindicações para melhorar o convênio. A reivindicação, no caso da empresa em que o fato ocorreu, era a de garantir a livre escolha do convênio, e de facilitar a marcação de consultar para especialistas.

Por sua vez, os trabalhadores citavam também, que os serviços haviam piorado: "antes prá parto tinha apartamentos particular; agora, se quiser precisa pagar por fora."
(Entrevista de Campo, 28/9/90).

Essa situação foi, por sua vez, confrontada quando se estabeleceu a comparação entre as empresas privadas e as empresas estatais.

O atendimento e os convênios oferecidos pela Estatais, assim como a preocupação com o bem estar do trabalhador são apontadas como de melhor qualidade.

"Lá na EMBRAER, se o cara tá mal de saúde, ele fica afastado mesmo, até ficar melhor".

"Os médicos podem ser escolhidos prá gente consultar."
(Entrevista de Campo, 28/9/90).

Em termos do ambiente de trabalho, a situação das Estatais, também, é valorizada. Apesar disto, há por parte dos trabalhadores, suspeita em relação às matérias primas utilizadas, processos de trabalho e produtos, principalmente quando se trata de lançamentos.

A situação de saúde, dos trabalhadores metalúrgicos de São José dos Campos, enquanto categoria, deve ser cotejada em termos também da estrutura desse grupo.

A situação de saúde é por sua vez produto dessa situação de possibilidades e alternativas materiais e a ação desempenhada pela categoria, que se manifesta através das relações e ações do sindicato.

O setor metalúrgico em São José dos Campos, segundo informações da secção local do DIEESE, caracteriza-se por uma alta concentração de grande indústrias. Em 1988, 10,2% dos estabelecimentos industriais do setor empregavam 81,21% da força de trabalho, correspondendo a empresas que empregavam entre 500 e mais de 6000 trabalhadores.

Essa concentração da força de trabalho em empresas maiores reflete também no plano da distribuição salarial. As grandes empresas, considerando as que empregavam mais de

3000 trabalhadores pagavam em média o dobro do salário de empresas que empregavam até 100 trabalhadores.

A distribuição dos salários pagos no setor demonstra apesar de situar-se acima das faixas nacionais e mesmo locais - considerando-se a distribuição de rendas por salário no município -, uma maior concentração de renda entre os mensalistas - técnicos, pessoal administrativo e de maior grau de especialização; em relação aos "horistas", onde encontram-se os "peões" e as categorias menos especializadas, bem como as funções mais diretamente ligadas à produção.

Entre os mensalistas, 80,24% dos salários pagos em 1988, superavam a faixa de 10 salários mínimos, sendo que 36,21% acima de 10 salários mínimos. Em relação aos horistas, a distribuição inverte-se, estando 72,09% dos salários abaixo de 10 salários mínimos, e 25,92% acima de 10 salários mínimos. Os intervalos que concentram maior percentagem de salários entre os horistas são os compreendidos entre 6 e 9 salários mínimos, correspondendo a 53% da distribuição total, o que significa um nível superior a distribuição dos outros setores.

A contribuição do setor de indústrias estatais era significativa nesse período, em comparação com a conjuntura posterior a março de 1990, com a desativação de postos de

trabalho e a política governamental de compressão salarial nessas empresas.

7.4-A participação do sindicato e a representação no Conselho de Saúde

Embora o setor metalúrgico fosse o grande quinhão econômico do município, expressando-se inclusive em termos de representação política - no pleito de 1989, único deputado federal eleito pelo Município saiu do setor metalúrgico. Esse setor não se representaria diretamente no Conselho Municipal de Saúde.

A representação sindical era assumida por membro da diretoria do Sindicato dos Petroleiros que expressa-se por seu peso político de dimensão nacional, mais manifestamente do que local.

Em estudo realizado que utilizou-se da Intervenção Sociológica como método²³, chama atenção para o fato de serem os petroleiros, como trabalhadores de empresas públicas, mais próximos de uma articulação entre as políticas públicas. A noção de prestação de serviço ou de produção dirigidas ao bem comum.

O discurso do representante sindical no Conselho Municipal de Saúde adverte para as restrições da ação sindical ,a visão da atuação dos sindicatos caracterizaria-se como pautada por ações de caráter imediato:

"O sindicato condiciona o trabalhador aos resultados econômicos, a saúde é uma conquista a longo prazo". (Entrevista de Campo, 10/8/90).

Essa lógica de ação explicaria também a posição sobre os convênios médicos, defendida como um repasse de salário ao trabalhador:

"O movimento social só se agita quando há reivindicação econômica, benefício imediato ...". (Entrevista de Campo, 10/8/90).

A própria questão da saúde no local de trabalho é defendida como de efeito imediato, que tem seu avanço condicionado pelos acidentes graves ocorridos.

Quanto aos problemas referentes à prestação dos serviços de saúde através da Rede Pública, este tema é destacado, pelo representante a partir das resistências à unificação dos serviços municipais, estaduais e federais.

A resistência teria sua base nos próprios funcionários, a partir de questões pessoais e corporativistas. Não se descartaria a existência de problemas trabalhistas na junção de funcionários de diferentes relações e direitos de trabalho, sistemas de gerenciamento, práticas e padrões de trabalho. Dificulta mais ainda o processo, o grau de centralização dos serviços, particularmente do INAMPS, condicionado à centralização administrativa federal.

Outro tema apresentado pelo representante sindical faria referência à clientela do sistema público e do município. A clientela, ou a população a ser coberta pelo sistema público comporia-se de uma "grande massa", desprovida da educação elementar, definida ainda, como o contingente dos "menos protegidos", "perseguidos", "que se organizam através das sociedades de bairro" que funcionaram como rede de apoio eleitoral aos políticos que alcançaram ao poder municipal e se candidatariam a partir daí para legislaturas federais.

