

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde

Wéllia Pimentel Santos

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO RIO
PRETO/MG NA PERSPECTIVA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS
PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Diamantina

2017

Wéllia Pimentel Santos

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO RIO
PRETO/MG NA PERSPECTIVA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS
PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wellington de Oliveira
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Simone de Paula dos Santos

**Diamantina
2017**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

S237a

Santos, Wéllia Pimentel

A atenção primária à saúde do município de São Gonçalo do Rio Preto na perspectiva da representação social dos protagonistas do Sistema Único de Saúde / Wéllia Pimentel Santos. – Diamantina, 2017. 149 p. : il.

Orientador: Wellington de Oliveira

Coorientadora: Simone de Paula dos Santos

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Saúde. 2. Usuários. 3. Profissionais. I. Oliveira, Wellington de. II. Santos, Simone de Paula dos. III. Título. IV. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 362.1

Elaborado com os dados fornecidos pelo (a) autor (a).

Wéllia Pimentel Santos

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO RIO
PRETO/MG NA PERSPECTIVA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS
PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wellington de Oliveira

Data de aprovação: 11/ 10/ 2017.

Prof. Dr. Wellington de Oliveira (UFVJM)

Prof^a. Dr^a Silvia Regina Paes (UFVJM)

Prof. Dr. Flávio César Freitas Vieira (UFVJM)

Diamantina

À todos os usuários dos serviços de saúde que enfrentam diariamente as intempéries deste sistema.

AGRADECIMENTOS

A todos os meus familiares, especialmente, meus pais pelo incondicional apoio;

À UFVJM pela excelente formação acadêmica e cidadã;

Ao orientador e amigo Wellington de Oliveira, um agradecimento muito especial, pelos ensinamentos e incentivo pela condução no processo acadêmico;

À coorientadora Simone pela disponibilidade e considerações brilhantes;

À minha especial amiga Priscila Bellini, que apesar dos poucos meses de convivência, tem sido ímpar nesta trajetória.

À banca examinadora que se disponibilizou em participar deste momento tão importante da minha vida trazendo contribuições que enriqueceram este trabalho.

Meus mais sinceros agradecimentos.

Ode ao burguês

*Eu insulto o burguês! O burguês-níquel,
o burguês-burguês!
A digestão bem-feita de São Paulo!
O homem-curva! o homem-nádegas!
O homem que sendo francês, brasileiro, italiano,
é sempre um cauteloso pouco-a-pouco!*

*Eu insulto as aristocracias cautelosas!
Os barões lampiões! os condes Joões! os duques
zurros!
que vivem dentro de muros sem pulos;
e gemem sangues de alguns mil-réis fracos
para dizerem que as filhas da senhora falam o
francês
e tocam os "Printemps" com as unhas!*

*Eu insulto o burguês-funesto!
O indigesto feijão com toucinho, dono das
tradições!
Fora os que algarismam os amanhãs!
Olha a vida dos nossos setembros!
Fará Sol? Choverá? Arlequinal!
Mas à chuva dos rosais
o êxtase fará sempre Sol!*

*Morte à gordura!
Morte às adiposidades cerebrais!
Morte ao burguês-mensal!
ao burguês-cinema! ao burguês-tílburi!
Padaria Suissa! Morte viva ao Adriano!
"Ai, filha, que te darei pelos teus anos?
Um colar... Conto e quinhentos!!!
Mas nós morremos de fome!"*

*Come! Come-te a ti mesmo, oh gelatina pasma!
Oh! purée de batatas morais!
Oh! cabelos nas ventas! oh! carecas!
Ódio aos temperamentos regulares!
Ódio aos relógios musculares! Morte à infâmia!
Ódio à soma! Ódio aos secos e molhados!
Ódio aos sem desfalecimentos nem
arrepentimentos,
sempiternamente as mesmices convencionais!
De mãos nas costas! Marco eu o compasso! Eia!
Dois a dois! Primeira posição! Marcha!
Todos para a Central do meu rancor inebriante
Ódio e insulto! Ódio e raiva! Ódio e mais ódio!*

*Morte ao burguês de gíolhos,
cheirando religião e que não crê em Deus!
Ódio vermelho! Ódio fecundo! Ódio cíclico!
Ódio fundamento, sem perdão!*

Fora! Fu! Fora o bom burguês!...

De Paulicéia desvairada (1987)

Mário de Andrade

RESUMO

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Tendo como base esse Artigo da Constituição Brasileira de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, a fim de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde dos brasileiros. A Constituição de 1988 concedeu cidadania aos direitos da saúde, estabelecendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, definindo em seu Art. 196, que a saúde não depende apenas de ações e serviços de saúde, assistência médica, mas que a saúde depende de políticas sociais e econômicas que melhorem o bem-estar, que atuem significativamente sobre as condições de vida e saúde da população. E, finalmente, a Constituição define que todo brasileiro tem direito ao acesso universal e igualitário a ações e serviços à saúde, desde a promoção até a sua reabilitação. Isso, portanto, foi uma imensa conquista. De tal modo, é por esta via que o presente estudo pretendeu balizar. Ou seja, de modo a apreender as representações sociais dos protagonistas do SUS tendo como recorte de estudo o município de São Gonçalo do Rio Preto/MG, pertencente à mesorregião Jequitinhonha. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, por meio destas duas instituições: Unidade Mista de Saúde - UMS e Estratégia Saúde da Família – ESF, envolvendo uma análise bibliográfica. O corpus de análise deste trabalho se constitui a partir da coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas a partir de entrevistas com usuários e profissionais da ESF. O estudo fundamentou-se na perspectiva teórico-metodológica da Teoria das Representações Sociais, apoiando-se, especialmente, no primeiro teórico que abordou sobre o assunto, Serge Moscovici, abarcando, por esta via, a análise do discurso enquanto dispositivo teórico e analítico, a fim de que fossem apreendidos os sentidos do contexto social do público-alvo, a partir da interpretação de elementos das práticas sociais e da língua. Vale também ressaltar que o método utilizado para as entrevistas consistiu-se na História Oral. Com isso pretendeu-se apreender subjetivamente as peculiaridades discursivas apresentadas nas entrevistas. Os principais resultados obtidos da pesquisa demonstram que os entrevistados possuem um conhecimento pouco mediano da política pública de saúde. Espera-se que tal estudo possa ser utilizado como ferramenta para subsidiar profissionais e gestores de saúde na busca de soluções que tragam benefícios para a realidade local.

Palavras chave: SUS. Saúde Coletiva. São Gonçalo do Rio Preto.

ABSTRACT

Health is the right of everyone and the duty of the State. Based on this Article of the Brazilian Constitution of 1988, the Unified Health System - SUS was created in order to guarantee universal and equal access to actions and services for the promotion, protection and recovery of the health of Brazilians. The Constitution of 1988 granted citizenship to the rights of health, establishing health as a right for all people and duty of the State, defining in its Art. 196, that health does not depend only on actions and health services, medical care, but it depends on social and economic policies that improve well-being, which act significantly on the living conditions and health of the population. And, finally, the Constitution defines that every Brazilian has the right to universal and equal access to health actions and services, from promotion to rehabilitation. This, therefore, was an immense achievement. Thus, it is by this way that the present study intended to mark. In other words, in order to apprehend the social representations of the protagonists of the SUS having as a study cut the municipality of São Gonçalo do Rio Preto / MG, belonging to the Jequitinhonha mesoregion. It was a qualitative research, through these two institutions: Mixed Health Unit - UMS and Family Health Strategy - ESF, involving a bibliographic analysis. The corpus of analysis of this work is constituted from the collection of data through semi-structured interviews conducted from interviews with users and professionals of the FHS. The study was based on the theoretical-methodological perspective of the Theory of Social Representations, based especially on the first theoretician who approached the subject, Serge Moscovici, covering, in this way, the analysis of discourse as a theoretical and analytical device, In order to capture the senses of the social context of the target audience, based on the interpretation of elements of social practices and language. It is also worth mentioning that the method used for the interviews consisted of Oral History. With this we tried to understand subjectively the discursive peculiarities presented in the interviews. The main results obtained from the research demonstrate that the interviewed have a little median knowledge of public health policy. It is expected that such a study can be used as a tool to subsidize professionals and health managers in the search for solutions that bring benefits to the local reality.

Keywords: SUS. Collective health. São Gonçalo do Rio Preto.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas médias percentuais de crescimento econômico. Brasil – 1920-1939.....27

Tabela 2 - Sindicalização da população ocupada adulta no Brasil39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Código das variáveis	105
Quadro 2 - Perfil dos sujeitos.....	105
Quadro 3 - Perfil dos sujeitos (nível superior/especialização).....	106
Quadro 4 - Tempo de atuação no serviço público municipal.....	107

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

COPANOR - Companhia Energética do Norte e Nordeste de Minas Gerais

DMP - Departamento de Medicina Previdenciária

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IEF - Instituto Estadual de Florestas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS - Lei Orgânica de Previdência Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Programa Nacional por Amostragem e Domicílio

PREVSAÚDE - Previdência e Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

STJ - Supremo Tribunal de Justiça

SUS - Sistema Único de Saúde

UMS - Unidade Mista de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	18
2.1 Conceitos basilares.....	19
2.2 Imaginários sociodiscursivos.....	21
2.3 Teoria das representações sociais e saúde.....	24
3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	26
3.1 Era Vargas: resgate histórico sobre a organização do sistema de saúde brasileiro.....	26
3.2 Ditadura Militar: 1964-1984.....	31
3.3 O movimento pela Reforma Sanitária.....	34
3.4 O governo Figueiredo (1979-1984) PREVSAÚDE e AIS.....	38
3.5 Transição democrática	43
3.6 A 8ª Conferência Nacional de Saúde	45
4 CATEGORIAS DE ANÁLISE	51
4.1 República populista e o mal-entendido democrático	51
4.1.1 <i>Mas, afinal, o que é democracia?</i>	53
4.1.2 <i>Trabalhismo brasileiro: a democracia do povo</i>	56
4.1.3 <i>Uma visão do populismo contemporâneo</i>	60
4.2 Clientelismo político.....	64
4.3 Cidadania: direitos e deveres.....	67
4.4 Ética e moral.....	71
4.5 Serviço público.....	75
4.6 Nepotismo.....	79
4.7 Empoderamento.....	85
4.7.1 <i>Empoderamento e protagonismo na promoção da saúde</i>	88
5 COORDENADAS DA PESQUISA.....	93
5.1 Cenário da pesquisa	93
5.2 Procedimentos metodológicos.....	97
5.3 Do corpus e sua constituição.....	99

6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROTAGONISTAS DO SUS.....	103
6.1 Perfil dos entrevistados.....	105
6.2 Imaginário da eficiência/ineficiência.....	108
6.3 Imaginário da Universalidade.....	111
6.4 Imaginário da concepção do direito à saúde.....	113
6.5 Imaginário da desqualificação do gratuito.....	116
6.6 Imaginário da interferência política na saúde.....	122
6.7 Imaginário da participação popular.....	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS.....	137
ANEXO I.....	146
ANEXO II.....	147
APÊNDICE I.....	149

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se deve a partir de inquietações e necessidades vivenciadas durante a prática profissional, fruto das relações de trabalho e das experiências construídas na área da saúde pública. Tais preocupações, vivenciadas no cotidiano de trabalho, tanto quanto os conflitos que daí emergem, motivaram a busca de conhecimentos e de respostas para os problemas que dificultam a qualidade de vida e da saúde da população tratada.

Ressalta-se que o interesse em desenvolver a pesquisa em foco se deu por atuar nesta área, e assim, poder dar contribuições e retorno à mesma.

De tal modo, fundamentalmente, a escolha desta temática faz parte de uma construção pessoal e profissional aprofundada, pela possibilidade de oferecer um espaço para que as representações dos protagonistas do Sistema Único de Saúde possam ser recuperadas e discutidas, isto porque a experiência do usuário em um serviço de saúde não acontece apenas enquanto ele está inserido numa unidade de saúde. Sua jornada engloba todos os momentos em que este usuário se relaciona com estes estabelecimentos, desde encontrar uma vaga para atendimento médico, ter um técnico disponível para atendê-lo, ou ainda, pelo seu primeiro contato com as unidades de saúde ou pelas consecutivas vezes em que frequenta o local. Tudo isso faz parte do seu protagonismo neste sistema.

Destarte, o objetivo desta pesquisa pautou-se em avaliar, na perspectiva da representação social dos usuários e profissionais de saúde, a eficiência da gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) oferecida nas unidades de saúde (UMS e ESF) localizadas no município de São Gonçalo do Rio Preto/MG, em que o atendimento é realizado pelos profissionais contratados pela APS Mariquinha da Silva.

Esse contexto possibilita a percepção de inúmeras questões a serem refletidas. Contudo, as questões que nortearão o desenvolvimento dessa pesquisa serão: como o princípio da integralidade vem sendo incorporado na gestão do sistema municipal de saúde de São Gonçalo do Rio Preto? Quais são os fatores que têm facilitado e/ou dificultado a operacionalização desse princípio pelo SUS do município em foco? Quais as percepções dos protagonistas do SUS no que tange à operacionalização deste serviço? Esses são, portanto, questionamentos que estão na base de grande parte das críticas à política de saúde.

Os desafios são muitos. Ao mesmo tempo em que apreendemos o SUS como um sistema garantido constitucionalmente, por outro, temos o desafio de analisar o cenário de saúde brasileiro.

Nesta perspectiva, esta pesquisa torna-se relevante por fomentar a interação e o debate social em torno das políticas de saúde no Brasil e em âmbito local. De tal modo, a proposta subsidiou-se em partir do micro, ou seja, do contexto local, para que assim seja possível apreender as particularidades do macro – contexto global, do SUS.

Este trabalho foi organizado em cinco capítulos e as considerações finais, sendo eles: Teoria das Representações Sociais; Organização do Sistema de Saúde Brasileiro; Categorias de Análise e bases teóricas para diagnóstico das entrevistas; Coordenadas da Pesquisa; Representação Social dos Protagonistas do SUS. Essas etapas não podem ser analisadas de forma independente. Seu sentido é grupal, dependendo da costura epistêmica do todo.

Assim sendo, o primeiro capítulo abarca os conceitos basilares da teoria das representações sociais, haja vista que o estudo fundamentou-se nesta perspectiva teórico-metodológica; os imaginários sociodiscursivos, como um conceito proposto com fins de integrar a noção de imaginário ao quadro teórico da análise do discurso e a correlação da teoria das representações sociais e saúde.

O segundo capítulo abrange a forma na qual foi organizado o sistema de saúde brasileiro. De tal modo, é realizado um resgate histórico da seguridade social no Brasil por meio das políticas públicas de saúde a partir da Era Vargas à Constituição de 1988.

O terceiro capítulo descreve as categorias de análise para o diagnóstico das entrevistas apresentando alguns conceitos e hipóteses que irão contextualizar as entrevistas.

O quarto capítulo apresenta as coordenadas da pesquisa, o que implica no percurso metodológico utilizado para o seu desenvolvimento e o cenário em que a mesma foi realizada.

O quinto capítulo apresenta os resultados das entrevistas por meio das representações sociais dos protagonistas do SUS, utilizando-se para isso a análise do discurso, no qual os resultados são detalhados e descritos por meio dos imaginários sociodiscursivos.

Nas considerações finais são tecidas reflexões acerca do estudo realizado, e observações relativas aos conteúdos das representações sociais desveladas mediante o percurso da pesquisa. Além disso, são realizados direcionamentos para outros trabalhos de pesquisa relacionados direta ou indiretamente ao tema, bem como a proposta de algumas intervenções possíveis de serem feitas no contexto da pesquisa em foco.

Assim sendo, esta pesquisa apresenta um diagnóstico que pode contribuir para a atuação dos profissionais de saúde que estão inseridos na atenção básica de saúde do município em foco, além de subsidiar profissionais que compartilham realidades similares.

2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de representação social é relativamente recente na história da Filosofia e das Ciências Sociais. A expressão representação enquanto categoria de pesquisa inicia-se nas ciências sociais, no início do século XX, com o sociológico e cientista político Émile Durkheim (1858-1917). O sociólogo trabalha a categoria com a denominação de representações coletivas, a partir de uma perspectiva voltada para o funcionalismo e positivismo. E depois, por quase meio século, não são retomados os estudos das representações.

Quando se fala sobre representações é possível associá-la como uma expressão que aparece com diferentes adjetivos, tais como: representações coletivas, representações sociais, representações culturais, dentre outros. Esses adjetivos refletem distintas perspectivas teóricas. Todavia, o conceito de representação social, na perspectiva dos imaginários sociodiscursivos, nos parece pertinente à medida que se pretende convergir para o campo social.

A apreensão do termo ‘representações’ não só permite aos indivíduos ter uma visão de mundo, como também permite que os mesmos lancem mão de estratégias de ação para atuarem em determinado espaço ou grupo social.

Portanto, discutir as representações sociais se deve ao fato de que as mesmas estão intrinsecamente ligadas “aos processos sociais implicados com diferenças na sociedade” (MOSCOVICI, 2015, p. 16). Por esta via, é possível apreender a representação social como algo que une as pessoas a uma forma de ver o mundo, que é então cristalizada, transformada e veiculada socialmente com determinada conotação e sentido.

Remeter-se ao termo representação social se deve justamente pelo fato de representar uma realidade, seja para um determinado sujeito ou para um grupo de sujeitos. E tudo isso se dá por meio da socialização. Desde a fase da infância o indivíduo aprende determinadas questões, conhecimentos de mundo, tornando-se, assim, possível a assimilação e tudo isso auxilia na interação coletiva.

Sá apud Lima alega que as representações sociais podem ser formadas em todos os ambientes e interações sociais. Nas palavras da autora:

[...] as representações também se formam em lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam, como no almoço, jantar, fila de banco, ônibus, supermercado, trabalho, escola e salas de espera. São pensamentos de um ambiente, onde se desenvolve a vida cotidiana [...] (SÁ, 1995 apud LIMA, 2005, p.17).