São José dos Campos, por sua vez, definir-se-ia como uma "cidade de forasteiros" de "pessoas que vêm de fora" e uma cidade que "cresceu muito rapidamente". (Entrevista de Campo, 14/8/90).

Como tal, e pela falta de investimentos públicos, o município seria caracterizado, também, por não possuir "equipamentos públicos". As unidades existentes estariam

precariamente instaladas, em construções inadequadas ou precárias. Acrescentar-se-ia a isso, a falta de planejamento e de direção única para equipamentos distintos dos três níveis de Governo (Municipal, Estadual e Federal).

Como resultante deste processo, haveria um quadro de atendimento à demanda bastante caótico: a recorrência ao Pronto Socorro, cuja demanda, legítima corresponderia a apenas 30% da que é atualmente atendida (70%, portanto, corresponderia a uma demanda que não necessitaria de um atendimento imediato).

Além do uso inadequado do equipamento haveria o problema da ausência de controle, informação e articulação entre as unidades, e uma falta de gerência de serviços, que seria ocupada por profissionais que embora com capacitação técnica enquanto médicos, careceriam de uma visão de administração, de gerência de recursos.

Chama atenção o representante, nesse aspecto que a saúde, que deveria ser um campo multiprofissional, acaba sendo gerida e mantida por negociações internas à esfera dominante da corporação médica local.

Verifica-se por parte do discurso do representante a existência de uma proposta de ação para o setor público de prestação de serviços médicos; a partir da definição de

ações prioritárias e de estratégias. Como prioridades estariam a unificação das redes públicas e a valorização dos profissionais, que a partir de então deveriam ser contratados pelo Município. Seguindo-se a recuperação dos equipamentos existentes e a construção de equipamentos próprios necessários - tal como o hospital público. Neste último caso, conviria recuperar o hospital que tendo sido construído por verbas públicas, encontraria-se em posse do setor privado, e construir um segundo hospital.

Como estratégias são citadas: a elaboração de um código de saúde local, para disciplinar as ações e o investimento na qualidade - recursos humanos e materiais e na formação e informação. Além desses pontos que constituiriam aspectos de um plano diretor para a reordenação local dos serviços de saúde.

A ação desenvolvida no Conselho Municipal de Saúde é descrita em três planos: 1- um plano técnico - em que se faz referência à elaboração do "Plano Diretor de Saúde", e da criação dos primeiros instrumentos de planejamento, avaliação e controle do sistema local de saúde. O início desse processo teria sido desencadeado a partir de 1988, com a implantação da CIMS ; 2- um plano de fiscalização do poder público, no acompanhamento dos repasses e aplicação de verbas dos convênios (recursos estaduais, municipais e federais); e da orientação de aplicação desses recursos a

partir do Plano Diretor elaborado e, 3- Um plano de denúncia pública, quando do desvio ou da aplicação indevida de verbas provenientes de recursos públicos que, sendo dirigidas à saúde, foram utilizadas para outros fins.

Nesse último aspecto, é narrado o episódio da gestão municipal anterior , cujo Executivo, através de apoio da Câmara utilizou os recursos provenientes de fontes estadual e federal para a rede de saúde, para pagamento de dívida contraída em outro setor.

Como outro aspecto denunciado publicamente estaria o caso do Hospital "Nossa Senhora de Fátima", construído com dinheiro público, repassado para entidade filantrópica e explorado por grupo médico privado local. Nesse aspecto cita-se também a "forte pressão" e o "esquema fortemente organizado" das medicinas de grupo locais que neutraliza ação dos representantes em órgãos oficiais.

Durante a crise de leitos hospitalares, a iniciativa privada teria oferecido 10 leitos para uso do serviço público. O que era, reivindicado, entretanto, seria a devolução desse prédio para a Administração Pública.

Essa ação da medicina de grupo é citada também com respeito ao atendimento oftalmológico:

"há boicotes a iniciativas do poder público para manutenção do mercado privado de atendimento". (Entrevista de Campo, 14/8/90).

Por fim é definido o caráter e a visão de participação em saúde do representante-sindical: "questionar uma organização é entrar dentro dela e se fazer representar". (Entrevista de Campo, 14/8/90).

O discurso de representação vai se contrapor a outras formas de "participação" definida pelos movimentos que dirigem-se à questão da saúde.

Verifica-se por um aspecto, através do discurso, a definição do organismo de gestão local - CIMS - como campo legítimo de atuação; em que se constituem regras técnicas de gestão e organização do sistema local, e define-se prioridades e, articula-se com a esfera pública através da denúncia e utilizando-se a mídia e os grupos locais de apoio para reforçar essa ação.

Tem-se, dessa maneira, uma concepção de representação que, descrevendo-se corretamente, vê-se limitada em relação a aspectos gerais e particulares.

Ressalta-se porém, a cisão existente entre o atendimento à saúde à população "menos protegida" e o contingente de

trabalhadores das indústrias e empresas que, enquanto empregados, possuem um domínio de atendimento particular.

Um segundo aspecto na discussão, refere-se à visão própria às características das reformas da saúde, a luta, ou a estratégia para orientar a gestão do local de prestação de serviços médicos, e a necessidade de elaboração de uma política de saúde mais ampla, que redefina inclusive esse aspecto de atendimento à saúde.

No discurso veiculado nota-se a referência à falta de educação, no sentido formal, e à falta de informação disponível à parcela da população destituida de outros órgãos de representação de associativismo de bairro. Nesse caso, observa-se a ausência de proposta com respeito a uma política mais ampla de saúde que possa cotejar a promoção desse contingente.

Ainda resta observar que a qualidade da participação do representante sindical vincula-se, por um lado, a uma experiência e história de vida particular relatada: -em que a relação com a saúde se fazia pela formação técnica profissional e o fato de pertencer a um segmento em que a relação com as questões públicas se apresenta de forma mais direta, como é o caso dos Petroleiros²³.

A ação dos atores vinculados ao movimento sindical em relação à saúde, em cena pública, apresentariam dois aspectos: o da representação junto ao sistema de gestão pública dos serviços médicos e o de estímulo a participação nos movimentos destacando a oposição política local e nacional e a oposição em relação às empresas.

Um outro aspecto, refere-se à existência de um programa de saúde voltado para o espaço interno da fábrica, que depende da criação de um instrumento de base interna junto ao organismo institucional de participação, a CIPA; e o programa de reivindicações do movimento sindical que persegue a conquista de ampliação de direitos sociais e salariais enquanto categoria.

Um problema se estabelece, no tocante à relação entre bases e direção dos sindicatos, do ponto de vista das direções sindicais destaca-se ênfase no ativismo, ou na construção ou organismos de representação; do ponto de vista da base, espera-se conquistas imediatas e a expectativa de um "programa social corporativo", possibilitado pela empresa. Programa que sofreria ataques críticos de membros da direção sindical, mas que por razão do conflito que envolveria a legitimidade dessas críticas, deixam de ser expressas publicamente.

A ação que sustenta o sindical encontra-se na sua capacidade de obter resultados, salários ou outros benefícios que a empresa possa oferecer. Os convênios médicos e os seguros são parte desses benefícios. Desse modo, o discurso e as ações de lideranças de enfrentamento foram valorizadas, desde que propiciassem resultados, mesmo que discutíveis a médio prazo.

No tocante à relação com as bases, seria positivo a busca de um programa através da diversidade de situações: específicas em relação a cada empresa e a cada parte do grupo de trabalhadores, entre os quais a inclusão dos trabalhadores não ativos, aposentados, desempregados, que passam a demandar os serviços da rede pública tornando-se "carentes" e no atual contexto só passíveis da solidariedade sindical, não integrados como base de sua ação.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.

Como resultados da pesquisa realizada com os atores sociais relacionados com os temas da saúde, do movimento social e da participação, em São José dos Campos pode-se situar alguns temas que se relacionam com a discussão teórica exposta nos dois primeiros capítulos deste trabalho. Acrescentado-se à análise e conclusões já expostas ao longo dos capítulos.

O tema da saúde, como serviço público prestado pela esfera estatal - Federação, Estado, Município - e como serviço privado, oferecido através de convênio de prestação de serviços à família de trabalhadores de empresas, expressa, no caso do contexto estudado, um espectro de conflitos, símbolos e aspirações.

Nesse aspecto, como já teria destacado a análise de DONNANGELO³⁵, como um dos aspectos da saúde nas sociedades capitalistas refere-se a participação dessa "prática" na elaboração da estratificação social, que se sobreporia, por exemplo, à divisão da sociedade em classes. E nesse caso, a distinção operar-se-ia no interior da própria "classe trabalhadora" que, em função do vínculo de emprego passa a ter acesso ao consumo de serviços específicos de saúde. Esse acesso, também expressaria um símbolo social, estendido à família, e um círculo de sociabilidade, em relação aos

demais clientes do convênio e aos seus profissionais. Por outro lado, esse aspecto ganha relevo em função do caráter do serviço prestado pela esfera estatal, que no caso do Município, pela própria história e expressão dos grupos médicos privados, manteve-se em plano secundário em relação a esses. Cabe destacar que, dentro da própria modalidade de convênios de saúde estabelece-se uma hierarquia de consumo, tendo sido mais personalizados em empresas estatais, mais massificados em outras empresas.

Em relação ao serviço público de saúde, gerenciado pela Administração Municipal, e resultante da integração das redes dos três níveis de governo existente no Município, essa dirigir-se-ia aos grupos "carentes" da população, sendo esse termo empregado para aqueles que não possuissem outra modalidade de assistência. Esse contingente chamado de "carente", reúne diferentes grupos sociais: aposentados, trabalhadores formais de pequenas empresas, trabalhadores informais, desempregados, desocupados etc... e, como tais representavam e expressavam diferentes demandas em relação ao consumo de saúde.

A concepção de atenção primária, assim como os aspectos da normatividade técnica e administrativa propostos na Reforma do Sistema de Saúde e presentes na ação institucional, entram em conflito com o modelo de atendimento à demanda, privilegiado pelos convênios. Do ponto de vista do setor

público, a adaptação a modelos de atendimento individualizado e massivo da demanda, torna-se limitado pela inexistência de uma infra-estrutura hospitalar própria, e com a ação dos profissionais que atuam de acordo com a imagem que compõem a respeito da rede pública e de sua clientela, discriminando essa modalidade de prestação de serviços em relação à existente na rede privada.

Enfocando-se, o aspecto das Instituições de Saúde, como forma de controle social, como interpretado por LUZ⁷⁶, esse não se manifestaria através da centralização, ou da órbita institucional, antes seriam os atores que, no cotidiano, "colonizariam" as instituições a partir de suas concepções.

Em relação ao tema dos "movimentos sociais", os discursos dos atores entrevistados, ofereceriam distintos planos: Passando pelos temas do Estado, da cidadania e dos direitos, da representação, da institucionalização e da utopia da mudança e da crítica cultural, bem como a de obtenção de resultados.

Em termos da crítica cultural, essa apareceria tanto entre os atores do movimento de saúde, como nos atores sindicais.