Ressalta-se, contudo, que as representações mudam, sobremaneira, com o passar do tempo, no espaço, de acordo com a sociedade. Mas, por outro lado, elas são utilizadas como orientação, estratégias para o agir do indivíduo no ambiente social, de modo que passam a ser socializadas por meio do contato com as pessoas, no cotidiano. E na medida em que são assimiladas, ainda que de maneira muito assistemática, vão moldando os comportamentos e ações humanas.

2.1 Conceitos basilares

Em meados do século XX, a partir de 1960 a 1970, o psicólogo social romeno, radicado na França, Serge Moscovici (1925-2014) retoma a categoria representações com foco na psicologia social. Moscovici tenta, a partir de sua teoria das representações sociais, atenuar o determinismo trazido por Durkheim mostrando que as representações tendem a determinar os pensamentos e as ações individuais. Assim, ao retomar a categoria representações, dá uma perspectiva diferenciada, de modo a articular a estrutura social e o aspecto individual na teoria das representações.

Por conseguinte, enquanto Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (MOSCOVICI, 2015, p. 15).

Conforme o psicólogo, as representações são “um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social” (MOSCOVICI, 2015, p. 21).

No entanto, seus críticos declaram que o psicólogo se manteve mais direcionado aos aspectos individuais e subjetivos do termo do que articulado com a estrutura social.

Para Jahoda, longe de ajudar a iluminar os problemas da psicologia social, a teoria das representações sociais serviu antes para obscurecê-los. De modo particular, ele acha a teoria vaga na construção de seus conceitos, uma acusação que foi um tema importante nas discussões sobre representações sociais, que veio à tona de novo recentemente num comentário mais simpático de Jam Smedslund (DUVEEN apud MOSCOVICI, 2015, p. 23).

Neste viés, Arruda (2002, p. 129) explicita que “[...] a ciência não acontece em uma ‘bolha isolada’ da sociedade. É necessário considerar que os agentes estão introduzidos em ambientes sociais, e que esses agentes têm uma visão diferenciada dos objetos, tendo diferentes sistemas de identificação com seus atores”.

Dennis Jodelet foi uma das discípulas do Moscovici e desenvolveu seus trabalhos mais direcionados ao campo da antropologia. A autora explicita que a sociedade científica caracteriza a representação social como “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Para Jodelet, a representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). Então, através de uma representação se faz presente um objeto, alguma coisa ausente e se faz presente também o sujeito. Assim, as características do objeto e do sujeito estão sempre presentes numa representação (JODELET, 2001). Esse é, portanto, um conceito de suma importância sobre a categoria de representação, pois independentemente de qualquer que seja a teoria a ser utilizada, é um conceito que pode ser aceito.

A segunda ideia de Jodelet parte de que “a representação social tem como seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhes significações) (JODELET, 2001).

A simbolização é o aspecto central da representação seja qual for a teoria. Quando se fala em símbolo está se falando de alguma coisa no lugar de outra. Essa é a característica central da representação, seja ela um discurso ou uma imagem e, nesse sentido, a representação é simbólica à medida que torna presente algo que está ausente. (JODELET, 2001).

Vivemos num mundo de símbolos. Os números são símbolos, a nossa própria língua é simbólica, as palavras são símbolos que estão no lugar de alguma coisa. Então, simbolicamente é possível perceber que no senso comum nem sempre as representações entendidas enquanto algo que substitui o ausente tem a ver com o nosso conhecimento, dito científico. Por vezes, as representações do senso comum partem de saberes muito diferenciados.

A outra dimensão da representação é a interpretação, ou seja, a representação confere um significado àquilo que está ausente, por isso pode ser considerada uma interpretação. Portanto, essas duas dimensões estão sempre presentes numa representação: simbolização, ou seja, algo no lugar de outro, e a significação, ou seja, um significado que é atribuído àquela representação.

Outro conceito que parte do campo da antropologia social é do antropólogo brasileiro, Marcos de Souza Queiroz que define a representação da seguinte maneira:

A representação social é um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum, na dimensão do cotidiano, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social (QUEIROZ, 2000, p. 23).

Isso implica dizer que os indivíduos atribuem significados para as representações. Só que esses significados são negociados no sentido de se ter uma objetividade ou algo mais comum entre os membros de uma determinada sociedade. Assim, o autor conjectura que a representação passa por um processo social de negociação. Quer dizer, o que melhor representa aquilo que está ausente que se quer representar perpassa por um processo de negociação (QUEIROZ, 2000).

Há ainda que se observar que a representação social, ou, o saber que foi construído socialmente, através do ato de negociação, incorpora o senso comum. Conceituado por Charadeau como saber de crença, este é um tipo de saber que, às vezes, é reproduzido ou produzido sem que o indivíduo tenha consciência alguma. Daí pode ser considerado um tipo de saber não sistematizado, que não passa, necessariamente, por determinadas regras científicas.

Outro ponto destacado pelo autor é de que as representações serão sempre um tipo de saber que permite ao indivíduo ter uma visão de mundo (QUEIROZ, 2000).

Assim, é possível explicitar uma série de representações que envolvem assuntos cotidianos do que está mais valorizado, do que está menos, a representação que se dá por meio de algumas convenções, tais como: direita, esquerda, em cima, em baixo. Essas representações servem para termos uma visão de mundo e para que consigamos decodificar esse mundo de acordo com determinadas perspectivas de uma cultura.

2.2 Imaginários sociodiscursivos

O discurso é um termo muito utilizado por diversas correntes teóricas, utilizado em vários campos do conhecimento. Existem várias teorias e concepções de discursos, e de uma maneira bastante geral, é possível apontar que entre as características mais importantes sobre o discurso está aquela em que é possível imaginar a linguagem em uso, em situações

reais de comunicação.

Assim sendo, pode-se referenciar a importância da linguagem a fim de estabelecer laços. A linguagem é intrínseca à natureza humana e se constitui numa ferramenta que permite estabelecer laços entre as pessoas e criar comunidades. Também é por meio dela que se regulam as relações de força, haja vista que todas as relações humanas são relações de força.

Se apreendermos a linguagem dessa forma, podemos conjecturar de que a mesma não está pronta e só se constrói na relação dos sujeitos com o mundo. A linguagem constrói o mundo a partir da percepção que temos do mundo enquanto indivíduos e, para, além disso, o sujeito se constrói ao estabelecer relação entre a linguagem e o mundo. Isso implica dizer que quem nós somos será uma consequência direta da nossa relação com o mundo pela linguagem. Quando pensamos em linguagem no mundo reorganizamos o nosso olhar.

Patrick Charaudeau, um dos principais representantes da análise do discurso francesa, explicita que:

Os conhecimentos que temos do mundo, assim como os julgamentos que dele fazemos, são múltiplos e variados. Por isso, é necessário decompô-los, ordená-los e classificá-los para que se possa apreendê-los conceitualmente. É a isso que se dedica o espírito humano conforme o tipo de sociedade na qual se vive (CHARAUDEAU, 2013, p. 187).

O autor ainda corrobora que o homem tem necessidade da realidade para significá-la, ao passo que a realidade tem necessidade do homem para ser significada (CHARAUDEAU, 2013).

De fato, de um lado, o homem é dominado por um mundo que se impõe a ele, mas, de outro, é pelos sistemas de representação que ele o aprende, sistemas que o próprio homem constrói e que dependem ao mesmo tempo de sua vivência. Ao sentir a realidade, o homem é mobilizado por essa experiência: ele constrói seu saber sob a dependência da realidade, pois não pode pensar a si próprio senão mediante as representações que ele se dá. O homem é, portanto, ao mesmo tempo, sujeito e objeto, conhecedor do mundo e por este conhecido, “soberano súdito, espectador observado” (CHARAUDEAU, 2013, p. 191).

Nessa perspectiva, o autor considera que os saberes não são categorias abstratas da mente, “mas maneiras de dizer configuradas pela e dependentes da linguagem que ao mesmo tempo contribuem para construir sistemas de pensamentos” (CHARAUDEAU, 2013, p. 191). Esses saberes podem ser reagrupados em dois tipos: saberes do conhecimento e saberes de crença:

Os saberes de conhecimento visam a estabelecer uma verdade sobre os fenômenos do mundo. Eles são oferecidos como existindo além da subjetividade do sujeito, pois o que funda essa verdade é algo exterior ao homem. Esses saberes dizem respeito aos fatos do mundo e à explicação que se pode dar sobre o porquê ou o como desses fenômenos. Eles participam, portanto, de uma *razão científica* que constrói uma representação da realidade que vale pelo conhecimento do próprio mundo. Essa razão científica tem, pois, necessidades de fiadores: ela utiliza instrumentos de visualização (microscópio, lunetas, telemática), sistemas de medida ou (estatística, informática), procedimentos de figuração codificada (cartografia) e define conceitos e modos de raciocínio que podem ser utilizados pela coletividade, portanto, que escapam à singularidade do indivíduo. Assim se constrói um discurso que não pertence à pessoa enquanto tal, que seria a realização de um terceiro impessoal (a ciência ou aquilo que ocupa esse lugar), que é independente de todo ato de enunciação pessoal e que desempenharia, ao mesmo tempo, o papel de referência e de verificador do saber (CHARAUDEAU, 2013, p. 197-198).

Já os saberes de crença tendem a sustentar um julgamento sobre o mundo. Referem-se aos valores que lhe atribuímos e não ao conhecimento sobre o mundo, que conforme o autor, diz respeito a um modo de explicação centrado na realidade e que, supostamente, não depende de julgamento humano (CHARAUDEAU, 2013).

Os saberes de crença são procedentes de um movimento de avaliação, findo o qual o sujeito determina seu julgamento a respeito dos fatos. Agora é o sujeito que vai ao mundo e não este que se impõe àquele. Deve-se, portanto, admitir a existência de vários julgamentos possíveis. O sujeito que fala faz sua escolha segundo a lógica do necessário e do verossímil, no qual pode intervir tanto a razão quanto a emoção. E já que existem vários julgamentos sobre o mundo, eles são objetos de confrontação ou de divisão. Todo juízo de crenças está fundado sobre uma planilha, pois se pode dizer que ele tem também uma função identitária (o que não acontece necessariamente com o saber do conhecimento) (CHARAUDEAU, 2013, p. 198).

Conforme Charaudeau, os saberes de conhecimento e os saberes de crença estruturam as representações sociais. “Os primeiros, ao construírem as representações classificatórias do mundo, os últimos ao darem um tratamento axiológico às relações do homem com o mundo” (CHARAUDEAU, 2013, p. 198-199).

No que tange ao imaginário social, o autor explicita não ser um termo, como dão a entender seu emprego corrente e a primeira acepção do dicionário, como aquilo que se opõe à realidade, que é completamente inventado, contraditório a isso,

o imaginário é efetivamente uma imagem da realidade, mas imagem que interpreta a realidade, que a faz entrar em um universo de significações. Ao descrever o mecanismo das representações sociais, aventamos com outros a hipótese de que a realidade não pode ser aprendida enquanto tal, por ela própria: a realidade nela mesma existe, mas não significa. A significação da realidade procede de uma dupla relação: a relação que o homem mantém com a realidade por meio de sua experiência, e a que estabelecemos com os outros para alcançar o consenso de

significação. A realidade tem, portanto, necessidade de ser percebida pelo homem para significar, e é essa atividade de percepção significativa que produz os imaginários, os quais em contrapartida dão sentido a essa realidade (CHARAUDEAU, 2013, p. 203).

Já relativo ao conceito de imaginário sociodiscursivo, Charaudeau alega se tratar de um conceito proposto com fins de integrar a noção de imaginário ao quadro teórico da Análise do Discurso (CHARAUDEAU, 2013).

Efetivamente, por desempenhar plenamente seu papel de espelho identitário, esses imaginários fragmentados, instáveis e essencializados têm necessidade de ser materializados. Isso acontece de diferentes maneiras: nos tipos de comportamentos (os ritos sociais da vida cotidiana), nas atividades coletivas (aglomerações, manifestações, cerimônias) que têm por efeito dar corpo aos imaginários; na produção de objetos manufaturados e de tecnologias que dão ao grupo o sentimento de possuir e dominar o mundo (a televisão e a internet dão a impressão de dominar o espaço e o tempo); na construção de objetos emblemáticos que, erigidos como símbolos, “objetualizam” e exibem até a exaltação e, às vezes, até mesmo o fetichismo, os valores identitários aos quais os membros do grupo aderem por assunção mais ou menos voluntária (as bandeiras, as insígnias, os slogans, como o foice e o martelo, a cruz gamada, o “*Black is beautiful*” etc.) (CHARAUDEAU, 2013, p. 206).

Os imaginários sociodiscursivos circulam, portanto, em um espaço de interdiscursividade.

Eles dão testemunho das identidades coletivas, da percepção que os indivíduos e os grupos têm dos acontecimentos, do exemplo, circulam imaginários sobre o comportamento que o político deve adotar, conforme a situação em que se encontre: campanha eleitoral, locução televisiva, debate, reunião etc.; imaginários relativos ao *ethos* que ele deve construir para si em função de uma expectativa coletiva dos cidadãos, imaginários de opinião que sustentam os programas eleitorais, as profissões de fé ou os escritos analíticos. Frequentemente, esses imaginários se sobrepõem e constroem espécies de arquétipos coletivos inconscientes (CHARAUDEAU, 2013, p. 207).

Assim sendo, é possível explicitar que as representações sociais dependem das relações que as pessoas têm com um objeto, nas vivências coletivas.

2.3 Teoria das representações sociais e saúde

Por ser de natureza ampla que lida com as relações humanas, a Teoria das Representações Sociais pode ser utilizada para se compreender diversas instâncias da sociedade, dentre elas, a parceria no campo da saúde vem se tornando especialmente proveitosa.

De acordo com Arruda (2002) a aplicação da Teoria das Representações Sociais

em pesquisas relacionadas ao campo da saúde vem se ampliando de modo que muito conhecimento tem sido produzido nesta área, e as contribuições da teoria ao campo da saúde são inegáveis.

Ferreira (2016, p. 214) considera que aplicar a Teoria das Representações Sociais de forma mais abrangente na área da saúde oportuniza compreender as representações construídas sobre o cuidado, “o que nos permite conhecer os sentidos que a ele se atribuem, a realidade material que lhe serve de referência, as explicações engendradas que nos permitem entender os comportamentos, as atitudes e as opções das pessoas pelos caminhos que seguem nos seus cotidianos”.

As Representações Sociais unem o sujeito ao objeto, o pensamento à ação, a razão à emoção, o individual ao coletivo; logo, estudar o cuidado pela via das representações sociais abre inúmeras possibilidades de compreensão não somente das ações dos sujeitos no âmbito da saúde, mas dos sentidos que eles atribuem a essas ações em face dos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam (FERREIRA, 2016, p. 214).

Os estudos das Representações Sociais na saúde podem, assim, contribuir para os saberes partilhados coletivamente por um grupo, auxiliando profissionais da área da saúde na compreensão dos aspectos que moldam e influenciam o agir dos sujeitos e os modos com que se expressam em suas vivências subjetivas e de grupo manifestadas quotidianamente.

O cuidado em saúde é multifacetado, guardando referências dos contextos macro e micro em que está situado. Logo, entender a teia que o constrói é condição para uma pretensa atuação profissional de promoção à saúde dos grupos populacionais. Isto implica em ampliar a visão para compreender as relações entre as condutas das pessoas e variáveis como cultura, etnia, religião, classe social e contexto político, por exemplos. Nesse empreendimento, a TRS indica que, para se entender o processo de construção das representações sociais, é preciso contextualizar o objeto e o sujeito, penetrando nas condições que as constroem (FERREIRA, 2016, p. 215).

Assim sendo, neste percurso, ao longo de todos esses anos, muitas coisas foram e vem sendo ditas acerca do sistema de saúde, como o seu perfil, os seus objetivos, os seus desafios e as suas dificuldades e merecem enfoque especial a fim de possibilitar a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial para que, consecutivamente, possam auxiliar na compreensão da concepção de saúde pública por parte de seus protagonistas e, a partir dos resultados encontrados, fomentar reflexões sobre a necessidade de uma emancipação universal e autonomia de seus protagonistas a partir da apreensão de seus direitos sociais.

3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Este capítulo apresenta a revisão bibliográfica utilizada para a discussão do trabalho. Será apresentado um breve histórico da seguridade social no Brasil por meio das políticas públicas de saúde a partir da Era Vargas à Constituição de 1988.

3.1 Era Vargas: resgate histórico sobre a organização do sistema de saúde brasileiro

Ao longo do período denominado República Velha (1889-1930) o Brasil passou por profundas mudanças sociais e políticas que teriam significativos reflexos na sociedade brasileira. Durante este período, a única cidadania a ser reconhecida advinha do estatuto do trabalhador de modo que as pessoas que não estivessem inseridas no mercado de trabalho eram desprovidas de ‘cidadania’.

Todo o desenvolvimento econômico vivenciado pelo país até então, especialmente, com o advento da industrialização logra a necessidade de garantia de um sistema de proteção ao trabalhador e seus dependentes.

Datado de 24 de janeiro de 1923 foi sancionado pelo Congresso Nacional o Decreto-lei nº 4.682/23, conhecida como Lei Eloy Chaves, o que viria a se consolidar a base do sistema previdenciário brasileiro fornecendo um diálogo inicial com a saúde, pois até então o panorama brasileiro se constituía numa classe de trabalhadores com jornada diária excessiva, péssimas condições de trabalho e nenhum tipo de garantia trabalhista, acarretando o adoecimento e outras enfermidades, tais como: a redução da capacidade laboral, invalidez ou morte.

A Lei Eloy Chaves garantiu aos trabalhadores um mínimo de garantias sociais decorrentes das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), instituições sustentadas pelas empresas as quais garantiam assistência médica aos trabalhadores de certas categorias. Nesse sentido, Mercadante ressalta que:

Ao final de 1932, existiam 140 CAP's com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAP's, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas havia grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Importa salientar que durante a República Velha a forma de organização do estado brasileiro estava pautava no liberalismo, calcado no modelo agrário-exportador, trazendo como desdobramento de atuação estatal, excepcionalmente, a perspectiva econômica, portanto, sua atuação decorria de circunstâncias das quais o indivíduo ou as instituições privadas não conseguissem abarcar. Júnior e Nogueira corroboram:

É na transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, na década de 1930, que surgiu um sistema de assistência à saúde e, de modo geral, um sistema típico de proteção social no Brasil. Com a consolidação da atuação do Estado na regulação das atividades econômicas, essa mudança teve caráter predominantemente produtivista, com proteção diferenciada aos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia... (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 121-122).

A saúde dos brasileiros neste período esteve à mercê dos sindicatos, empresas privadas e associações beneficentes. Com o advento da Revolução de 1930, Getúlio Vargas assume o poder e traz mudanças consideráveis no panorama político, econômico e social brasileiro.

Como líder paternalista e defensor intransigente dos interesses nacionais, o estado passa a atuar como mediador dos conflitos sociais, além de priorizar e incentivar o setor industrial, levando-se em consideração, sobretudo, a conjuntura de depressão econômica mundial e a crise nos setores associados à exportação do café.

Conforme assinalam Júnior e Nogueira (2002, p. 122), “a produção industrial brasileira, que crescera à taxa média anual de 2,8, em 1920-29, passou a crescer à taxa de 11,2%, em 1933-39”.

Tabela 1 – Taxas médias percentuais de crescimento da economia – Brasil – 1920-1939

Setores	1920-29	1929-33	1933-39
Produção agrícola total	4,0	2,5	1,6
Produção agrícola exportada	7,5	3,7	1,1
Produção industrial	2,8	4,4	11,2

Fonte: VILELA E SUZIGAN, 2001, p. 34.

Neste panorama econômico são criadas empresas estatais e diversas obras públicas, tais como a Companhia Siderúrgica Nacional que é trazida ao país.

Neste período, o Estado também passa a intervir mais na economia,

caracterizando o abandono das políticas econômicas liberais e a entrada do Estado como interventor na economia, como já nos apontava o economista britânico Keynes¹, pois diferentemente do molde liberal, Vargas quis assumir o domínio da situação econômica do país, já que através das políticas sociais ele indiretamente ‘manipulava’ a população.

Logo, neste momento de construção do governo revolucionário, começa-se uma intervenção maior do estado acenando às classes trabalhadoras a criação de leis favoráveis às garantias trabalhistas e outros benefícios sociais, passando, assim, a ter maior participação na organização e administração da saúde da população.

Tudo isso torna perceptível como Vargas consolida as leis trabalhistas e a valorização do movimento sindical fomentando as questões do operariado. Isto porque estes sindicatos reivindicavam os direitos da classe trabalhadora. O grande problema é que a parcela da população rural ficava excluída das benesses do trabalhador urbano.

Há que ressaltar que este também foi o início de transição demográfica. O país passou de muito jovem para um país um pouco mais envelhecido.

Na década de 1940, ampliou-se bastante o mercado de trabalho urbano. Entre 1940 e 1950, o setor urbano aumentou em 1,5 milhão a oferta de empregos, enquanto o rural crescia apenas em 0,5 milhão. A intensificação da urbanização que se processava fez o país transitar de uma sociedade rural para uma industrial, embora ainda concentrada nos espaços do Rio de Janeiro e São Paulo (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p.122-123).

A partir dos anos 1950, momento de efervescência da industrialização brasileira, o volume de recursos da previdência social ganha uma dimensão muito significativa. Nesse sentido, a previdência passa a ser o segundo orçamento do país, atrás somente do orçamento fiscal da união. Tudo isso se deve à participação da população urbana no mercado de trabalho.

A participação da população urbana no total, que era de 31% em 1940, subiu para 36%, em 1950. Nesse esforço de urbanização, o papel do capital nacional foi de fundamental importância, assim como o do Estado, com seu enorme esforço na criação de infra-estrutura, especialmente de um novo sistema de transportes (rodoviário), de cunho eminentemente nacional e integrador (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p.123).

E então se estrutura em torno da previdência social um sistema de saúde com

¹ [o] Estado deverá exercer uma influência orientadora sobre a propensão a consumir, seja através de seu sistema de tributação, seja, em parte, por meio da fixação da taxa de juros e, em parte, talvez, recorrendo a outras medidas [...] Eu entendo, portanto, que uma socialização algo ampla dos investimentos será o único meio de assegurar uma situação aproximada de pleno emprego, embora isso não implique na necessidade de excluir ajustes e fórmulas de todas as espécies que permitam ao Estado cooperar com a iniciativa privada (KEYNES, 1964, p. 378).

serviços próprios, mas que não eram suficientes para abarcar a demanda nacional, até porque somente os trabalhadores do mercado formal tinham direito.

Convergente a isso, é criado o Ministério da Educação e Saúde e as CAP's são substituídas pelos chamados Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que passam a ser administrados pelos sindicatos e não mais pelas empresas. Mercadante afirma que:

Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAP's, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953 (MERCADANTE, 2002, p. 237).

Além disso, a organização destes institutos passa a ocorrer através de categorias profissionais. Nesta perspectiva, esses IAP's² irão oferecer ao trabalhador e seus familiares aposentadoria, pensão e garantia de assistência médica através de contribuições obrigatórias.

Diversas reformas no aparelho de Estado contribuíram para consolidar um Estado de Bem-Estar brasileiro baseado em políticas predominantemente voltadas para trabalhadores urbanos. Foi criado o Ministério do Trabalho e promulgada nova legislação trabalhista, formando as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política dos trabalhadores. Com especial atenção aos trabalhadores comerciários e industriados, foram regulamentados o trabalho feminino, o trabalho de menores e a própria jornada de trabalho. Questões de direitos, tais como férias, demissões e acidentes de trabalho, foram incluídas na nova legislação. Foi consagrada a intervenção do Estado nos conflitos trabalhistas com a criação da justiça do trabalho e a regulamentação explícita das formas de negociação salarial e organização sindical (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 123).

Não obstante, os investimentos públicos nessa área continuam escassos, de modo que as ações realizadas eram focadas apenas nas endemias. Essa fase do governo irá mais uma vez replicar e consolidar a dicotomia que existia na saúde.

Nesta perspectiva, o poder público se torna o responsável pelas questões relativas às endemias e vacinações, já a previdência social se torna responsável pelas ações curativas, assistenciais e, portanto, individuais e excludentes, pois só tinha acesso a essa assistência médica o indivíduo que contribuía para os institutos de aposentadorias e pensões.

Tudo isso coloca em evidência que a visão retrospectiva sobre o conceito de saúde

² Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1950, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAP's e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (MERCADANTE, 2002, p. 237).

que existia nessa época se pautava numa concepção relacionada à ausência de doença. De tal modo, curar a doença era quase sinônimo de saúde, e logo, a assistência médica passa a ser instituída como sinônimo de saúde.

Quanto ao perfil epidemiológico havia o predomínio das doenças relativas às condições de pobreza vivenciadas por grande parte da população, dentre elas: a tuberculose, hanseníase, varíola, etc.

O exame do organograma de 1942 do Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde revela uma estruturação voltada para doenças específicas, naquele momento organizadas por serviços nacionais: de febre amarela, malária (ao qual se subordinavam ações profiláticas contra doença de Chagas e esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais (LIMA, 2002, p. 45-46).

No que tange à febre amarela, esta era alvo recorrente de campanhas governamentais, conforme nos aponta Lima.

No Brasil, o debate e as campanhas contra a febre amarela e seu vetor ocupavam posição de destaque, o que se estenderia até a década de 1950, com a criação de um programa de erradicação do *Aedes aegypti* para o continente americano. Seria simplificador, no entanto, observar, apenas do ponto de vista das ações de combate a essa doença, as relações e as influências recíprocas entre os fóruns promovidos pela OPAS e as ações de saúde pública realizadas no Brasil. Não existem muitas fontes sobre a atuação de brasileiros nesse organismo, mas, principalmente pelas Conferências Pan-Americanas, podem-se levantar algumas possibilidades de interpretação. É possível identificar, no âmbito desses fóruns, temas que constituíam a agenda de saúde pública no Brasil, principalmente a ideia de reforma da saúde pública com a criação de um Ministério da Saúde (LIMA, 2002, p. 48).

Com efeito, neste período, as doenças transmissíveis continuavam a ser destaque no panorama epidemiológico brasileiro, com registros de surtos epidêmicos de outras doenças, tais como o surto de poliomielite ocorrido na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1939, além de constantes tentativas de erradicação do *Aedes aegypti*.

As ações destinadas à erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, Peru e Bolívia resultaram em voto de aplauso, e, mais uma vez, a febre amarela constituiu tema prioritário do debate entre as autoridades sanitárias do continente americano. Outras doenças transmissíveis, como a doença de Chagas, a influenza, a lepra, a peste, o tifo e a tuberculose, também foram objeto de teses e resoluções. No que diz respeito à tuberculose, deliberação importante consistiu na recomendação do método de diagnóstico criado pelo médico brasileiro Manoel de Abreu (LIMA, 2002, p. 60).

Ainda neste período são também introduzidas as doenças consideradas “da modernidade”. Doenças ligadas a distúrbios do coração, pressão arterial, câncer, dentre outras, começam a ocupar um espaço significativo a este cenário.

Tudo isso nos leva a pensar que havia uma dicotomia na questão da saúde no Brasil neste período. As ações de saúde pública, tais como controle de endemias, vacinas em centros urbanos eram de responsabilidade estatal, que se restringia, em grande parte, a uma atuação focalizada, pois o usuário e a iniciativa privada não se interessavam por essas questões.

Nessa conjuntura, a previdência social começou a tomar algumas medidas que vão fortalecendo a lógica histórico-privatista do sistema de saúde brasileiro. Começaram a se estabelecer contratos e convênios com hospitais e ambulatórios privados para que estes atendessem à população, e a partir daí, a previdência transferia seus recursos para esses hospitais através de contratos, sendo que cada tipo de procedimento estabelecia uma tabela, o que levava a uma série de situações.

A partir daí foi se estruturando um sistema que visava drenar os recursos públicos através da previdência social subsidiado pelos recursos dos trabalhadores, tendo como foco a lógica de que a iniciativa privada gerava um conjunto de situações na atenção em torno do fomento da lucratividade da iniciativa privada.

Deste modo, esse é o panorama que vai da República Velha até o 2º mandato de Getúlio Vargas, período do desenvolvimento da industrialização brasileira, no qual começaram a ocorrer pequenas mudanças no cenário brasileiro e, por conseguinte, levou a diversas conquistas sociais.

3.2 Ditadura Militar: 1964-1984

A ditadura militar se constituiu num regime autoritário e centralizador que perdurou por 21 anos no Brasil. Todo o crescimento econômico, advindo do período do milagre econômico (1968-1973), vivenciado pelo país, atrelado ao aumento significativo da industrialização, ganhou maior conotação política e contribuiu para a permanência dos militares no poder.

Aliado a isso, foi um período de intenso êxodo rural – muitas pessoas saindo do campo e indo para as cidades, acarretando consequências negativas às condições de vida das populações residentes nas cidades, em decorrência do desemprego e do baixo nível salarial. Júnior e Nogueira consideram que:

Do ponto de vista demográfico, a população brasileira vinha crescendo, desde início da década de 1950, a taxas de 3% ao ano, em decorrência da queda da taxa bruta de mortalidade e mantendo-se a fecundidade em patamares ainda elevados. Agregue-se,

ainda, o aceleração das correntes migratórias rurais-urbanas, que atinge o ápice na década de 1960, contribuindo, fortemente, para uma urbanização descontrolada e concentradora, em período de tempo relativamente muito curto (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 124).

Neste sentido, Santos apud Lima também explicita que:

Uma das mais importantes transformações ocorridas na sociedade brasileira durante a segunda metade do século XX consistiu no processo de urbanização. Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornou-se o Brasil um país de população predominantemente urbana. Esse percentual, que era de 31,2% em 1940, passou a 44, 7% em 1960, e a 67,6% em 1980, com sensível aumento na velocidade da mudança na década de 1960, quando se deu a efetiva inclusão do país na faixa das nações urbanas (Santos, 1985). Tal processo influenciou as condições ambientais e sociais das cidades, dado seu impacto na infra-estrutura de serviços públicos e nas condições de saúde, trabalho e habitação (SANTOS *apud* LIMA, 2002, p. 79-80).

Lima (2002) ainda considera que esse quadro suscitou debates sobre as políticas públicas de saúde na década de 1960 e 1970, o que levou a intensificar estudos sobre a pobreza urbana correlacionada às temáticas sanitárias.

Por esta via, devido aos ajustes realizados na economia entre 1965 e 1970, conseguiu-se produzir uma grande concentração de renda, convergida pela preocupação por parte dos principais gestores das políticas econômicas.

No governo militar, o modelo de crescimento adotado pressupunha a necessidade de se acumular renda para garantir as bases do crescimento, redistribuindo-a posteriormente. A concentração de renda, no entanto, tem custos sociais pesados. Para compensá-los e garantir a estabilidade política necessária ao crescimento econômico, o governo implementou uma série de políticas sociais de natureza assistencialista. Nesse período, são implementadas políticas de massa de cobertura relativamente ampla, através da organização de sistemas nacionais públicos, ou regulados pelo Estado, de provisão de serviços sociais básicos (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 125).

Conforme os autores, (2012, p. 125) foi um período em que ainda houve uma ampla discussão política nacional que envolvia “os baixos salários dos trabalhadores, o forte êxodo rural, a não reforma agrária, o agravamento dos problemas urbanos e suas carências sociais não atendidas, o problema das desigualdades regionais e os mecanismos para enfrentá-los”.

No plano econômico, após o período do “milagre” houve crises externas e internas fazendo com que o Brasil mergulhasse num período em que a inflação crescesse vertiginosamente e a dívida externa começasse a escapar do controle. Esse foi ainda um período marcado por grande concentração de renda em benefício das elites brasileiras e da

classe média, em detrimento da maioria da população.

O saldo dos dez anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde, enfim, as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas (SCOREL, 2008, p. 388-389).

Com relação ao panorama epidemiológico houve o predomínio de doenças resultantes da pobreza e a transição para as “doenças da modernidade”, tendo como sequência do panorama vivenciado na era Vargas.

Na década de 1960, o Brasil era o único país das Américas ainda endêmico com relação à varíola. Nesse período, a iniciativa da OMS de erradicar a doença teve muitas implicações para o país, instituindo-se em 1966, por Decreto Federal, a Campanha de Erradicação da Varíola. O apoio da OPAS às ações então implementadas ocorreu em diversas linhas de assistência técnica, em conformidade com o programa da OMS: produção e controle de qualidade de vacinas, consultoria técnica, veículos e equipamentos de vacinação (LIMA, 2002, p. 88).

No que tange à organização da saúde, em 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS - Lei nº 3807 de 26/8/1960), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 48.959, em setembro do mesmo ano, na qual uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada, conforme nos explicita Mercadante.

De qualquer forma, a promulgação da LOPS trouxe um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social, visto que uniformizava os tipos de benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento do sistema e os procedimentos administrativos dos institutos. A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos: após sua promulgação ainda prevalecia uma falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas. Por exemplo, enquanto, o instituto dos bancários despendia 33% do seu orçamento em assistência médica, no instituto dos industriários esse percentual era inferior a 8,5%. Entretanto, havia ociosidade nos serviços de saúde oferecidos por certos institutos, sem que os trabalhadores pertencentes a outras categorias pudessem ter acesso a eles (MERCADANTE, 2002, p. 238).

Há uma nova reformulação da previdência social, culminando com a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões da era Vargas num único instituto - o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Isto porque, conforme nos esclarece (MERCADANTE, 2002, p. 240), “a fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social tanto administrativa como financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas na órbita do Ministério da Saúde”.

Isso implica que, a partir deste momento, já não eram mais beneficiados os

trabalhadores por categoria profissional, mas sim todos aqueles com vínculo formal no mercado de trabalho e que contribuía com o INPS, que, por conseguinte, tinham acesso às aposentadorias, às pensões e à assistência médica, para si próprios e seus familiares em caso de necessidade.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto Lei nº 72 de 21/11/1966, com o objetivo central de corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e, com isto, aumentar a eficiência do sistema. Foram ainda introduzidas algumas modificações na LOPS e no extinto o SAMDU. A despeito da justificativa racionalizadora, a rapidez e eficácia da fusão podem ser atribuídas fundamentalmente ao instrumento autoritário (Decreto-Lei) que a gerou, em plena vigência do regime de exceção instaurado em abril de 1964 (MERCADANTE, 2002, p. 240).

Esse órgão assegurava a todo trabalhador, possuidor de carteira assinada, contribuinte da previdência, o direito de receber benefícios automaticamente. Já o restante da população - profissionais autônomos, estudantes, agricultores, e demais trabalhadores sem carteira assinada - ficava descoberto dos serviços de saúde.

Este período registra também o maior avanço em termos de extensão de cobertura, com a incorporação da população rural, ainda que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários. A mesma lei determinou que a "gratuidade" seria total ou parcial segundo a renda familiar do trabalhador. Toda a legislação previdenciária foi estabelecida com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS), de 1976. A assistência médico-hospitalar previdenciária continuou sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS) (MERCADANTE, 2002, p. 240).