No caso dos atores da saúde, além dos aspectos apresentados no Capítulo 5, obteve-se, a partir de entrevistas referência a temas como o da adolescência, droga, violência, sexualidade

que, reivindicavam uma ampliação do entendimento dessas questões, bem como a busca de modelos específicos para trabalhar com essa demanda. Manifestando uma ampliação do enquadramento do tema da saúde em relação a distintas identidades sociais.

No movimento sindical, o tema da alienação e da rejeição ao modelo do consumo, apareceria como uma proposta de conscientização através da ação sindical. A forma instrumental, de realização seria a reivindicação, que para atores da militância sindical expressaria a oposição à empresa e a seus dirigentes. Ao centralizar sua ação no universo da produção e da empresa, essa proposta de ação sindical deixaria porém de estender o campo de discussão ao mundo do cotidiano, e a deixar de propiciar uma discussão ampliando o tratamento de temas como o da própria saúde. O "mundo social vivido", expressão utilizada tanto por HABERMAS^{62,64}, como por OFFE⁸³, que ve-se preenchido por esferas como a de temas citados acima : violência, sexualidade, consumo, etc.. deixa de ser tocado na ação sindical, mesmo que considerado na fala de alguns de seus atores.

O tema da Cidadania, aponta para distintos entendimentos dos Direitos e das relações sociais. No caso, dos representantes institucionais, essa expressa-se por um sentido de representação, fiscalização e denúncia, aproximando-se de um

modelo da democracia constitucional e do Estado de Direito, além da busca de regulamentar aspectos da vida social- tal como o lazer, a questão da saúde etc..

O problema da privatização do Estado e da instituições públicas, ocupa o centro da ação representativa, e a falta de bases mais estruturadas de representados, tende a situar a ação no plano da denúncia pública, que adquire um sentido político, no sentido de oposição aos representantes do Executivo ou Legislativo, que leva a um desgaste moral do próprio papel da representação pública. Dessa forma não se estabelece no plano da construção de novos direitos ou de ampliação das defesas do cidadão, através da ação do Estado, como situa BOBBIO¹⁷.

Os atores da saúde, por sua vez situam a idéia de cidadania como dimensão de seu trabalho, tanto em oposição aos que deixam de executá-lo devidamente, como àqueles que discriminam a o tipo de cliente a ser atendido. A cidadania participa da ação, como uma dimensão ética, de oferecer igualdade de condições a todos e de ter compromisso com o trabalho em saúde. Ainda surge a dimensão do direito, em oposição a noção de assistencialismo, na relação que a população estabelece com os serviços.

No âmbito dos atores dos bairros, idéias de direitos e cidadania adquiriram contornos diversos. A idéia comunitária, apareceu como defesa local, ao lado de um tipo de cidadania, que DURHAN³⁷ chamou de " participação da pessoa na esfera pública". Essa condição está presente na história

de vida e na concepção de atores entrevistados, que a partir de sua experiência pessoal, e dos círculos de participação comunitária, passariam a tornar-se interlocutores públicos para aquela esfera de ação. Por outro lado, essa modalidade de participação, que vincula-se a condição da pessoa que se torna interlocutor coletivo, estaria presente em um outro tipo de atuação, que através de ações diretas e a partir de vínculos com as autoridades, conquista determinados resultados e a partir deles estabelece um grau de autoridade local. Esse exemplo demonstraria uma concepção de direito e participação, que se estabelece por meios de vínculos tradicionais, e a partir da idéia de hierarquia e autoridade, que exerce árbitro local.

Quanto ao tema do Estado, num contexto como o de São José dos Campos em que empresas estatais e privadas estabeleceram esferas próprias de ação, em relação a seus funcionários, mediados em período mais recente pela ação sindical, que colocar-se-ia em oposição ao quadro organizativo das empresas e "produziria" reivindicações visando ganhos para a classe trabalhadora, este aparece através dos pacotes econômicos que influenciariam os níveis de salário e de emprego. Em menor proporção o Estado aparece no âmbito da cidade. Nesse caso, sua "política social" foi a de conciliando interesses mobiliários locais, empreender a urbanização dos bairros e manter a infra-estrutura pública. Esse aspecto - a atuação da administração sobre a cidade - desenvolveu um circuito político que vincularia as

associações de bairro a eleição de representantes para o legislativo local, que seriam legitimados a medida que obtivessem melhorias para seu território de origem. Essa prática aproximaria a esfera pública a uma ação instrumental, e tal como refere HABERMAS^{51,63}, esvazia a cena política dos significados interativos que ela possui, tais como a justiça, a igualdade, a legitimidade, etc... , colocando em seu lugar a obtenção de resultados em termos do consumo, dos serviços, que nesse caso referir-se-iam a ampliação e manutenção da infra-estrutura urbana.

Enquanto conclusões gerais refere-se que:

As correntes teóricas descritas, apontam para duas versões do movimento e da ação ,em sociedades capitalistas contemporâneas. Um sentido de autonomia, que estabelece-se a partir de uma crítica cultural e institucional e aponta para a diversidade de identidades e de questões que possam ser publicamente discutidas. A saúde passou a ser um território em que essas questões se entrecruzam. Por outro lado, reconstroem a relação da sociedade com o Estado, que como instituição resguardaria , criaria novas e compartilharia direitos inerentes à vida dos cidadãos. Essa função implicaria em conflitos com relação à defesa dos interesses capitalistas presentes nas sociedades. Os conflitos sociais, teriam ampliado seu espectro, e participariam da crise organizacional do Estado e da sociedade.

Em relação ao cenário observado situou-se:

1- O movimento dos atores da saúde expressava, além de reivindicações salariais ou organizacionais, no âmbito dos serviços de saúde, um sentido de oposição política e cultural. Que no plano mais imediato dos atores locais foi assimilado através de alguns resultados salariais e organizacionais.