Neste período, mais uma vez se reforçava a dicotomia da saúde, sendo que a parte mais preventiva permanecia sob a responsabilidade estatal, tais como o controle de endemias, vacinações, saneamento básico. A previdência social oferecia as ações individuais e curativas de sua abrangência, que afluíam em ações de caráter excludente.

Em 1974, é ainda criado pelo regime militar o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a partir do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que visava oferecer separadamente assistência médica da previdência social.

Por fim, aproximadamente na segunda metade da década de 1970, ao terminar o milagre brasileiro surge no Brasil o movimento pela Reforma Sanitária.

3.3 O movimento pela Reforma Sanitária

A expressão ‘reforma sanitária’ foi introduzida no Brasil no ano de 1973, a partir de um artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico, concomitante a isso, estávamos vivenciando os anos mais violentos da ditadura militar no Brasil. De acordo com Jairnilson Silva Paim, estudioso do assunto:

Nesse trabalho, o autor discutia o sanitarismo que se desenvolveu na Inglaterra em meados do século XIX, comparando-o com o movimento da Medicina Social surgido, concomitantemente, na França e na Alemanha. Sugeriu que a Medicina Social propunha mudanças mais amplas na sociedade para alcançar a saúde, enquanto que na Inglaterra vingou apenas uma reforma sanitária mais limitada (PAIM, 2012, p. 09).

Ainda neste período, em termos de políticas sociais, a saúde esteve baseada no conceito de saúde como ausência de doença, “cuja abordagem se constituía a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social” (SCOREL, 2008, p. 394).

Conforme a autora, a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos departamentos de Medicina Preventiva (DMP) criados por lei em todas as faculdades de Medicina na Reforma Universitária de 1968 (SCOREL, 2008). “Nestes locais, iniciou-se o que chamamos as bases universitárias do movimento sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente” (SCOREL, 2008, p. 394).

A partir dos anos de 1974, houve a tentativa de se tomar as medidas necessárias para a legitimação do governo ditatorial. Por outro lado, a proposta do movimento pela Reforma Sanitária estava justamente atrelada à necessidade de mudança da maneira como a saúde estava organizada, fazendo com que não mais estivesse associada à ausência de doença.

Nas palavras de Scorel (2008, p. 407): “isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário³”.

Neste contexto, a saúde pública ainda era responsável pelos cuidados relativos às endemias, vacinas e saneamento básico. A previdência social, mais uma vez, responsável pelos cuidados relativos às ações individuais e curativas que, por sua natureza, eram excludentes.

³ Chamamos de ‘movimento sanitário’ o movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (SCOREL, 2008, p. 407).

Tudo isso, torna perceptível que ainda havia uma característica contributiva na organização da saúde, o que nos levava a um conceito de cidadania regulada pela condição de trabalho, pois só teriam direitos à assistência médica aqueles que fossem trabalhadores, e esse direito só era adquirido mediante contribuição.

Contudo, a partir dos anos de 1975, a luta deslocou-se para a via trabalhista, e tiveram os movimentos sociais expressão significativa, de modo que estes ampliaram-se, propondo a democratização da saúde, do Estado e da sociedade, sob o lema da ‘democratização da saúde’. Com isso, o marco significativo do movimento da Reforma Sanitária decorreu por meio da deflagração de greves que serviu como instrumento para a reivindicação popular.

A greve foi um fato político, para além do movimento reivindicatório, pois, ao pleitear melhores salários e condições de trabalho, questionava amplamente as condições do mercado de trabalho e a própria política de saúde. Ao denunciar causas e consequências, o movimento médico buscou aliar-se aos usuários de serviços de saúde, denunciando as más condições de assistência médica (SCOREL, 2008, p. 409-410).

Enquanto as ideias do movimento da Reforma Sanitária começaram a aparecer, já decorreram alguns fatos no Governo Militar que apontavam no sentido de mudança dessa organização da saúde, tais como o plano de pronta ação que envolvia o atendimento de emergência/urgência para todas as pessoas nas clínicas e hospitais da previdência social.

Vale ressaltar que tais ações ainda não estavam associadas à noção de universalidade, restringindo-se apenas nos atendimentos de urgência e emergência, nas instituições da previdência social, conforme salientado anteriormente.

Neste processo, o movimento dos Médicos Residentes desempenhou um papel de vanguarda. Para tal, a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), criada em 1967, abandonou a corrente pedagógica e adotou a corrente trabalhista. Na sua primeira fase, até 1974, a ANMR restringiu sua atuação à dimensão educacional da Residência Médica (RM), pensada como capacitação de especialistas para exercer a medicina liberal. O objetivo da luta era a regulamentação didática tendo como foco o MEC. (SCOREL, 2008, p. 410).

Devido a esse cenário, os sanitaristas começaram a perceber que a saúde é um fator decorrente de políticas sociais e econômicas, haja vista partirem da concepção de que se existe a determinação social para o processo saúde-doença, ou seja, se as questões relacionadas à moradia, educação, saneamento, alimentação, etc., se tudo isso está correlacionado à discussão da saúde, por conseguinte, a saúde decorre de uma boa organização desses determinantes e condicionantes. Logo, as políticas sociais e econômicas é

que irão organizar esses fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Com base nessa compreensão, Barata (2009) considera que:

A versão brasileira da teoria da determinação social do processo saúde-doença dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo em que busca articular as diferentes esferas da organização social, o conceito de modo de vida reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos (BARATA, 2009, p. 18-19).

Assim sendo, Barata nos aponta para o processo de incorporação deste conceito estando ele atrelado ao predomínio dos aspectos sociais como determinantes para o processo saúde-doença. E nesta perspectiva, o movimento sanitário procura romper com esta visão simplista e dicotomizada que sobrepuja à saúde até então.

A partir dessas reflexões, passa a surgir outra concepção relacionada à saúde. A saúde já passava a ser vista pelos sanitários, não mais associada à ausência de doença, mas, em decorrência de políticas econômicas e sociais. Com esse entendimento passam a surgir várias ideias, tais quais: a proposta de unificação da saúde num único ministério - o Ministério da Saúde, pois não fazia sentido que se dividisse a saúde que era para um trabalhador e uma saúde que era para o restante da população.

Logo, quando o movimento sanitário compreende que havia determinação social no processo saúde-doença, começa-se a contemplar a ideia da universalidade. Ou seja, saúde como direito de todas as pessoas, pois, se um indivíduo é mais exposto ao adoecimento isso se deve ao fato de que as políticas sociais e econômicas não estariam bem organizadas, sendo, portanto, o Estado e não o indivíduo o responsável por arcar com os custos disso. Com isso, a saúde já passa a ser entendida na lógica de um direito de todos e dever do estado.

Portanto, a ideia do movimento da Reforma Sanitária esteve pautada na concepção de que o processo saúde-doença fosse visto como um todo, pois não fazia mais sentido separar ações para se evitar a doença de ações voltadas para a cura delas. E isso convergia para a visão da saúde a partir da base da atenção integral, ou seja, promover saúde desenvolvendo ações educativas, organizando as políticas econômicas e sociais, proteger a saúde com ações mais específicas e também a recuperação, pois não bastava somente remover os sinais e sintomas como eram as ações curativas, havia também a necessidade de reabilitar esse indivíduo.

Com isso, os articuladores do movimento começam a pensar a partir dessa

perspectiva em que as ações e serviços de saúde contemplassem a dimensão individual, mas também começam a ser pensadas numa perspectiva coletiva e de atenção integral, haja vista que algumas ações, como promover saúde torna-se uma ação coletiva, mas proteger a saúde em alguns casos também é uma ação coletiva. E para que isso ocorra, é preciso recuperar a saúde desse indivíduo, que pode partir de um processo coletivo, mas geralmente se dá na pessoa onde a patologia, o agravo aconteceu de fato.

A despeito das ideias que agora se pautavam em torno da saúde, estas não estavam mais relacionadas à ausência de doença, e sim, consequência de políticas econômicas e sociais. Por este motivo a saúde deveria ser considerada direito de todos e dever do estado, especialmente pelo fato do movimento já estar atuando pela redemocratização do Brasil.

Portanto, para os integrantes do movimento, a partir da concepção de democracia, todas as pessoas que estão neste território têm direito à saúde, pois, de alguma maneira pagam seus impostos, escolhem os seus governantes a fim de devolverem aqueles impostos sob a forma de bem estar.

E esse bem estar numa sociedade democrática decorre do processo democrático. Como consequência disso, a saúde deveria ser entendida como um direito de todas as pessoas que partia da perspectiva da atenção integral de promover, proteger e recuperar.

Quando falamos dessa perspectiva que parte da universalidade da saúde, a partir do movimento da Reforma Sanitária, o colocamos num contexto de cidadania ampla, pois se todos terão direitos, isso se deve ao fato de que todos são considerados cidadãos dentro de uma sociedade democrática.

Contudo, o movimento da Reforma Sanitária não consegue fomentar mudanças de imediato a essa conjunta, fazendo-se necessária a transição democrática para que esse movimento possa se manifestar.

Importante salientar que, além dos sanitaristas e dos profissionais de saúde, os movimentos sociais tiveram importância significativa no que diz respeito ao processo de constituição do sistema de saúde brasileiro. E, desse modo, pode-se dizer que essa conquista só foi possível pela grande mobilização da sociedade brasileira.

3.4 O Governo Figueiredo (1979-1984): PREVSAÚDE e AIS

O contexto dos anos 1980, conhecido, comumente, pelos economistas como a década perdida, foi um período caracterizado por grave crise mundial, cujas consequências em termos de desequilíbrios macroeconômicos, financeiros e de produtividade atingiram a

economia internacional. “Em resposta a essa crise, verificou-se intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária, cujo resultado foi uma perda considerável da autonomia dos Estados nacionais” (LIMA, 2002, p. 96).

No entanto, ainda que com os efeitos da crise, esta foi a década vencida do ponto de vista político, pois foi o período em que o Brasil teve a maior taxa de sindicalização, chegando a 32 % (PNAD, IBGE, 2012).

Importante salientar que este movimento sindical, já apresentava, no início dos anos 1930, um significativo grau de organização e conquistas. Contudo, até o ano de 2012, contávamos apenas com aproximadamente 17% dessa taxa de sindicalização, conforme nos aponta a Tabela 2.

Tabela 2 – Sindicalização da população ocupada adulta no Brasil

	1992	1996	1999	2002	2004	2008	2012
POA Sindicalizada	10.785.116 19%	11.163.556 18%	11.427.243 17%	13.259.022 18%	15.107.498 19%	16.726.679 19%	15.669.339 17%
POA NÃO Sindicalizada	46.803.447 81%	50.242.767 82%	54.121.148 83%	60.526.596 82%	64.256.563 81%	71.356.795 81%	75.607.238 83%
POA Total	57.588.563 100%	61.406.323 100%	65.548.391 100%	73.785.618 100%	79.364.061 100%	88.083.474 100%	91.276.577 100%

Fonte: PNAD, IBGE. ANOS SELECIONADOS.

Lima (2002) considera que o fenômeno da redemocratização, iniciado na década de 1980, na América Latina, impulsionou o processo de descentralização política, fiscal e administrativa e de 'restauração' do federalismo, juntamente com o compromisso de melhorar os serviços públicos e de promover a distribuição de renda.

Isso converge para a experiência brasileira que neste período teve taxas de financiamento do sistema de saúde a tal magnitude que já nos anos 1970-80 a quantia de 36% do orçamento da previdência já era destinado à assistência médica e desse total, 90% dos recursos eram repassados à iniciativa privada através de contratos e convênios (IPEA, 1998).

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os serviços médicos prestados pelas empresas privadas

aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (BRASIL, 2011, p. 17).

Lima explicita que a federação como instituição, e, no terreno próprio das políticas sociais, o gasto social como política pública, “passaram por profundas transformações trazidas tanto pelo compromisso assumido com a redemocratização, como pelo novo paradigma econômico” (2002, p. 99). Nas palavras da autora:

A proposta descentralizadora foi reforçada pela crítica ao padrão de proteção social construído pelos governos autoritários: hipercentralizado, institucionalmente fragmentado e iníquo do ponto de vista dos serviços e benefícios distribuídos. O objetivo era a correção das distorções do sistema de proteção social, de forma a torná-lo um instrumento de redução das desigualdades sociais. A descentralização foi vista como instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais. À exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social brasileira, como educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular, foram implantados programas que objetivavam transferir paulatinamente um conjunto significativo de atribuições de gestão federal aos níveis estadual e municipal de governo renda (LIMA, 2002, p. 99-100).

Essa interpretação reforça argumentos que consideram que o estado brasileiro, ao invés de investir na estrutura de um sistema público que abarcasse as necessidades fundamentais de assistência à saúde à população brasileira, passe a drenar seus recursos, fundamentalmente, para os interesses da iniciativa privada.

É consenso na literatura que o desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está intrinsecamente ligado à opção modernizante implementada pelo governo autoritário, que, com a unificação dos institutos previdenciários, expandiu a população previdenciária (e de beneficiários), mas desintegrou os esquemas associativos que lhe davam voz, impondo à política social uma racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou seus traços perversos. Iniciam-se aí as modificações no mix público/privado no setor saúde, que alavancariam a expansão do mercado de serviços de assistência médica, por meio basicamente de duas estratégias convergentes: a compra de serviços pelo Estado e a transferência da função provedora para a iniciativa privada (ALMEIDA, 1998, p. 11).

Invoca-se ainda nessa época um movimento vigoroso das associações de moradores; o próprio movimento de profissionais da área de saúde em torno de sindicatos médicos, o conselho regional de medicina através da REME (Revista Mineira de Enfermagem) tendo a configuração de um movimento de renovação médica de final dos anos 1970 que tiveram eficácia significativa ao longo dos anos 1980.

Todos esses exemplos nos fornecem uma ideia de como a sociedade civil

organizada no país nos anos 1980 teve um papel fundamental na construção do sistema único de saúde, cuja tentativa era romper com a lógica excludente que se perpetuava até então.

Sendo assim, foram constituídas, no governo Figueiredo (1979/1984), duas programações em relação à saúde: o PREVSAÚDE (1979) e a AIS (1982) – Ações Integradas de Saúde. O PREVSAÚDE como uma tentativa de reorganização do sistema de saúde em que era prevista maior integração entre o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social. Essa reorganização da saúde, de certa forma, se aproximava do que a Reforma Sanitária buscava, uma integração que fosse conjunta às secretarias estaduais e municipais de saúde, ou seja, a proposta era de que estados e municípios participassem um pouco mais das discussões no âmbito da saúde. Contudo, neste momento a saúde ainda está toda centralizada no âmbito federativo.

No PREVSAÚDE também era prevista a integração de ações curativas e preventivas. Além disso, trazia diretrizes que reforçavam a atenção primária da saúde como um nível de atenção inicial ao usuário, para que este tivesse acesso a serviços mais elaborados em um momento posterior. O PREVSAÚDE também já previa a participação da comunidade, e, embora ainda na conjuntura ditatorial, a comunidade já passasse a ser ouvida. Além disso, também foi esboçada a estrutura de regionalização, de hierarquização e de referência e contra-referência.

Contudo, no ano de 1975, conforme nos evidencia Almeida (2011), apesar de todo o arcabouço no que tange às melhorias das condições de saúde da população, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entrou em crise e isso trouxe consequências negativas à população brasileira, passando a vigorar os baixos salários. Além de estarem contidos pela política econômica e pela repressão, passaram a conviver com o desemprego e graves consequências sociais, tais como: aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

Portanto, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas (Almeida, 2011). Isso se deve, nas palavras da autora:

1. Por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
2. aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
3. diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;
4. incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se via excluídos do sistema;
5. desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal;
- 6.

o não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado e União) (ALMEIDA, 2011, p. 45).

Ainda neste panorama vivenciado pela sociedade brasileira, temos, no ano de 1979, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde lançando um documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”, que visava identificar, a partir de então, uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária.

No que concerne a essa conjuntura, este documento, para alguns, já poderia ser considerado como o início de uma Reforma Sanitária, haja vista que o campo da saúde não tinha um canal de expressão de ideias, um espaço propício ao questionamento e ao debate público democrático, que pudesse vicejar a crítica a este modelo, levando em consideração, sobretudo, que o que tínhamos eram alguns estudos e posicionamentos já importantes em alguns departamentos de universidades, entretanto, não havia um instrumento político que pudesse ser palco propício para grandes debates em torno disso.

Deste modo, o CEBES começou a sinalizar seu posicionamento no sentido de que o Brasil constituísse essa perspectiva de um sistema de saúde que fosse universal, que não discriminasse a cidadania e atendesse a todo cidadão brasileiro, ainda que fosse um sistema de saúde público. Em linhas gerais, colocava a saúde como um direito do cidadão no qual caberia ao estado assegurá-lo.

Esses, portanto, foram os preceitos colocados nesse documento que orientou e referenciou aquilo que só conseguiu se organizar no Congresso Nacional em 1979, em seu Primeiro Simpósio Sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados. Esse simpósio abriu, de certa forma, a discussão referenciada nessa visão de sistema de saúde e foi um momento em que a sociedade brasileira enfrentou de forma mais vigorosa e com mais consequências a própria ditadura, pois tivemos neste contexto a anistia nacional no final dos anos 1970, momento em que saem os presos políticos das cadeias e o retorno dos exilados e já no início dos anos 1980 as eleições diretas para governadores de estado. Assim, a luta que vicejava era a luta pelas eleições diretas e pela constituinte.

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde — principalmente médicos, acadêmicos e cientistas — debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais

percebidos como dimensões imanentes à democracia (BRASIL, 2011, p. 17-18).

No ano de 1982 têm-se as ações integradas de saúde. O PREVSAÚDE é ‘engavetado’ por questões políticas. E, ainda neste momento, tivemos um importante evento o qual abarcou as discussões de saúde e refletiu-se na realidade brasileira: a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (localizada no atual Cazaquistão) no ano de 1978, foi “o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais” (BRASIL, 2011, p. 18).