2-Os atores sindicais também portam uma dimensão de crítica política e cultural, que entretanto se legitima por uma ação instrumental, a defesa de interesses dos trabalhadores pela manutenção das políticas de assistência e de emprego, promovida pelas empresas. Ou no caso de desemprego, oferecer assistência jurídica para reivindicar os direitos frente às empresas.

3-A institucionalização da participação constitui-se como uma esfera independente dos atores do movimento, vinculando-se a Administração Pública local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADORNO, R.C.F. Educação em saúde, conjunto política e violência no trânsito: o caso da Cidade de São Paulo. São Paulo, 1989. (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP).
2. ADORNO, R.C.F. et al O conhecimento e o poder: de quem é a palavra: relato de uma experiência de pesquisa participante. São Paulo. Rev. Saúde públ., S. Paulo 21: 405-12, 1987.
3. ADORNO, R.C.F. et al. Suicídios e homicídios em São José dos Campos: 1988. Faculdade de Saúde Pública USP / Prefeitura Municipal de São José dos Campos. Relatório Preliminar. São Paulo, FSP:SJC. Pref. Municipal, 1991.
4. ADORNO, T. & HORKHEIMER, M. Dialética do esclarecimento-fragmentos filosóficos. 2ª. edição Rio de Janeiro, Graal, 1986.
5. ADORNO, T.W. Sociologia (Grandes cientistas sociais). São Paulo, Ática, 1986. (Cohn, G., organizador).
6. ALMEIDA, M.H.T. Difícil caminho: sindicatos e política na construção da democracia: 327-367. In: REIS, F.W. & O'DONNELL, G. - A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. São Paulo. Edições Vértice, 1988.

7. ALTHUSSER, L. Ideologie et appareils ideologiques d'État. Paris, La Pensée, 1970.
8. _____ apud. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
9. _____ apud. PEREIRA, L. Capitalismo e saúde. In DONNANGELLO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidade, 1979. Apêndice
10. APOIO SINDICAL: Revista de Debates do Sindicato dos Metalúrgicos de São José dos Campos, (2), julho-agosto de 1988. Departamento de Apoio Sindical, São José dos Campos, 1988
11. APOIO SINDICAL : Revista de Debates do Sindicato dos Metalúrgicos Metalúrgicos de São José dos Campos. Edição Especial - novembro de 1989. Sindicato dos Metalúrgicos, São José dos Campos, 1989. Trabalho no Brasil: guerra com vítimas de um só lado. Acidente fatal na GM: versão dos trabalhadores.
12. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ATENDIMENTO A GESTANTE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. São Paulo, FSP, 1990. (trabalho de campo apresentado no 2º Curso Descentralizado de Especialização em Saúde Pública).
13. BELL, C. & ROBERTS, H. ed. Social Researching, politics, problems, practice. London, Rontledge & Kogan Paul, 1984. -
14. BERMAN, M. Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade. São Paulo, Cia das Letras, 1986.

15. BERLINGUER, G. Medicina e política. São Paulo, CEBES/ HUCITEC, 1978.
16. BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1983.
17. BOBBIO, N. Estado governo sociedade . Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
18. BOBBIO, N. apud. DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade, São Paulo, Duas Cidades, 1979.
19. BOBBIO, N. apud. FLEURY, S.T. Cidadania, direitos sociais e estado. In: Conferência Nacional de Saúde, 8^a, Brasília, 1986. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1987 p. 91-112
20. BOSCHI, R.R. A arte da associação- política de base e democracia no Brasil. São Paulo, Vértice Editora Revista dos Tribunais, 1987.
21. BRAGA, J.C. & PAULA, C. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
22. BRANDÃO, C.R./org./ Pesquisa participante. Brasiliense, São Paulo, 1981.
23. BRANT, V.C./coord./ Paulínia: petróleo e política Campinas, Sindicato dos Petroleiros de Campinas e Paulínia; São Paulo, CEBRAP, 1990.
24. CALDEIRA, T. A presença do autor e a pós modernidade em antropologia. Novos Estudos Cebrap (21):133-56, Jul.1988.
25. CARDOSO, F.H. População e crescimento econômico notas sobre a estrutura sócio-econômica de São José dos

- Campos. In: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Estudos de População v.2 :1-38. São Paulo, 1977.
26. CARDOSO, Ruth Corrêa Leite Os movimentos populares no contexto da consolidação da democracia. In: REIS, F. W. & O'DONNEL, G. /org./ A democracia no Brasil. Dilemas e perspectivas. São Paulo, Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1988, p. 368-382.
 27. CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO-CEBRAP. Estudos de População. São Paulo, 1977. v 2. São José dos Campos
 28. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 8a. , Brasília, 1986.Anais Brasília,Ministério da Saúde, 1987.
 29. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 1978. Relatório, Brasília, UNICEF, 1979.
 30. COHN, A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo - Editora Moderna, 1980.
 31. DA MATTA,R. A casa e a rua. São Paulo, Brasiliense, 1985.
 32. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO DIESAT.- Insalubridade, morte lenta no trabalho São Paulo, Oboré Editorial, 1989.
 33. DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil - a década de 70. Rio de Janeiro ABRASCO/PEC/ENSP, 1983.

34. DONNANGELO, M.C.F. Medicina e sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.
35. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
36. DUBET, F. La galère jeunes en survie Paris, Fayard 1987.
37. DURHAN, E.R. Movimentos sociais, a construção da cidadania. Novos Estudos Cebrap 10: 24-31.1984
38. _____ apud. JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo, Cortez Editora, 1989.
39. DURKHEIM, E. De la division du travail social, 7a. ed., Paris, PUF, 1960.
40. _____. El suicidio Buenos Aires, Editorial Schapire, 1965.
41. ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1^o, São Paulo, 1988. Trabalhos (resumos) São Paulo, Escola Enfermagem da USP, Departamento de Enfermagem da UFSC. 1988.
42. FLEURY, S. /org./ Reforma sanitária. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989.
43. FOUCAULT, M. A arqueologia do saber Petrópolis, Vozes, 1972
44. _____. As palavras e as coisas Lisboa, Portugália, s.d.
45. _____. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

46. _____ . Vigiar e punir. Petrópolis, Vozes, 1977.
47. _____ apud. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
48. _____ apud. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
49. FUNDAÇÃO SEADE. Informe Demográfico, 23, São Paulo, Fundação Seade, 1990.
50. FUNDAÇÃO SEADE. Mortalidade por causas. Município São José dos Campos, 1975-1987.
51. GRAMSCI, A. apud DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas cidades, 1979.
52. _____ apud. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
53. _____ apud. FLEURY, S./org/ Reforma sanitária, São Paulo, Cortez editora, 1989
54. GRUPPI, L.O o conceito de hegemonia em Gramsci Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978, 2a. ed.
55. GOFFMAN, E. Prisões, manicômios e conventos. São Paulo, Editora Perspectiva, 1976.
56. GAWRYSZEWSKI, M. Uma proposta de ação sindical na luta pela saúde. Apoio sindical. Revista de Debates do Sindicato dos Metalúrgicos de São José dos Campos, no. 1: 16-22, 1988.
57. GREEN, L.W. & McAlisten, K. Macro - intervention to support health behavior: some perspectives and

- practical reflections. Hlth Educ Quart, 11:322-39, 1984.
58. GONZALES, F.C. Razão e política - entrevista de Claus Offe. Lua nova, São Paulo, 19: 81-106, 1989.
 59. HABERMAS, J. A nova intransparência. Novos Estudos. CEBRAP, 18: 103-114, 1987.
 60. _____. A unidade da razão na multiplicidade de suas vozes. Rev. fil. bras., 4:53-86, 1989..
 61. _____. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
 62. _____. El discurso filosofico de la modernidad. Madrid, Taurus, 1989.
 63. _____. Mudança estrutural da esfera pública, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.
 64. _____. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa, Edições 70, 1987.
 65. _____. apud. MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais? Lua nova, Revista de Cultura Política, 17, jun. 1989.
 66. HEGEL, A. apud HABERMAS, J.. El discurso filosofico de la modernidad. Madrid, Taurus, 1989.
 67. HUNTINGTON, S. apud LAPEYRONNIE, D. Mouvements sociaux et action politique - existe-t-il une théorie de la mobilisation des ressources? Rev.franç.Sociol., 29:593-616, 1988.
 68. ILLICH, I. A expropriação da saúde, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

69. ILLICH, I. apud DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. Saúde e sociedade. São Paulo. Duas cidades, 1979.
70. JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo, Cortez Editora, 1989.
71. JICK, J.D. Mixing qualitative and quantitative methods: transgulation. - In: WAANEW, J. /ed/. Qualitative methodology -Beverly Hills, 4th ed. Sage Publications, 1985, p. 135-148.
72. KANT, I. Crítica da razão pura, 4ed., São Paulo, Nova Cultural, 1991.
73. KANT, I. apud HABERMAS, J. El discurso filosofico de la modernidad. Madrid, Taurus, 1989.
74. LAPEYRONNIE, D. Mouvements sociaux et action politique - existe-t-il une théorie de la mobilisation des ressources? Rev.franç.Sociol., 29: 593-616, 1988
75. LEVI-STRAUSS, C. Os limites do conceito de estrutura in FORACHI, M.M. & MARTINS, J.S. Sociologia e sociedade, Rio de Janeiro. Livros Técnicos e Científicos, 1978.
76. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
77. MARCUSE, H. apud. BERMAN, M. Tudo que é sólido desmancha no ar : a aventura da modernidade. São Paulo, Companhia das Letras, 1986.
78. _____ apud. HABERMAS, J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa, Edições 70, 1989.
79. MARX, K. apud HABERMAS, J. El discurso filosofico de la modernidad. Madrid, Taurus, 1989.

80. _____ La ideologia alemana. 4a.ed., Montevideo, Ediciones Pueblos Unidos, 1972.
81. MELO, J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do CEDES, (4): 28-43, 1984.
82. MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais? Lua nova, 17, junho, 1989.
83. MERHY, E. O capitalismo e a saúde pública. Campinas, Papirus, 1985.
84. MERTON, R.K. Teoría y estructura sociales, Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1964.
85. MOISÉS, J.A. Contradições urbanas, estado e movimentos sociais. CEDEC Rev. Cult. Pol., 1: 27-34, 1979.
86. NAVARRO, V. Crisis health and medicine. New York, Tavistock Publ., 1986.
87. NAVARRO, V. Medicine under capitalism. New York, Prodist, 1976.
88. NUNES, E.D. /org./ Juan Cesar Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez Editora/ABRASCO, 1989
89. OFFE, C. apud.HABERMAS, J. A nova intransparência. Novos Estudos. CEBRAP, 18: 103-114, 1987.
90. _____ . Capitalismo desorganizado. São Paulo, Brasiliense, 1989.
91. _____ apud. JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo, Cortez Editora, 1989.