Esta conferência “reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial” (BRASIL, 2011, p. 18).

Assim sendo, podemos evidenciar neste período, ainda no governo Figueiredo, as ações integradas de saúde, as quais ampliaram as ações de assistência dos serviços previdenciários para a população não contribuinte. A gestão, obviamente, era federal, mas o repasse dos recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde para a expansão da rede de saúde já começa a acontecer. Ou seja, já deu início a uma mesclagem dos serviços da previdência para os serviços públicos de saúde no geral, usando os recursos da previdência social para fins de expansão da rede.

O governo Figueiredo, marcado pela abertura política e pela influência do II PND, do período Geisel, pareceu, no primeiro momento, mais promissor para a área da saúde. Contudo, não concretizou a unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde, desejada para o aprofundamento das reformas pretendidas (BRASIL, 2011, p. 20).

A partir disso, podemos apreender alguns resquícios do que temos atualmente de organização da saúde. Entretanto, neste momento, de maneira ainda separada, a previdência permanecia de um lado e o Ministério da Saúde de outro.

3.5 Transição democrática

Observando o sistema político brasileiro, temos, dentre os anos de 1984 até 1988, o período denominado ‘transição democrática’. No panorama econômico, durante a transição democrática, o país vivenciava um período de alta inflação. Vários planos econômicos haviam sido implementados e José Sarney assumiu o poder em substituição a Tancredo Neves – eleito

depois de 21 anos de ditadura militar – que havia falecido.

Tancredo Neves foi considerado um presidente eleito de forma indireta, mas tido como um presidente civil que, de modo geral, agradava a todos. Contudo, não chegou a assumir o poder, que por sua vez, é repassado para seu então sucessor José Sarney. É então neste período, a partir da Nova República, que são introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras:

Do ponto de vista econômico, um compromisso com o crescimento; do ponto de vista do social, os movimentos organizados da sociedade começam a ter maior presença nos conselhos de gestão nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho. O que se observa nesse período são discussões amplas destinadas à realização de reformas dos sistemas tributários, financeiro e administrativo, e de reformas na área social (educação, previdência social, habitação, assistência social, alimentação e nutrição). No caso da saúde, esse processo se dá através do movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 127).

Os autores ainda complementam que o plano estratégico, a intervenção social do governo materializa-se por meio de programas emergenciais voltados para o combate à fome, ao desemprego e à miséria (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002).

Ativaram-se os programas de alimentação já existentes, e novos foram criados (programa do leite para crianças carentes, programa de medicamentos e imunológicos) e foram implementadas medidas nas áreas de abastecimento, saúde, educação, assentamentos agrários, integração da pequena produção de alimentos e ampliação da proteção social para as camadas mais pobres da população (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 127).

Com isso, torna-se perceptível a prioridade do âmbito social sobre o econômico, retirando a política social de sua posição, tradicionalmente, subordinada à política econômica. No que tange à saúde, Sarney, então, convocou a Assembleia Constituinte e aliado a isso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No que diz respeito à questão epidemiologia, esta já envolvia a queda da mortalidade infantil e das doenças imunopreveníveis (prevenidas por meio de vacinação). Há ainda a manutenção das ‘doenças da modernidade’, o aumento das causas externas da questão de violência e outras doenças, o crescimento da AIDS, cuja incidência, na década de 1980, se dá de forma vertiginosa, além dessas, as epidemias de dengue em vários municípios, inclusive em capitais, haja vista que até então a dengue havia desaparecido, mas retornou com muito vigor na década de 1980.

E neste cenário, a década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais

forte de contestação ao sistema de saúde governamental.

As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social. Foi nesse contexto que teve origem o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) (BRASIL, 2011, p. 21).

Contrário a isso, a organização da saúde até 1988 continuava a mesma. As ações de saúde pública para um lado, as ações da previdência social para outro. Somente a partir de 1987 houve a transição das AIS para o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), cuja proposta partia da tentativa de um pouco mais de descentralização das responsabilidades, abarcadas ao nível federal, mas também compartilhando-as com os estados. Diante disso, há um processo chamado de “estadualização” dentro dessa conformação das políticas de saúde.

3.6 A 8ª Conferência Nacional de Saúde

Ao perpetrarmos neste resgate histórico sobre o sistema de saúde brasileiro, poderemos apontar que o que levou ao clamor da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, está intrinsecamente correlacionada à busca de uma nova proposta de organização do sistema de saúde do país.

Diante da conjuntura social brasileira contra a ditadura, clamando pelas eleições diretas e pela constituinte, a discussão do universo da saúde coletiva tornou-se uma pauta extremamente significativa, voltada para a busca de um novo sistema.

De acordo com Alves e Viana (2006,), essa conferência foi considerada um marco da construção do atual Sistema Único de Saúde brasileiro, uma vez que imprimiu a ele várias diretrizes incorporadas, posteriormente, à Constituição Federal.

Nela se discutiu a universalidade do direito à saúde, a descentralização dos serviços, a participação da comunidade no controle social e a futura natureza de relevância pública do sistema de saúde, bem como o caráter de concessão dos serviços privados (AVES e VIANA, 2006, p. 04).

Esse processo levou Sérgio Arouca (médico sanitarista e militante político

brasileiro) à presidência da Fiocruz em 1985, além de outras personalidades importantes para dentro dos sistemas de saúde. Assim, como presidente da Conferência, Sérgio Arouca, naquela oportunidade, convocou a todos para ‘uma verdadeira reforma sanitária’, relacionada com a reforma econômica e a reforma agrária, bem como com profundas reformas urbanas e financeiras (AROUCA, 1986).

Como parte desse processo foi discutida a perspectiva de uma conferência de saúde que rompesse com a lógica das sete conferências realizadas anteriormente, cujas pautas reuniam apenas a burocracia do estado brasileiro e procurava ali discutir e sustentar o que estava acontecendo até então.

Assim sendo, a ideia dessa conferência estava atrelada ao entendimento da saúde que superasse a lógica assistencial tida até então, e passasse a correlacioná-la a uma perspectiva mais abrangente, associada à maneira como as pessoas vivem, portanto, recolocando o conceito de saúde a partir de determinantes sociais, tais quais: a saúde associada ao modo como as pessoas levam suas vidas; a partir da maneira de como a sociedade organiza; a produção confluyente ao salário que as pessoas angariam; ao ambiente que elas vivem e à maneira com que elas são transportadas no dia a dia para trabalhar; à possibilidade de lazer e de não ser submetido à violência cotidiana e inclusive à liberdade para decidir os seus rumos.

Arouca considera que seria necessária uma série de mudanças para a situação sanitária no Brasil e apresenta quatro dimensões para isso, sendo elas: específica, institucional, ideológica e das relações:

1ª) A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc. 2ª) A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. 3ª) A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária. 4ª) A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p.2).

Portanto, todo esse universo da vida, que em última análise irá decidir ou condicionar a saúde dos seus indivíduos.

Durante a preparação da 8ª CNS os textos produzidos contemplaram conceitos como

‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de noções como ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersetorialidade’. Assim, a elaboração do projeto da RSB contou com a participação de professores e pesquisadores da Saúde Coletiva, especialmente através do CEBES e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIM, 2012, p. 10).

Destarte, a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como intuito mobilizar o conjunto da sociedade organizada, além, naturalmente, dos representantes das estruturas do estado, ou seja, dos municípios, estados, Distrito Federal, e com isso a conferência organizou-se com 50% de delegados oriundos do estado de maneira geral e 50% da sociedade civil (PAIM, 2012).

Um dilema até então a ser enfrentado seria como se chegar à sociedade civil, na medida em que se tinha essa profusão de entidades se desenvolvendo e muitas delas tendo a saúde como pauta. Essas entidades foram contatadas e, em 1983, é importante se ressaltar, formou-se a Central Única dos Trabalhadores – CUT, que dava uma referência à organização do movimento operário.

Foi nesse momento que as teses adjacentes à saúde pública foram formuladas, referenciando-se, principalmente, no documento do CEBES, a partir do simpósio ocorrido em 1979. Naquele momento foi discutido acerca dos princípios do sistema universal e democrático de saúde. Um sistema que contemplasse o conjunto populacional, que não discriminasse as pessoas, fosse equitativo, centralizado e com participação social.

Toda essa discussão foi colocada em pauta e a partir daí houve uma enorme mobilização nacional, de tal maneira que, em março de 1986, foram eleitos 1.000 delegados do conjunto do país para participar. Contudo, o evento contou com presença maciça de mais de 4.000 mil pessoas.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (BRASIL, 2011, p. 22).

Esse foi, portanto, o vigor do processo. A partir daí foram organizados 98 grupos de trabalho, ao longo da semana em que ocorreu a conferência. Houve muita discussão, embates e unidade no sentido de encaminhamento frutificando como resolução final um elemento muito importante: a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Essa comissão contou com 37 representantes do estado e da sociedade civil

organizada e, com base no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, amadureceu-se um documento no qual são discutidas temáticas como: vigilância, recursos humanos para a área da saúde, dentre outros. Esse documento foi então levado para o processo constituinte brasileiro de 1988 como proposta de reorganização do sistema de saúde brasileiro.

Além da comissão eleita, voltada para a reorganização do sistema de saúde brasileiro havia ainda a possibilidade de emendas populares com propostas de serem apresentadas à constituinte.

Importante ressaltar que o campo da saúde coletiva apresentou uma proposta, o que se exigia que cada emenda popular deveria ter no mínimo 30.000 assinaturas, entretanto, reuniram-se mais de 100.000 assinaturas de quem defende a emenda popular.

O próprio militante, Sérgio Arouca, reforçou as teses que foram colocadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de tal maneira que o texto constitucional que hoje define os princípios e diretrizes da saúde contempla exatamente a saúde como um direito universal, dever do estado, além de contemplar o princípio da descentralização, inclusive da participação social.

Os contornos do novo modelo de atenção estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002, p. 250).

Pode-se perceber que tudo isso foi um ganho significativo para o conjunto da sociedade brasileira, com importante participação dos segmentos de profissionais de saúde coletiva na formulação de propostas. E tudo isso só foi possível devido à mobilização de toda a sociedade civil organizada que fomentou discussões a partir das suas entidades representativas e, então, tornou-se possível definir e configurar uma proposta aprovada na Constituição Federal de 1988.

Após a aprovação em 1989, do texto constitucional de 1988, Fernando Collor de Mello é eleito, então, presidente do Brasil em 1989. O panorama de seu governo é seguido por um esvaziamento da estratégia reformista, mediante uma 'contra-reforma', caracterizada pela ampliação do assistencialismo e do clientelismo, e pelo desmonte da capacidade orçamentária e administrativa de intervenção do Estado no campo social (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002).

A descentralização passou a ocorrer de maneira acelerada e caótica, provocando vazios institucionais em determinados setores de política social e superposições em outros. Além da superposição institucional e de programas, as políticas sociais,

nesse período, foram caracterizadas por cortes drásticos de orçamento, sob a justificativa de necessidade de descentralização administrativa (JÚNIOR e NOGUEIRA, 2002, 128).

Assim, é homologada a lei 8.080, cuja finalidade é regularizar em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. Todavia, o presidente veta importantes artigos dessa lei que desfiguravam inclusive a proposta do sistema tal como ele estava concebido. Dentre eles, é vetada a realização das conferências de saúde, componente da legislação brasileira voltado para a participação social.

É ainda vetada a existência dos conselhos de saúde em seus três níveis: municipais, estaduais e nacionais que contam com a participação de representantes da sociedade civil, dos usuários e do estado. É também vetada a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. Neste sentido, Mercadante expõe que:

O Ministério da Saúde é o grande responsável pela estratégia nacional do SUS, seu planejamento, controle, avaliação e auditoria, bem como pela promoção da sua descentralização. Ao Ministério também cabem a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional. Uma terceira missão exclusiva do poder central é a regulação do setor privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços, bem como de parâmetros de cobertura assistencial (MERCADANTE, 2002, p. 250-251).

É interessante observar que essa lei foi promulgada em 19 de setembro de 1980, e naquele momento histórico a sociedade brasileira contava com um movimento ainda muito vigoroso. E esse mesmo movimento social conquistou o Sistema Único de Saúde - SUS, novo marco referencial expresso em dois dispositivos constitucionais:

• Art. 196 - o direito à saúde deverá ser garantido "mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento; • Art. 198 - as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária (CF, art. 196-198).

Consequentemente, o executivo é pressionado, de tal maneira, que foi recolocado no Congresso Nacional a lei 8.142 cuja finalidade primordial é dispor sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei é aprovada trazendo de

volta os artigos que haviam sido objeto de veto do presidente Collor.

É importante observar que a criação do SUS institucionalizou uma nova concepção assistencial de saúde no Brasil rompendo com a lógica hospitalocêntrica. Agora a saúde passa a ser considerada direito universal.

A inclusão da participação da comunidade como umas diretrizes para a organização do sistema público de saúde foi umas mais importantes inovações introduzidas pela assembléia Nacional Constituinte em 1988 (CF, art. 198, III), propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas (MERCADANTE, 2002, p. 251).

Portanto, somente com a instauração da Constituição de 1988 se funde os direitos à saúde, isso implica dizer que o direito não tem a ver com a inserção no mundo do trabalho, direitos fundamentais não estão relacionados às condições ao poder aquisitivo de cada cidadão. Direitos têm a ver com o fato de termos nascido no território brasileiro e sermos cidadãos brasileiros.

4 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Nesta seção serão apresentadas as categorias de análise deste trabalho, cujo objetivo será contextualizar as análises das entrevistas que seguem na seção seguinte.

4.1 República populista e o mal-entendido democrático

Desde os tempos do Brasil Colônia, o trabalho escravo brasileiro somente era distinguido pela etnia. Naqueles tempos remotos tudo era decidido por alguns poucos, e os demais; mestiços, mulatos, negros, mulheres, índios e crianças eram vistos como uma população desprezada, sem maiores perspectivas. Essa minoria branca, na condição dos setores dominantes socialmente, justificava sua posição de superioridade e, portanto, seus privilégios através dos ideários religiosos e racistas.

Se antes, no Brasil Colônia, todo o povo brasileiro era alijado de seus direitos de cidadãos, neste momento, com a propaganda republicana de 1889, estes passariam a ser atores da política nacional, ganhariam espaço e disputariam em condições de igualdade o poder da nação.

Sérgio Buarque de Holanda, historiador brasileiro, em sua obra intitulada ‘Raízes do Brasil’, analisa os fundamentos do nosso destino histórico, ao expor que:

Quando se fez a propaganda republicana, julgou-se, é certo, introduzir, com o novo regime, um sistema mais acorde com as supostas aspirações da nacionalidade: o país ia viver finalmente por si, sem precisar exhibir, só na América, formas políticas caprichosas e antiquadas; na realidade, porém, foi ainda um incitamento negador o que animou os propagandistas: O Brasil deveria entrar em novo rumo, porque ‘se envergonhava’ de si mesmo, de sua realidade biológica. Aqueles que pugnaram por uma vida nova representavam, talvez, ainda mais do que seus antecessores, a ideia de que o país não pode crescer pelas suas próprias forças naturais: deve formar-se de fora para dentro, deve merecer a aprovação dos outros (HOLANDA, 1995, 166).

De tal modo, a Proclamação da República de 1889 gerou inúmeras expectativas ao povo brasileiro, em torno da criação de um pacto social que incluísse os que até então estavam à margem da sociedade.

E justamente a esse respeito não é exagero dizer que nossa República foi, em mais de um ponto, além do Império. Neste, o princípio do Poder Moderador, chave de toda a organização política e aplicação da ideia de *pouvoir neutre*, em que Benjamim Constant, o europeu, definia a verdadeira posição do chefe de Estado constitucional, corrompeu-se bem cedo, graças à inexperiência do povo, servindo de base para nossa monarquia tutelar, compreensível onde dominava um sistema

agrário patriarcal. A divisão política, segundo o modo inglês, em dois partidos, menos representativos de ideias do que de pessoas e famílias, satisfazia nossa necessidade fundamental de solidariedade e luta. Finalmente o próprio Parlamento tinha uma função precípua a cumprir dentro do quadro da vida nacional, dando a imagem visível dessa solidariedade e dessa luta (HOLANDA, 1995, 167).

Isso nos leva a refletir que, na prática, todo esse ideário democrático teve uma lógica dominante, haja vista que, obviamente, estas classes não abririam mão de suas benesses e sordidamente tramariam contra o progresso. Por conseguinte, neste momento histórico em que o povo sente o gosto de ser protagonista de seu destino, as antigas e arcaicas oligarquias, sem conseguir barrar essa força crescente se aliam ao imperialismo estrangeiro e os algozes, enfim, conseguem encurralar a população brasileira.

A fermentação liberalista que precedeu à proclamação da independência constitui obra de minorias exaltadas, sua repercussão foi bem limitada entre o povo, bem mais limitada, sem dúvida, do que o querem fazer crer os compêndios de história pátria. (HOLANDA, 1995, p. 161).

Destarte, todo o período que perpassa o Brasil Colônia até a posse do populista Getúlio Vargas, com a Revolução de 1930 (tendo este líder civil posto fim à República Velha) faz surgir uma nova esperança que renova abruptamente os sonhos da população e assim, como que de repente, o povo se torna “cidadão”, passa a ter direitos, inclusive o direito de se organizar politicamente.

O período populista perdurou na política brasileira durante o ano de 1945, com o término do Estado Novo, na figura de Getúlio Vargas, até o ano de 1964 quando os militares articulam o Golpe Militar de 1964 e assumem o poder.

Francisco C. Weffort, importante cientista político brasileiro, no que tange à formação do pensamento político da nação, explicita que:

Desde a chamada Revolução de 1930, tivemos dois longos períodos ditatoriais: o primeiro de 1930 a 1945, o segundo de 1964 até hoje. Entre 1945 e 1964, está um período democrático, de reconhecida fragilidade, que se sustentou muito mais nas pressões das massas populares urbanas que recém-ingressavam no cenário político, do que em qualquer suposto entusiasmo da burguesia pelas formas democráticas (WEFFORT, 1985, p. 39).

Neste conturbado momento político, o militar Humberto de Alencar Castelo Branco é então nomeado presidente do Brasil. Temos aí um momento de promessa de nova ordem institucional em meio ao caos que imperava, promessas de que assim que a economia brasileira se estabilizasse seriam convocadas eleições a fim de que o povo pudesse escolher

livremente seus representantes. Sinais de novos tempos apareceriam. O Brasil viveria, enfim, o progresso. Entretanto a promessa não foi cumprida. As eleições não vieram e o sonho democrático estaria cada vez mais distante. A ditadura mostrou sua verdadeira face.

O que chamamos de transição política começou em 1974, com a “política de distensão” do general Geisel. Antes disso – de 1968 a 1974 – foi o período do “milagre econômico” e também da ditadura mais violenta e criminosa de nossa história. Uma lógica política inspirada no senso comum diria que o melhor momento para uma abertura política seria aquele em que a economia se expande. Com a transição brasileira ocorre o contrário. Tivemos a “fechadura” política na época de expansão e a “distensão” política começando com a depressão econômica (WEFFORT, 1985, p. 15).

Portanto, essa fase do período populista pode ser compreendida como um período pela disputa política entre os nacionais-estatistas que buscavam o desenvolvimento do Brasil através do capital nacional e dos liberais conservadores que buscavam o desenvolvimento através da abertura para o capital estrangeiro.

Logo, nesse recorte histórico, ainda que não compreendamos objetivamente o Golpe Militar de 1964, podemos conjecturar que ainda trazemos resquícios dessa mentalidade em nossas vidas, mesmo depois de muitas décadas.

A verdade é que em 160 anos de história independente, o Brasil não teve a oportunidade de avaliar a tese da democracia como forma, por excelência, da dominação burguesa. Se Marx fosse brasileiro, teria dito, certamente, que a ditadura é a forma, por excelência da dominação burguesa. E talvez dissesse também que a democracia é a forma, por excelência, da rebeldia popular (WEFFORT, 1985, p. 39).

Nascemos sob o manto do silêncio, em meio a gritos silenciados, torturados pelos longos anos do esquecimento forçado, muitos vieram e outros se foram, mas nos forçaram a não enxergar aqueles que ficaram no mesmo lugar.

4.1.1 Mas, afinal, o que é democracia?

É perceptível que temos uma construção histórica do conceito de democracia tanto em termos analíticos da história do Brasil quanto ao pensarmos a história do mundo.

Na Grécia antiga, por exemplo, há 2.500 anos a.C., a própria noção de democracia estava ligada à ideia de governo do povo. E isto é o que a palavra em si significa, sendo sua nomenclatura definida como governo (*kratos*) do povo (*demo*). Não obstante, há que termos a noção de que a concepção de povo que existia há 2.500 anos

esteve ligada àqueles que eram considerados ‘homens’, o que excluía, portanto, grande parcela da população. Nas palavras de Santos,

Na polis o poder político reside nos cidadãos - distintos das mulheres (cujas cidadania só lhes é reconhecida indiretamente pela filiação paterna), dos estrangeiros, servos e escravos -, bem como nas instituições que os congregam e nas personalidades que as comandam, quando as há (SANTOS, 1994, p. 83-84).

Isso implica que uma pessoa para ser considerada cidadã há 2.500 anos era necessário ser homem, ser grego, livre e idade superior a 30 anos de idade. Assim, estavam destituídos dessa nomenclatura de ‘cidadão’ todas as mulheres, jovens e escravos. Ressalta-se ainda neste período que a imensa maioria da população era escravizada. Portanto a noção que temos de ‘povo’ na Grécia antiga era um conceito muito elitizado.

A cidadania consiste, portanto, numa, para nós, complicada, coexistência de direitos e deveres, estes últimos condensados no exercício, público e privado, da piedade (que associaríamos hoje à ‘religião’, mas que se apresenta na Grécia integrada em todo um conjunto de implicações político-culturais), e das atividades política, administrativa, militar e econômica. Mas, o que é essencial e paradigmático na polis é a completa submissão deste complexo à lei (nomos), que rege todas as formas de vida e de expressão do cidadão (SANTOS, 1994, p. 84).

No mundo mais contemporâneo, a democracia se construiu a partir de uma noção mais inclusiva do que seria ‘povo’. Contudo, ainda assim, ela excluía os analfabetos ou aqueles que não fossem detentores de propriedade.

As democracias europeias da época de Marx – ou seja, de meados do século XIX – eram burguesas em seus próprios fundamentos. Mudaram depois, a partir do último quartel do século passado, com a conquista popular do sufrágio universal, com o fortalecimento dos sindicatos e com o surgimento dos partidos operários. Mas enquanto Marx vivia, não creio que ninguém caísse de espanto nas ocasiões em que ele qualificava o Estado como “comitê executivo dos interesses da burguesia”. As democracias do seu tempo eram democracias censitárias nas quais a cidadania se definia a partir da propriedade e de níveis determinados de renda (WEFFORT, 1985, p. 37).

No que tange ao Brasil, Weffort considera que o conservadorismo brasileiro “nos legou uma concepção de democracia e uma ideia de revolução. O problema é que nos legou uma *concepção autoritária de democracia*⁴. E, por consequência, a única ideia que pôde nos

⁴ Uma concepção autoritária de democracia significa, além de uma certa preferência pela ambiguidade, o gosto por doses maciças de cinismo. Basta ver os inúmeros provérbios que povoam o linguajar político brasileiro. “Voto não enche barriga”. “Em política vale a versão, não o fato”. “Lei, ora a lei”. “Para os amigos tudo, para os

legar é a do golpe de Estado” (WEFFORT, 1985, p.32).

Neste sentido, a discussão democrática da última década do século XX mudou em termos de debate democrático somente a partir do pós-guerra e, no caso brasileiro, só temos, de fato, a noção de uma democracia mais ampliada a partir da Constituição de 1988, isto é, cem anos após a Proclamação da República. Fonseca corrobora:

O período que antecedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988 deixou marcas profundas no seio da sociedade brasileira, isto se deu em razão de prevalecer no regime ditatorial então vigente, um total cerceamento ao exercício dos direitos de cidadania política. Esse quadro começou a ser mudado a partir da Assembleia Nacional Constituinte, que reconhecendo a importância da participação popular na elaboração do texto Constitucional, proporcionou a oportunidade da concretização dos anseios da população brasileira (FONSECA, 2009, p. 14).

Também podemos apreender o sentido de democracia atual, a partir do pensador italiano Norberto Bobbio (1998, p. 327) que o conceitua como “um método ou um conjunto de regras, de procedimento para a constituição de Governo e para a formação das decisões políticas”. Assim sendo, Bobbio apresentou uma concepção de democracia pautada por um rol ao qual chamou de “procedimentos universais”:

1) o órgão político máximo, a quem é assinalada a função legislativa, deve ser composto de membros direta ou indiretamente eleitos pelo povo, em eleições de primeiro ou de segundo grau; 2) junto do supremo órgão legislativo deverá haver outras instituições com dirigentes eleitos, como os órgãos da administração local ou o chefe de Estado (tal como acontece nas repúblicas); 3) todos os cidadãos que tenham atingido a maioridade, sem distinção de raça, de religião, de censo e possivelmente sexo, devem ser eleitores; 4) todos os eleitores devem ter voto igual; 5) todos os eleitores devem ser livres em votar segundo a própria opinião formada o mais livremente possível, isto é, numa disputa livre de partidos políticos que lutam pela formação de uma representação nacional; 6) devem ser livres também no sentido em que devem ser postos em condição de ter reais alternativas (o que exclui como democrática qualquer eleição de lista única ou bloqueada); 7) tanto para as eleições dos representantes como para as decisões do órgão político supremo vale o princípio da maioria numérica, se bem que podem ser estabelecidas várias formas de maioria segundo critérios de oportunidade não definidos de uma vez para sempre; 8) nenhuma decisão tomada por maioria deve limitar os direitos da minoria, de um modo especial o direito de tornar-se maioria, em paridade de condições; 9) o órgão do Governo deve gozar de confiança do Parlamento ou do chefe do poder executivo, por sua vez, eleito pelo povo (BOBBIO, 1998, p.326-7).

De tal modo, discutir o conceito de democracia nos leva a pensar que não completamos ainda três décadas de uma democracia mais sólida em nosso país. Isso se deve

adversários a lei”. “Deixa como está para ver como é que fica”. São provérbios compartilhados às vezes pelo povo. Parecem simples, espontâneos, saborosos como as expressões do senso comum. Mas, na verdade, traduzem critérios sofisticados – e extremamente autoritários – de ação política (WEFFORT, 1985, p. 33-34).

pelo fato de que ainda temos alguns vícios que implicam que não nos habituamos a tal conceito, e, a partir do senso comum, tendemos a considerar que a democracia seria ‘algo que dá trabalho’, ou ainda, quando não temos o hábito do debate democrático, e neste sentido, acabamos por temer o conflito. Portanto, temos ainda pouco ‘afeto’ à democracia.

4.1.2 Trabalhismo Brasileiro: a democracia do povo

A obra ‘A invenção do trabalhismo’, cuja autoria é da historiadora Ângela de Castro Gomes, descreve e problematiza questões históricas no que diz respeito aos direitos sociais, a partir da construção da cidadania dos trabalhadores no Brasil, especialmente a partir de 1930, com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, perpassando por 1937 com a formação do Estado Novo e mais adiante, em 1942 a 1943, com a consolidação de uma série de direitos e leis trabalhistas (CLT).

De acordo com a autora, toda a história trabalhista de nosso país pode ser dividida em dois tempos básicos: antes e depois de 1930. Em suas palavras: “todas as providências tomadas desde a revolução envolvendo a resolução da questão social eram atribuídas diretamente a Vargas. Era dele que todas as instruções emanavam, era ele o inspirador executor de toda a legislação elaborada” (GOMES, 2005, p. 220).

No sentimento dos trabalhadores brasileiros a palavra do Presidente Vargas tem uma ressonância mais profunda que todas as outras. É a voz de um amigo. É o ensinamento de um guia. Amigo de todas as horas, desde muito tempo, desde os primórdios de sua candidatura, quanto incluiu na plataforma de governo a resolução do problema social e de então por diante, sem descanso, nem fadiga, construiu para ele um monumento legislativo de dignificação do trabalho humano (BMTIC apud GOMES, 2005, p. 221).

Destarte, é fundamental o resgate de dois atores sociais de suma importância nesta conjuntura histórica, sendo eles: o Estado e a classe trabalhadora. “A dinâmica proposta na relação entre povo e presidente era a dinâmica de um contrato que estabilizava a nação e sustentava o poder do Estado” (GOMES, 2005, p. 228).

Neste ponto capital, a lógica política hobbesbiana não tinha vigência. O contrato que presidia a instituição da obrigação política no Brasil ultrapassava a lógica dos interesses, pela qual se troca obediência por segurança. Nesta perspectiva, o contrato é um “negócio” cuja dinâmica implica custos e benefícios calculáveis, o que o coloca na órbita de uma relação de tipo mercantil. Já no caso do contrato como troca de presentes, a noção de interesse individual, precipuamente material, é fortemente diluída. Ela sem dúvida existe no contrato, mas não o preside. Isto porque a base ideológica que institui a obrigação não é dívida, mas o compromisso. Aquele que

contrata não se submete, ele adere, e sua adesão tem uma força moral totalizadora. Desta forma, o procedimento político assume a feição de um fenômeno social “total”, isto é, econômico, jurídico e também moral (GOMES, 2005, p. 229).

Nesta ótica, podemos ressaltar que o conceito de cidadania deste período advinha em integrar-se em algumas totalidades, sejam elas: totalidade econômica, que se resumia em trabalhar e produzir riquezas; jurídica, que implicaria em possuir uma carteira de trabalho; e moral, de modo a compreender o trabalho como um dever/direito (GOMES, 2005).

Tudo isso se torna pano de fundo para problematizarmos a maneira que se deu a construção da identidade da classe trabalhadora brasileira que, de acordo com Gomes, estaria forjando uma identidade, se criando enquanto classe para si. Ou seja, uma classe que de alguma forma se reconhece nesse processo como ator relevante, sendo capaz de entendê-lo.

O que importa destacar neste primeiro tempo é que a lógica que presidiu os esforços dos trabalhadores em seus diferenciados matizes políticos foi uma “lógica de solidariedade”. Isso significa dizer que a “palavra operária” buscava a formatação e a mobilização de uma identidade para a classe que, tendo como referência a estrutura ocupacional, articulava experiências e valores comuns como base de sustentação para sua ação política (GOMES, 2005, p. 299-300).

Além disso, a autora conceitua a lógica que perpassa pelos interesses da classe trabalhadora, apontando o contrato efetuado entre povo e presidente através da doação das leis sociais como uma relação de amplo escopo.

Seus fundamentos eram, sem dúvida, a expressão material da troca: os benefícios sociais entendidos que como “bens públicos” (todos eram atingidos pelos contratos de trabalho, pelo horário de trabalho etc.), que como “incentivos seletivos” (só os trabalhadores sindicalizados recebiam certo tipo de assistência médica) (GOMES, 2005, p. 232).

Importa assinalar que a adesão dos trabalhadores à proposta política do Estado não poderia ser compreendida apenas pela lógica utilitarista e, neste sentido, a invenção do trabalhismo é tida,

Como ideologia da outorga permite justamente refletir sobre a dimensão simbólica que alimentava e dava feição específica a estas relações políticas, a este pacto social. Esta dimensão põe em foco singular a dinâmica entre repressão e mobilização exercitada neste período, da mesma forma que permite compreender melhor a longevidade das noções construídas pelo discurso político estado-novista (GOMES, 2005, p. 232-233).

Para a autora, a historiografia anterior de alguma maneira subestima a classe trabalhadora ao afirmar que uma série de direitos trabalhistas não foi tida como conquista, ao

contrário disso, podem ser considerados como doação. Ou seja, se opõe à ideia de que o Estado de alguma forma utiliza esses direitos como doação, gratificação, pois partindo dessa lógica de doação do Estado para a classe trabalhadora no que tange aos direitos, obviamente a classe trabalhadora apareceria como uma massa amorfa, sem identidade ou qualquer outro elemento de classe que não é capaz de ter forças suficientes para intervir na política e que, portanto, apenas concebe os direitos que são fornecidos pelo Estado. Em suas palavras:

A adesão dos trabalhadores, e não meramente sua submissão ou manipulação, sancionou um pacto pelo qual, Estado e classe trabalhadora se reconheciam como termos interessados na consecução de um novo sistema de ordem não mais autoritários. Este pacto foi tanto uma ação instrumental destinada a obter certos resultados substantivos, quanto uma ação expressiva pela qual ocorreu o reconhecimento dos atores nele envolvidos (GOMES, 2005, p. 301).

Neste sentido, a autora também discorda da perspectiva historiográfica que parte do entendimento de que todos os direitos foram decorrentes de conquistas por parte das classes trabalhadora de maneira plena e efetiva. Isso torna latente a necessidade de compreensão da forma de articulação dos interesses materiais simbólicos e de construção de identidade da classe trabalhadora relacionados com a lógica do Estado e mais especificamente do populista Getúlio Vargas, através do intervencionismo estatal.

O grande “segredo” está na lógica que articulava este discurso. Ele releu o passado das lutas dos trabalhadores sem ao menos mencioná-lo, estruturando-se a partir de uma ética do trabalho e da valorização da figura do trabalhador nacional. Era a esta figura – novo modelo de cidadão – que o discurso se destinava e era a ela que os benefícios sociais eram oferecidos como uma dádiva (GOMES, 2005, p. 233).

Com isso, Gomes analisa como o Estado começou a intervir de maneira mais efetiva, a partir de 1937, na relação capital/trabalho. Nesta ótica, o ditador Getúlio Vargas apreende a importância das questões sociais e trabalhistas, no entanto, são questões que deveriam seguir a lógica que o Estado entendesse como ‘correta’ e eficaz a partir de seus parâmetros. Assim, o Estado colocou em pauta as necessidades e interesses dos trabalhadores, inclusive atendendo a muitas de suas reivindicações, inclusive antigas reivindicações já propostas pelos socialistas e anarquistas.

Portanto, a autora nos expõe que os direitos trabalhistas são efetivamente conquistas da classe trabalhadora, mas isso tem um preço à classe trabalhadora, pois na medida em que o Estado intervém, ele age fortemente nos sindicatos que são operados e controlados pelos anarquistas. “Porém, a organização sindical constituía o núcleo de uma

proposta de escopo bem mais amplo, voltada para o que se pode chamar de disciplinarização da população trabalhadora” (GOMES, 2005, p. 237).

Nesta lógica, o Estado passa a intervir e atuar no sentido de imposição de sua lógica, o que levou ao fechamento de muitos sindicatos anarquistas, passando também a balizar a questão sindical. E quando o Estado passa a agir desta forma, por um lado ele atende aos interesses efetivos da classe trabalhadora, mas por outro lado ele coloca o viés do Estado.

Gomes ainda resgata o conceito de corporativismo estatal como forma de balizamento de todo o intervencionismo proposto por Vargas na questão das leis trabalhistas.