92. OSHIRO, J.H. Educação para a saúde nas instituições de saúde pública. São Paulo, 1988. (Dissertação de Mestrado PUC São Paulo, 1988.)
93. PACHECO, C.A. Urbanização e alterações na estrutura ocupacional: uma avaliação das transformações nas cidades médias - paulistas entre 1970 e 1980. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 40. Brasília, Anais Brasília, 1988.p. 395-436.
94. PARSONS, T. Sociological theory and modern society, New York, The Free Press, 1967.
95. PENNA V.J. Fontes pouco convencionais na sociologia brasileira - uma avaliação da produção recente. Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 33(1):147-74, 1990.
96. PEREIRA, L. Capitalismo e saúde. In: DONNÂNGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade . São Paulo, Duas Cidades, 1979.
97. POLACK, J.C. La medicine du capital. Paris, Maspero, 1972.
98. POLACK, J.C. apud. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade, São Paulo, Duas Cidades, 1979.
99. POSSAS, C.A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1981.
100. POULANTZAS, N. Poder político e classes sociais. Porto, Portucalense Editora, 1971.
101. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. Participação popular

- no controle da saúde. São José dos Campos, s.d.
(mimeografado).
102. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.
Secretaria Municipal de Saúde. Saúde para todos: com
a participação de todos. São José dos Campos, s.d.
(mimeografado). -
103. POULANTZAS, N. apud. LUZ, M.T. As instituições médicas
no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
104. POULANTZAS, N. apud. PEREIRA, L. Capitalismo e saúde.
In: DONNÂNGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. Saúde e sociedade
. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
105. RIBEIRO, R. J. Recordar Foucault. São Paulo,
Brasiliense, 1985.
106. ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio
de Janeiro, Graal, 1980.
107. ROSEN, G. A history of public health. N. York, Md
Publication, 1958.
108. ROUANET, S.P. As razões do Iluminismo. São Paulo,
Companhia das Letras, 1987.
109. SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena:
experiências, falas e lutas dos trabalhadores da
Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro, Paz e
Terra, 1988.
110. SÃO PAULO: 1975 Crescimento e pobreza. São Paulo,
Edições Loyola, 1975.
111. SARTRE, P. apud. ANSART, P. Les sociologies
contemporaines, Paris, Éditions du Seuil, 1990.

112. Pesquisa Instrumental. Secretaria do Planejamento do Município de São José dos Campos. São José dos Campos, 1990.
113. SEMEGHINI, V. & ARAUJO, F. Municípios paulistas: crescimento recente e trajetórias alternativas. São Paulo em Perspectiva. 3 :75-78, Jul/Set 1989.
- 114..SINDICATO DOS METALÚRGICOS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO TRABALHADOR. A saúde está doente ? Qual é o remédio? São José dos Campos, s/d.(Folheto de divulgação).
115. SINGER,P.& BRANT, V.C. /org./ São Paulo, o povo em movimento. Petrópolis, Vozes, 1981.
116. TELES, J. Movimento sindical no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Vitória, 1982.
117. TOURAINE, A.apud MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais? Lua nova , 17, junho, 1989.
118. _____ Le retour de l'acteur. Paris, Fayard, 1984.
119. _____ A intervenção sociológica. Novos Estudos CEBRAP, 1(3):37-45,1982.
120. _____ Os novos conflitos sociais, para evitar mal entendidos. Lua nova, 17, junho, 1989.
121. TOURAINE, A. Palavra e sanque: política e sociedade na América Latina. São Paulo. Trajetória Cultural Campinas. Editora da UNICAMP, 1989.
122. VALLA, V.V. & SIQUEIRA, S.A.V. O centro municipal de saúde e a participação popular. In: COSTA,N.R. et

- al.,/org./ Demandas populares, políticas públicas e saúde: ciências sociais e saúde coletiva, Petrópolis, Vozes, 1989, vol. 1 p: 45-65.
123. VALENZUELA.J.S. apud ALMEIDA,M.H. "Movimentos obreros y sistemas politicos: un analisis conceptual y tipologico". - Desarrollo economico, 23(91): 339-368.
124. WEBER, M. Ensaio de sociologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1963.(org. e trad. de GERTH, H & MILLS,W.)
125. _____ apud. LUZ,M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
126. _____ apud. HABERMAS,J. Técnica e ciência como ideologia. Lisboa, Edições 70, 1979.
127. WITT,A. Delfos : proposta tecnológica alternativa, São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1983.

ERRATA

PÁG. ONDE SE LÊ :

LEIA-SE :

4	a partir de tendência e autores do pensamento social	a partir de tendências e de autores do pensamento social
6	perspectivca	perspectiva
12	Considerandos-se esse, pode-se	Considerando-se esses aspectos, pode-se
14	"novos" valores da corporação	"novos" atores da corporação
19	normatização que, contexto da 2.uma ação alternativa	normatização que, no contexto da 2.uma ação interativa
28	instiuições	instituições
29	divisão em duas correntes propostas, do bloco "progressista de "agentes" sociais -localizados em universidades, ministério da saúde, Instituto de Previdenciários-em relação a conduta da política de saúde: aqueles denominados "campanhistas"	divisão em duas correntes, em relação à conduta da política de saúde: do bloco "progressista" de "agentes" sociais-localizados em universidades Ministério da Saúde, institutos de previdenciários- denominados de "campanhistas", que indicavam como meta prioritária o combate às
33	pela estruturas sociais	pelas estruturas sociais
35	Encontraria-se esses referênciais	Encontrar-se-iam esses referenciais
39	sociedades	sociedades
40	Estado, ao mesmo tempo	Estado, que ao mesmo tempo
52	foi desenvolvido por dse	foi desenvolvida por de
54	"alienação", aplicado relação	"alienação" aplicado à relação
55	"cultura de masa"	"cultura de massa"