A invenção do trabalhismo e a montagem do sindicalismo corporativista, complementadas pela criação do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), constituíram as pedras de toque para a incorporação política dos trabalhadores. Contudo, a solidez desta construção, que se desencadeou já no contexto do término da Segunda Guerra Mundial e do esgotamento do regime político do Estado Novo, não pode ser entendida sem o referencial da história das condições de vida e luta dos trabalhadores brasileiros nas décadas anteriores. O sucesso do discurso trabalhista e da organização dos interesses corporativista baseou-se na ressignificação de todo um elenco de demandas e de toda uma tradição cultural e política centrada no valor do trabalho e da dignidade do trabalhador, desta feita enunciados e reconhecidos pelo próprio Estado (GOMES, 2005, p. 300-301).

A autora alega existir aí uma relação entre classe trabalhadora e Estado que não necessariamente se configura os parâmetros de doação ou de conquistas de direitos de maneira pura.

O processo histórico pelo qual o Estado ampliou seus poderes, intervindo na sociedade através da figura política do Executivo, foi o mesmo pelo qual a classe trabalhadora ganhou o *status* de ator político relevante. Tal processo, portanto, tornou o Estado o mediador por excelência de todos os interesses corporativamente organizados em sindicatos e politicamente representados em partidos (GOMES, 2005, p. 300-301).

Neste panorama podemos apreender que o Estado passou a se beneficiar com essa série de direitos que os trabalhadores começaram a angariar, hierarquizando, controlando e intervindo diretamente nos interesses da classe trabalhadora. Ou seja, os sindicatos se tornam meros fantoches aos quais os trabalhadores são levados a se sindicalizar.

O debate em torno da necessidade de sensibilizar o trabalhador brasileiro e inseri-lo definitivamente na estrutura sindical do Estado Novo desenvolveu-se assim em articulação com outro debate: aquele em torno da natureza do corporativismo adotado no Brasil. Defender a ampliação dos efetivos sindicais, esclarecer que o trabalhador devia procurar o sindicato, pois só assim receberia assistência jurídica e médica, treinar líderes que, como bons administradores, também compreendessem o espírito da legislação sindical e social, tudo isso constituía a parta pragmática de uma política mais global de afirmação do corporativismo (GOMES, 2005, p. 253).

Os sindicatos que tentam escapar desse controle estatal são então tratados como ‘casos de polícia’, e com isso Gomes demonstra a relação de reciprocidade existente neste contexto.

Para aqueles envolvidos neste esforço, tratava-se de difundir o espírito do corporativismo, o que ocorria exatamente quando suas normas estavam completamente formuladas. A Justiça do Trabalho, o Imposto Sindical, a futura Lei Orgânica da Previdência e a CLT demonstravam que o momento não é mais de debates em torno da construção de normas. Este debate já ocorrera e perdurara até os anos 1940. No período anterior, as disputas ideológicas que dividiam as elites haviam girado em torno da ingerência na feitura das leis e da delimitação de seu espírito orientador. Porém, a questão principal fora bloquear qualquer proposta alternativa à diretriz estatal, fixando-se o modelo do corporativismo. Por isso, fora fundamental desmobilizar o movimento operário cortando os laços que até 1935 ele insistia em manter com outras formas organizacionais (sindicalismo autônomo e plural) e com outras propostas políticas (GOMES, 2005, p. 254).

Por fim, a autora discorre sobre as conquistas da classe trabalhadora, mas analisando-as no panorama do controle estatal, portanto, mecanismos operados pelo Estado a fim de controlar a própria classe trabalhadora.

4.1.3 Uma visão do populismo contemporâneo

Neste estudo, algumas peculiaridades da formação política e social brasileira assumem papel decisivo. A este propósito, a discussão do populismo contemporâneo torna-se tópico de radical importância a fim de considerarmos o panorama político-social em nível microsocial. Para tanto, seria oportuno, identificarmos o sentido do populismo, tal qual nos conjectura Weffort ao explicitar que: “o populismo é, no essencial, a exaltação do poder público; é o próprio Estado colocando-se através do líder, em contato direto com os indivíduos reunidos em massa” (WEFFORT, 1980, p. 28).

É certo que o populismo implica, de tal maneira, num evidente mecanismo de manipulação das camadas populares através de um discurso que abarca, de modo especial, as camadas populares. Isso porque, este constitui-se num amplo fenômeno na história brasileira que veio a privilegiar, principalmente, as elites industriais. Por este viés, é importante observarmos que:

Nem todas as situações de classes favorecem, de maneira típica, às formas de expressão de massas. Se observarmos as grandes linhas do desenvolvimento histórico capitalista, temos a evidência de que a burguesia e o proletariado, em especial este último, tendem a organizar racionalmente sua ação política e a colocar, de maneira clara, seus interesses de classe à luz do dia do debate político. Qualquer destas duas classes essenciais ao sistema capitalista podem manifestar-se como massa, mas tendem sempre a expressar-se como classe e ainda quando não o consigam, como ocorreu neste período histórico como o proletariado brasileiro, tendem a imprimir fortemente sua marca de classe na superfície amorfa da massa. A

burguesia, embora tenha todo o interesse, por força de sua posição dominante, em mascarar a luta de classes, não pode furtar-se a ela, pois, pelo fato mesmo de ser de classe dominante, tende obrigatoriamente a propor-se, embora não o consiga essencialmente, a dirigir o conjunto da vida social (WEFFORT, 1980, p. 28-29).

Nestas condições, podemos apreender à vigência do populismo enquanto um fenômeno cultural e político que abarca as massas, e ainda que sua definição não seja tarefa fácil devido à sua diversidade de fenômenos políticos e contextos sociais, temos o seguinte exposto trazido por Boaventura de Sousa Santos:

Em geral, o populismo invoca a ideia de uma construção de subjetividades e modos de atuação política hostis à mediação das instituições da democracia representativa, por vezes indiferentes ou até mesmo hostis à distinção entre esquerda e direita que tem caracterizado a representação política, mediante apelos a uma ampla convergência de interesses e expectativas de maiorias excluídas ou ameaçadas de exclusão por parte de inimigos internos ou externos (SANTOS, 2016, p. 159).

Em face do exposto, pode-se conjecturar que o populismo atualmente se institui enquanto um dispositivo ideológico, cujo objetivo se volta a beneficiar àqueles que dispõem de mais poder e, consecutivamente, mais recursos a fim de definir ideologicamente determinada sociedade política.

O populismo tende a privilegiar a participação em detrimento da representação, a ter uma vocação antielitista, ainda que, por vezes, delegada a um líder ou até um Estado em que se deposita afetivamente a esperança de dias melhores. Devido a sua crítica das mediações institucionais, o populismo tem uma vocação anti-institucional ou pós-institucional; tende a expressar-se sob a forma de mobilizações massivas intensas e fugazes em que a denúncia política prevalece sobre a formulação de alternativas políticas (SANTOS, 2016, p. 159).

Neste sentido, para o autor, o populismo parte de uma ideia política extremamente ambígua.

A primeira ambiguidade é originária e reside na própria noção de povo que, sobretudo depois da Revolução Francesa, designa tanto a parte oprimida do conjunto das classes e dos grupos sociais que coexistem no mesmo espaço geopolítico como o conjunto de todas as classes e os grupos. O povo pode ser classe, nação, identidade etnocultural, massa amorfa à espera de ser sujeito político, princípio fundador da subjetividade política, enquanto sede do poder soberano. A segunda ambiguidade reside no fato de que a vocação antissistêmica que anima o populismo pode ser assumida por instituições (partidos políticos) que não podem existir fora do sistema e até pelo próprio Estado, que preside ao “sistema”. O apelo à reforma profunda do sistema não resolve a ambiguidade, apenas a desloca para a discussão dos princípios e dos mecanismos específicos da reforma. A terceira ambiguidade consiste no fato de que a polaridade entre esquerda e direita, por vezes expulsa pela porta, entra pela janela sob a forma do populismo de esquerda e do populismo de direita (SANTOS, 2016, p. 160).

Por último, ainda define que a relação do populismo com a democracia também é ambígua.

Se por um lado a crítica da representação implica um apelo à participação e, portanto, à democratização da democracia, por outro lado, a intensificação da participação pode ter por objetivo excluir dos benefícios da democracia e da deliberação democrática de grupos sociais muito significativos, sejam os habitantes dos países menos desenvolvidos da Europa, sejam imigrantes e solicitadores de asilo político (SANTOS, 2016, p. 160).

Podemos citar como exemplo, num contexto mundial, os grandes líderes populistas, tais como Mussolini⁵, Hugo Chávez⁶ ou Vladimir Putin⁷ que utilizam de estratégias e manobras com intuito de legitimar seu poder junto ao povo sob a ótica do fascínio destes perante o Estado. Por outro lado, quando a direita se declara populista isso não lhe causa dano e, ao contrário, pode até beneficiá-la, haja vista a ambiguidade pessoal desses políticos divididos entre o amor ao povo e o amor ao poder.

Desse modo, uma das raízes da capacidade de manipulação dos grupos dominantes sobre as massas está na sua própria debilidade como classe, na sua divisão interna e na sua incapacidade de assumir, em seu próprio nome, as responsabilidades do Estado. Incapazes de legitimar por si próprias a dominação que exercem necessitarão recorrer a intermediários – primeiro Vargas, e depois os líderes populistas da etapa democrática – que estabeleçam alianças com os setores urbanos das classes dominadas (WEFFORT, 1980, p. 71).

Com isso, o autor coloca como limitações decisivas do populismo:

Primeiro: a eficácia do líder populista nas funções de Governo dependerá da margem de compromisso que ocasionalmente exista entre os grupos dominantes, e de sua habilidade pessoal para superar, como árbitro, os enfrentamentos e para

⁵ Benito Mussolini (1883-1945) foi um político italiano. Foi o líder do Partido Fascista, fundado em 1919, no final da Primeira Guerra Mundial. Foi professor e jornalista, escrevia para jornais de esquerda. Alistou-se no exército, chegando a patente de sargento. Em 1922 organizou a "Marcha sobre Roma", e com o apoio do rei Vítor Emanuel III passou a organizar o gabinete governamental, no cargo de primeiro-ministro da Itália. Por meio de eleições fraudulentas, os fascistas ganharam a maioria do parlamento. Em 1925 Mussolini tornou-se "Duce" (o condutor supremo da Itália). Disponível em: https://www.ebiografia.com/benito_mussolini/. Acesso em 18 de abr. de 2017.

⁶ Hugo Rafael Chávez Frias (1954-2013), o controvertido líder que agitou a América Latina nas últimas décadas, entrou para a história mais por teimosia do que por vocação. Sua primeira tentativa de chegar ao poder foi por meio de um golpe de estado, em 1992, que durou poucas horas e terminou com ele preso. Mas a obstinação do militar que defendia a "Revolução Bolivariana" resultou na sua vitória em três eleições e num referendo popular. Assim, ele se manteve à frente do governo venezuelano por 14 anos. Disponível em: <http://istoe.com.br/tragedia-bolivariana/>. Acesso em 18 de abr. de 2017.

⁷ Vladimir Putin (1952) é o atual presidente da Rússia, iniciou seu terceiro mandato em 2012. Ao exercer dois mandatos consecutivos (2000-2004 e 2004-2008) tornou-se o presidente que mais tempo permaneceu no cargo depois da dissolução da União Soviética. Disponível em: https://www.ebiografia.com/vladimir_putin/. Acesso em 18 de abr. de 2017.

encarnar a imagem da soberania do Estado, em face das forças sociais em conflito. Em segundo lugar: do lado das massas populares a manipulação populista estará sempre limitada pela pressão que espontaneamente estas podem realizar e pelo nível crescente de suas reivindicações (WEFFORT, 1980, p. 71).

O conteúdo social exercido sobre o povo faz com que o líder populista busque fomentar a manipulação da sociedade como uma relação identitária fazendo com que, subsequentemente, esta identifique o líder populista através de uma relação de generosidade para com as classes populares, o que traz em seu viés um mecanismo regulador destas relações, pois na medida em que o populista “doa” à população benesses variadas, à mesma é exigido o ‘perdão’ por seus atos de corrupção, falta de justiça e o ataque às regras da democracia, pois supostamente tudo o que o populista faz é em nome do povo e para o bem do povo. E tudo que há de mal será culpa daqueles que não pertencem ao povo. Tudo isso é reforçado com o auxílio da mídia por meio de programas televisivos, de rádio, ou ainda, em redes sociais.

A mídia funcionou como agência de propaganda na promoção das políticas de governo e no silenciamento dos oponentes. Os regimes populistas controlaram a mídia estatal e exerceram marcada influência na mídia privada. Juntamente com uma ampla rede de organizações (variando de escolas a escritórios de bairro), eles utilizaram a mídia para propagar ideologia política, louvar as virtudes de seus líderes, reforçar as ligações entre os líderes e as massas e rebaixar as críticas (WAISBORD, 2013, p. 36-37).

Com o tempo o líder populista busca enfraquecer os três poderes, especialmente o legislativo e o judiciário com finalidade de governar sozinho. O programa populista se completa com a ideia de satisfazer certas necessidades sociais e propagandear-las de tal maneira que o líder é quem fornece as mais variadas soluções.

A privatização da mídia e a explosão dos meios de comunicação moldaram um ambiente diferente daquele que os líderes populistas tiveram a sua disposição em meados do século XX. Quando aplicadas ao neopopulismo⁸ contemporâneo, noções sobre o controle autocrático e a manipulação da mídia são equívocos. Os líderes neopopulistas cortejaram a mídia privada para cultivar uma cobertura favorável e oscilaram promessas econômicas em troca de uma virada positiva (WAISBORD, 2013, p. 38).

Ademais, a tendência é o aumento dos gastos do governo, a multiplicação das estatais que passam a ser preenchidas por atos de nepotismo, aumentando-se,

⁸ O neopopulismo partilha algumas características com, mas não é apenas uma versão atualizada da política populista. O problema não é que eles possam se sobrepor sem ser idênticos, mas, sim, que não está claro em que bases as diferenças entre as suas características não signifiquem que haja necessariamente uma continuidade. Alguns elementos da política populista clássica estão incluídos e outros foram deixados de fora, mas nenhuma análise racional é oferecida para justificar essa seleção (WAISBORD, 2013, p. 36).

consequentemente, as dívidas e os programas sociais destinados às classes populares.

O certo é que, não obstante as contradições subjacentes ao Estado populista, com intuito de financiar seus gastos, são alegadas gratuidades, convergidas ao aumento dos impostos, da dívida pública, o que acarretará em altas taxas de inflação. O Estado de compromisso, entre os interesses diferentes e contraditórios, passa a ficar cada vez mais endividado e, por conseguinte, cada vez mais inábil. A arrecadação tende a crescer cada vez mais, porém nunca sobrepondo às despesas. Quanto aos serviços públicos, estes se tornam cada vez ineficientes.

Nestas condições, não há que surpreendermos com a vigência de programas populistas que incentivem o consumo, afastem os investimentos e façam com que o país entre em recessão, através da inflação e desemprego, o que levaria o governo a tomar medidas radicais tais como: controle de preços, confisco, controle da importação, fazendo com que o país chegue a tal ponto em que a economia possa entrar em colapso.

4.2 Clientelismo político

O conceito de clientelismo político é bastante difundido atualmente. Entretanto, desde o período do Brasil colônia, a manipulação das eleições era uma das bases da política dos governadores. Os coronéis ou latifundiários indicavam seus candidatos para assumir qualquer cargo. O voto aberto era um mecanismo de controle seguindo a indicação do chefe local. O coronel determinava os votos de seus comandados em troca de favores diversos, que iam de benesses como presentes a cargos públicos. Essa dinâmica de disposição do eleitorado era denominada “voto de cabresto”. No entanto, durante o período do império, quando os mecanismos da influência política ‘pacífica’ não funcionavam, apelava-se para a violência ou a fraude.

O que se observa, todavia, é que o coronelismo é histórico no Brasil. Nasce de uma sociedade dominada hegemonicamente por este pensamento, tendo seu caráter mais atenuado somente a partir da Revolução de 1930, com as características de um país mais urbanizado. Contudo, o clientelismo é uma prática que ainda permanece atual, estando arraigada na sociedade brasileira e pode ser apreendida enquanto produto de produção do modelo hegemônico. O coronel traduz uma política de protecionismo e assistencialismo que gera o clientelismo.

El concepto de clientelismo es a la vez una categoría analítica u una etiqueta moral. Da cuenta de un fenómeno político – un tipo de relación personalizada em la que intervinen formas de reciprocidad e intercambio – y de un modo de descalificación

y denuncia de ciertas desviaciones del ideal político de la ciudadanía democrática (VOMMARO e COMBES, 2016, p. 17).

Temos, assim, a partir do conceito de clientelismo não uma imposição, mas sim um consenso, pois devemos levar em consideração que a hegemonia é produção de consenso. Algo hegemônico é algo que as pessoas aceitam como pronto e acabado.

O filósofo marxista, Antônio Gramsci faz referência à hegemonia como uma ação não-partidária. Com isso, Gramsci não propunha uma hegemonia de esquerda ou uma hegemonia por parte dos trabalhadores, mas acreditava numa ação de classe, o que implicaria numa contra-hegemonia. Isso se deve ao fato de que Gramsci, não sendo um totalitário, sabia que hegemonia implica o exercício do poder por um conjunto de indivíduos, por uma classe determinada.

O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências do grupo sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas também é indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial, dado que, se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica. (GRAMSCI, 2004, p. 48)

A noção de hegemonia a partir de Gramsci se deve pela maneira como o poder é exercido, o que não pressupõe que estaria associado ao conjunto das instituições políticas, mas sim através da cultura, que, por conseguinte, aparece imbricado ao conceito de hegemonia. Neste sentido, o acesso à cultura promoveria um novo “modo de ser que determinaria uma nova forma de consciência” (GRAMSCI, 1964, p.300-2).