56	caracterizava-se	caracterizava-a
57	sociedade	sociedade
59	encontraria-se	encontrar-se-ia
60	teórico	teórica
61	demonstrar que forma essas saber encontraria-se	demonstrar de que forma saber encontrar-se-ia
64	básia	básica
65	repeito	respeito
66	qque poer	que poder
	Nessa fase a formação da vontade	Na fase inicial, a formação da vontade.
69	caracterizaria-se por um tipo	caracterizar-se-ia por um tipo
	A política tornar-se propaganda em que antes de discutir	A política torna-se propagan- ganda, antes de discutir
70	"prênde"	"prendem"
71	propaganda assim com da capacidade assitem tornarse inversa aos funcionalista cosumo	propaganda assim como da capacidade assistem tornar-se inversa aos funcionalistas consumo
72	bem estar, tornaria-se uma questão	bem estar, tornar-se-ia uma questão
73	estatal, refletiria-se linearmente como o sendo o do	estatal, refletir-se-ia linearmente como sendo do
74	cao	caso

75	estruturaria-se como campo	estruturar-se-ia como campo
76	Operaria-se, ao mesmo tempo administração pública veriam-se	Operar-se-ia, ao mesmo tempo administração pública ver-se- iam
77	Como tais, apontaria-se as	Como tais, apontar-se-ia as
83	(tradução nossa)	(tradução nossa) ²⁴
85	níveisde	níveis de
87	das formas e processos institucional movimentos sociais por trabalhadore	das formas e do processo institucional movimentos sociais por trabalhos
88	de mudança social, e ao mesmo tempo distina	de mudança social, ao mesmo tempo distinta
90	Ignorar o 2º parágrafo pela análises realizadas	 pelas análises realizadas
93	noção tradicional, voltada	noção de sociedade relacional, voltada
98	a atorização dos atores	a atomização dos atores
100	entrevistascom	entrevistas com
101	entrevistaram-se pessoa	entrevistaram-se pessoas
103	publicametne datase o local	publicamente datas e o local
104	repositas Quando se fechava e o caderno	respostas Quando se fechava o caderno
107	ciências sociais, que inclusive discussões múltipla	ciências sociais, as quais inclusive discussões múltiplas
109	apresenta as fala	apresenta as falas

112	Ignorar o 2º. parágrafo.	
113	verdade, e existente na ação de pesquisa	verdade, e a relação existente na ação de pesquisa
114	"nova verdades"	"novas verdades"
119	insdústrias	indústrias
120	Ignorar as taxas: (2,7%), (7,2%) e (6,5%).	
123	domicílios servidos por rede de esgotamento de esgoto.	domicílios servidos por rede de esgoto
124	semana. Por essa razão há no município focos de esquistossomose.	semana, há no Município focos de esquistossomose.
129	comaprados	comparados
131	niões conjugais	uniões conjugais
133	subordinopu-se	subordinou-se
137	construção de unidades estabeleciam	construção de unidades e estabeleciam
138	possívies	possíveis
139	implantação aos conselhos	implantação dos conselhos
142	Ignorar o terceiro parágrafo	
152	instâncias políticas do Município e obtendo melhorias prinicplamente	instâncias políticas do Município, obtendo melhorias principalmente
157	corpporações	corporações
	Respaldado por um que, embora	Respaldado por um discurso que, embora
158	tornaria-se	tornar-se-ia
162	expandiria-se	expandir-se-ia
163	Destacaria-se	Destacar-se-ia
164	materiaiais	materiais

168	ação sindical referia-se situações,	ação sindical referia a situações,
169	"participação". E uma valorização	"participação", e uma valorização
171	sindicias	sindicais
183	O discurso dos atores médicos	O discurso dos atores sociais da corporação médica
185	a um sistema que interessaria de ausência de direitos	a um sistema no qual interes- saria a ausência de direitos
193	O Distrito de Eugêcio de Mello região e em contraste	O Distrito de Eugênio de Mello região em contraste
194	destacando se desenvolveu desenvolvida	destacando se desenvolveu desenvolvida
196	referência festa	referência feita
199	que compõe-se	que se compõe
200	Associação dos Aposentados Sem Terra	Associação dos Sem Terra
202	No da reivindicação por saneamento incertta permanete	No que toca à reivindicação por saneamento incerta permanente
203	iguldade	igualdade
204	requisitis	requisitos
206	interpeta masí	interpreta mais
207	alejado	aleijado
210	colocaria-se	colocar-se-ia

211 dariam-se	dar-se-iam
definiria-se	definir-se-ia
descreveria-se	descrever-se-ia
que encontra-se	que se encontra
212 mecanismos de decisórios	mecanismos decisórios
213 acad	cada
217 caractgrizado	caracterizado
218 sindicl	sindical
219 não logram formular	não logrou formular
220 estaria colocado	estaria colocada
caracterizando como "assisten- cialismo"	caracterizado como "assisten- cialismo"
223 proporia-se	propor-se-ia
226 trabalo	trabalho
230 "ambientalista" e de segurança possui limitações	"ambientalista" possui limitações
231 pressupostos de organização e de forma de participação	pressupostos de organização e da forma de participação
instrumetais	instrumentais
233 que realiza-se	que se realiza
239 a respeito do sindicato é utililizado na comparação	a respeito do sindicato são utilizadas na comparação
248 pela Estatais	pelas estatais
250 36,21% acima de 10 salários	36,21% acima de 20 salários
251 que expressa-se	que se expressa
que utilizou-se	que se utilizou

257 e define-se prioridades e, articula-se com
a esfera pública através da denúncia e uti-
lizando-se a mídia e os grupos locais

define-se prioridades e articula-se
com a esfera pública através da de-
núncia, utilizando-se da mídia e
dos grupos locais

260 sustenta o sindical
"movimentos sociais"
da cidadania e dos direitos

sustenta o sindicato
"movimentos sociais"
da cidadania e dos direitos

265 discriminam a o tipo

discriminam o tipo

266 que vincula-se

que se vincula