Salienta-se que, quando Gramsci propõe a contra-hegemonia o que ele propõe é a contra-cultura. É desmontar o intelectual orgânico da classe dominante e criar o intelectual orgânico a partir da classe trabalhadora, sendo este o próprio trabalhador, ou seja, para ele o intelectual não vem de fora da classe, é ele o pensador.

(...) todos os homens são filósofos, definindo os limites e o caráter dessa filosofia (“espontâneo”) de “todo o mundo”, isto é o senso comum e a religião. Demonstrado que são filósofos, ao seu modo, que não existe um homem normal e são intelectualmente, que não participe de uma determinada concepção de mundo, mesmo que seja inconsciente, porque cada “linguagem” é uma filosofia, se passa ao segundo momento, ao momento da crítica e da consciência (GRAMSCI, 2004, p. 1063).

Com isso, pode-se argumentar que a relação entre hegemonia e clientelismo reside no aspecto de que a burguesia, ao conquistar a hegemonia do Estado nacional, tende a utilizar-se do clientelismo de forma progressista e, neste âmbito da política democrática neoliberal, a

população tende a não questionar os mecanismos clientelistas, pois o que temos historicamente na cultura política brasileira é estabelecimento de uma relação público-privada muito próxima.

A política clientelista "moderna" é mais competitiva que sua antecessora e suas relações tendem a ser muito mais frágeis, já que mais "instrumentais". Ela sobrevive a partir da sua capacidade de substituir os antigos laços de lealdade pessoal pela oferta de benefícios materiais, os mais individuais possíveis, de maneira a evitar conflitos e maximizar o seu arco de influência eleitoral. O patrono moderno é o broker. E seu poder depende das suas habilidades em operar como intermediário entre sua clientela e os recursos públicos (FILHO, 1994, p. 227).

Este modelo hegemônico justifica, portanto, tais atos político, pois como nos apotam Vommaro e Combes (2016, p. 143). “...las relaciones calificadas de clientelismo son muchas veces vínculos de intercambio tejidos a lo largo de la vida de los individuos y creadores de obligaciones de tipo moral”. A compra de votos, por sua vez, se configura, assim, numa importante estratégia política pautada neste tipo de dever moral.

La compra de votos se refiere al momento en que el incentivo es ofrecido por un candidato o un agente del candidato con la clara intención de obtener el voto del receptor. Se (...) puede pedir a los votantes que se comprometan a favor o en contra de un candidato (em) particular; pueden también comprometerse a la abstención (Transparency Internacional apud VOMMARO e COMBES, 2016, p. 139).

Por derradeiro, cumpre destacar que atitudes como compra de votos possam ainda ser constituídas como prática ilegal na doutrina brasileira, sendo, por outro lado, atos ainda muito recorrentes no âmbito político.

El grado de presencia de la compra de votos en una sociedad refleja la capacidad de aplicar y monitorear el pacto establecido entre agentes y votantes. Desde la perspectiva de un candidato, esto determina la relación costo-beneficio de su inversión; desde la perspectiva de un votante, determina el riesgo asociado con el no cumplimiento (Transparency Internacional apud VOMMARO e COMBES, 2016, p. 140).

Conforme Filho (1994) o clientelismo na sua versão mais estatal e partidária é produto do desajuste entre a estrutura social e o sistema político. Nas palavras do autor:

A desorganização da sociedade dos "notáveis" não é acompanhada pelo fortalecimento das instituições impessoais e universais características de um sistema político desenvolvido. Embora algumas dessas instituições possam existir, a diferença fundamental é que elas são frágeis e não conseguem agregar e representar interesses e identidades coletivas. A presença desmesurada de demandas particularistas expressaria essa incapacidade das instituições políticas (FILHO,

1994, p. 226-227).

Quando aprofundamos na compreensão a este modelo, percebemos que se trata de um modelo perverso.

Vommaro e Combes concebem o clientelismo como um mal que deve ser combatido. De acordo com os autores: “Moralmente malo, se opondría al *empowerment* y el fortalecimiento de las “capabilidades”; económica ineficaz, representaría un obstáculo al buen desenvolvimiento de las políticas de focalización (VOMMARO e COMBES 2016, p. 131).

Assim sendo, conforme os autores, a fim de romper este paradigma é preciso,

Fortalecer las “capabilidades” de los pobres convertidos, entretanto, em “protagonistas de la lucha” según el Banco Mundial, lo cual significa entre otras cosas promover la participación de la sociedad civil en la implementación de los programas sociales. Poco a poco se comienza a considerar que la participación es el pilar de este enfoque de la pobreza, empresa en la que participan el *empowerment* – es decir, el crecimiento de las capacidades de acción autónoma – y el desarrollo de las “capacidades” (VOMMARO e COMBES, 2016, p. 131).

Neste pleito, para que o protagonismo do eleitor brasileiro seja efetivado, de modo a minimizar o descrédito com a classe política cabe, portanto, a efetiva participação social, o reconhecimento enquanto sujeito desse processo e, para além disso, o efetivo exercício da cidadania.

4.3 Cidadania: direitos e deveres

Para entendimento do conceito de cidadania a partir dos direitos humanos e sua evolução é necessário que o compreendamos à luz dos acontecimentos históricos que permearam a convivência humana.

Até o século XVIII, a forma mais comum de governo se dava pelo sistema absolutista, com todos os poderes concentrados na figura do rei, soberano, e, deste modo, aquele que detinha todo o poder sobre um povo. Esse era um pensamento tão arraigado a este momento histórico que o melhor exemplo que se tem dele é o reinado de Luís XIV (1638-1715), rei da França (1643-1715) que através de sua declaração “o Estado sou eu” resume com precisão o conceito do direito divino dos reis.

Neste momento histórico e com o tipo de governo estabelecido, a relação entre governante e governados se dava de forma totalmente díspar. Os governados eram apenas súditos e a vontade do rei era a lei. Aos súditos só cabia obedecer ao rei que, teoricamente,

sabia o que era melhor para todos.

Essa situação somente começaria a mudar no final do século XVIII, por meio da Revolução Francesa (1789-1799), através de seus ideais de liberdade e igualdade, e da Revolução Americana (1775-1783) que resultou na Declaração da Independência dos Estados. E, apesar de terem sido revoluções de origem burguesa, auxiliaram na busca pela inclusão social.

Esses movimentos inseriram ao contexto mundial um novo tipo de Estado e foram marcados pelo desejo que a população desses países tinha em reivindicar o exercício da própria soberania.

Com isso, mudaram a história da humanidade e deixaram uma herança muito importante em forma de valores, ideais, tradições e documentos, dentre eles, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão produzida pelos revolucionários franceses. Nesse famoso documento são firmados vários direitos das pessoas, direitos estes que não dependiam de quem estava no governo e dos quais nem o próprio indivíduo poderia abdicar, como por exemplo, o direito à vida. E por isso, considerados direitos inalienáveis. Não é a toa que a expressão ‘cidadão’ aparece no título dessa declaração de direitos.

De tal forma, a compreensão desta trajetória histórica é fundamental para a noção que temos hoje de cidadania, pois a partir dessa construção, temos a apreensão de uma história de lutas, de superação de desigualdades, fundamentada numa concepção de representatividade aos quais nos explicitam Botelho e Schwarcz, a partir da realidade brasileira:

A história da cidadania é, assim, uma história de lutas e conquistas relacionadas a diferentes processos nacionais de construção e democratização de Estados de direito, e o caso brasileiro não foge à regra. Ou seja, tendeu a se formalizar com a consolidação da democracia representativa que reconhece a existência de canais institucionais oficiais e públicos para a resolução de conflitos. Mas, embora se guardem diferenças de um contexto nacional para outro, perspectivas comparadas permitem entrever certas regularidades nessa história que é também uma história comum (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012, p. 21-22).

Conforme os autores, o percurso da cidadania brasileira, como não poderia deixar de ser, seguiu os rumos da história do país.

Um país que se tornou independente com a maior parte da população excluída dos direitos civis e políticos e sequer mobilizada por um sentido de nacionalidade. Uma monarquia, cercada de repúblicas por todos os lados, significou um desafio à experiência nacional, no sentido de reverem-se conceitos como ser “súdito” ou ser “soberano”. Estava (e está) em questão, pois, o status deste cidadão, e que repassa a própria identidade do indivíduo moderno, e é por ele reivindicada, uma vez que não se quer mais ser apenas “súdito”, ou seja, simples sujeito de deveres e destinatário

passivo de comandos (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012, p. 19).

Por outro lado, os autores explicitam que a longa experiência social da escravidão pela qual vivenciamos, modelou a sociedade brasileira e, na prática, negou os direitos mais básicos de liberdade e igualdade, sendo que seu legado persistente representa, sem dúvida, limites cruciais à cidadania (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012).

A sorte dos homens livres pobres, a maioria da população, também não foi muito diferente a esse respeito: imersos em estruturas de dominação tradicional, como o mandonismo, o coronelismo e outros, dependiam das relações de favor com os poderosos para sobreviverem — e o favor, segundo se sabe, é pessoal, representando por isso a mais clara negação dos direitos cuja universalização fica comprometida (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012, p. 19-20).

Importante considerarmos que somente com a transição democrática no final dos anos 1970 é que teríamos início a um novo momento da história da cidadania nacional.

Desde então o país tem apresentado um modelo exemplar de direito à representação. Não só possuímos sistemas eleitorais legais populares e ininterruptos, como apresentamos um modelo de votação eleitoral eficiente e ligeiro, de maneira que no país, no mesmo dia, já se conhece o resultado de quem serão os futuros representantes políticos da nação (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012, p. 21).

Deste modo, podemos pensar como a cidadania se constrói socialmente e se estende em direção à perspectiva na qual ser cidadão é bem diferente de ser súdito. O cidadão também vive aquém de um governo, mas a sua obediência ao governante e às leis tem como contraponto o respeito aos seus direitos.

Botelho e Schwarcz (2012) compreendem essa cidadania como “identidade social politizada”.

É noção construída coletivamente e ganha sentido nas experiências tanto sociais quanto individuais, e por isso é uma identidade social. Ou seja, ela é uma resposta política a determinadas demandas e circunstâncias igualmente políticas, e é volátil como são diversas as situações de conflito ou de agregamento social (BOTELHO e SCHWARCZ, 2012, p. 09).

Não há cidadania quando só há deveres a cumprir, como era o caso dos súditos. Mas também não há cidadania somente com direitos. Por isso dizemos que a cidadania é uma construção coletiva em que cada um deve cumprir seus deveres perante a comunidade e o Estado. Esses valores quando incorporados à cultura de um povo se tornam patrimônio coletivo e assim se constrói uma comunidade forte, uma comunidade política.

No Brasil contemporâneo, um bom exemplo disso é a nossa constituição atual, aprovada em 1988 - chamada de Constituição Cidadã. Isso porque o nosso país havia saído de um período em que vários direitos civis e sociais haviam sido restritos. Os constituintes, ao elaboraram a constituição, acreditaram por bem recuperar esses direitos, acrescentar outros e deixá-los registrados em nossa lei maior.

Temos no art. 5º da Constituição, um exemplo desse exercício de cidadania ao garantir que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

Para Benevides, cidadania e direitos da cidadania dizem respeito:

A uma determinada ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, que direitos e deveres ele terá em função de uma série de variáveis tais como a idade, o estado civil, a condição de sanidade física e mental, o fato de estar ou não em dívida com a justiça penal etc. Os direitos do cidadão e a própria idéia de cidadania não são universais no sentido de que eles estão fixos a uma específica e determinada ordem jurídico-política. Daí, identificamos cidadãos brasileiros, cidadãos norte-americanos e cidadãos argentinos, e sabemos que variam os direitos e deveres dos cidadãos de um país para outro (BENEVIDES, 2016, p. 04).

Com isso, a autora considera que a ideia da cidadania é uma ideia eminentemente política que não está necessariamente ligada a valores universais, mas a decisões políticas (BENEVIDES, 2016).

Um determinado governo, por exemplo, pode modificar radicalmente as prioridades no que diz respeito aos deveres e aos direitos do cidadão; pode modificar, por exemplo, o código penal no sentido de alterar sanções; pode modificar o código civil no sentido de equiparar direitos entre homens e mulheres, pode modificar o código de família no que diz respeito aos direitos e deveres dos cônjuges, na sociedade conjugal, em relação aos filhos, em relação um ao outro. Pode estabelecer deveres por um determinado período, por exemplo, àqueles relativos à prestação do serviço militar. Tudo isso diz respeito à cidadania. Mas, o mais importante é o dado a que me referi inicialmente: direitos de cidadania não são direitos universais, são direitos específicos dos membros de um determinado Estado, de uma determinada ordem jurídico-política. No entanto, em muitos casos, os direitos do cidadão coincidem com os direitos humanos, que são os mais amplos e abrangentes. Em sociedades democráticas é, geralmente, o que ocorre e, em nenhuma hipótese, direitos ou deveres do cidadão podem ser invocados para justificar violação de direitos humanos fundamentais (BENEVIDES, 2016, p. 04).

Nessa perspectiva é importante considerar a distinção entre os direitos humanos

e os direitos do cidadão. Conforme a autora:

Os Direitos Humanos são universais e naturais. Os direitos do cidadão não são direitos naturais, são direitos criados e devem necessariamente estar especificados num determinado ordenamento jurídico. Já os Direitos Humanos são universais no sentido de que aquilo que é considerado um direito humano no Brasil, também deverá sê-lo com o mesmo nível de exigência, de respeitabilidade e de garantia em qualquer país do mundo, porque eles não se referem a um membro de uma sociedade política; a um membro de um Estado; eles se referem à pessoa humana na sua universalidade. Por isso são chamados de direitos naturais, porque dizem respeito à dignidade da natureza humana. São naturais, também, porque existem antes de qualquer lei, e não precisam estar especificados numa lei, para serem exigidos, reconhecidos, protegidos e promovidos (BENEVIDES, 2016, p. 05).

Todavia, o bom cidadão deve participar ativamente dos assuntos do governo. Isso se chama cidadania ativa. No exercício da cidadania, a pessoa age em prol do bem comum, pois os problemas da comunidade afetam a todos.

Com isso podemos considerar a “cidadania como a posse e o exercício de um conjunto de direitos e deveres, de natureza civil, política e social”, e, portanto, o exercício da soberania do indivíduo dentro de um Estado. Assim, o cidadão participa ativamente dos assuntos de sua comunidade e país.

4.4 Ética e moral

Para abordarmos os conceitos de ética e moral faz-se necessário peripetarmos num breve passeio pelas discussões que os filósofos da Grécia antiga tinham sobre tais questões, pois, a partir daí podemos vislumbramos a possibilidade da formação ética e moral, como eles chamavam, da formação para a *virtú*.

Para Aristóteles, os homens tornam-se bons e virtuosos devido a três fatores: a natureza, o hábito e a razão. A natureza implica no caráter daquele indivíduo, então nós teríamos uma natureza para a qual nós tendemos e, assim, é necessário estarmos em equilíbrio. O hábito implica no *ethos*⁹ ou ética, que quer dizer o modo de vida, algo que se tenha como uma disposição. E a razão não é apenas receptora de informações. Aliás, o que nos distingue como seres racionais se deve à nossa capacidade de conhecer.

Aristóteles, no entanto, não foi uma voz isolada na Grécia clássica ao se perguntar sobre a formação ética do cidadão e da pessoa. Paradoxalmente, esse era um tema

⁹ Ética vem do grego “ethos” que significa modo de ser; “conjunto de valores que orientam o comportamento do homem em relação aos outros homens na sociedade em que vive, garantindo, outrossim, o bem-estar social”, ou seja, Ética é a forma que o homem deve se comportar no seu meio social. Disponível em: http://www.fcav.unesp.br/Home/departamentos/patologia/ANTONIOCARLOSALESSI/etica_e_moral.pdf

absolutamente recorrente em toda a sociedade grega. Ele foi objeto, por exemplo, das tragédias gregas que discutem sobre as virtudes políticas, as virtudes pessoais, privadas. Ele é objeto de grandes poemas como os de Píndaro, e ainda, objeto de discussões públicas da Ágora. Ele é, portanto, um problema de alta relevância pública nesse período histórico.

O tema da Ética, por conseguinte, não é novo. Mas é significativo nos pautarmos em temáticas que possibilitem abrir discussões sobre este assunto para adentrarmos ao contexto do serviço público.

Comumente, costuma-se conceber que moral e ética estejam correlacionadas à limitação de liberdade. É comum ainda apreendermos a moral como algo que nos impede de fazermos o que gostaríamos de fazer. Esse é o senso comum sobre o assunto. A moral vista como um obstáculo aos nossos desejos, ou ainda, àquilo que talvez impeça ganharmos um pouco além do que já ganhamos.

Pois bem, o uso deste conceito, com este significado é completamente equivocado. Isso se deve ao fato de que tais concepções sobre os termos concebem à palavra um significado contrário ao seu verdadeiro significado.

Em outras palavras, a moral nada mais é do que o esforço que fazemos o tempo todo para escolhermos o melhor caminho para nossa vida, justamente quando temos liberdade para isso, pois quando não há liberdade de escolha também não há moral. Estamos fora do campo da moral. E deste modo, a moral se constituirá no pensamento livre sobre a vida, o esforço intelectual que fazemos sempre para escolher o melhor caminho e abstrairmos de outros caminhos que não nos interessam.

Destarte, é muito comum que as pessoas concebam a ética como uma espécie de ‘tabela’ pronta das condutas humanas, separada hipoteticamente por dualismos, tais quais: pode/não pode, justo/injusto, aceitável/não aceitável. Essa concepção de ética não é aceitável por várias razões. A principal delas se deve ao fato de que o tempo inteiro vivemos enfrentando situações inéditas, novos desafios, e se a ética for concebida com uma tabela pronta, é normal que as novas situações não constem dessa tabela.

Deste modo, a ética é mais do que isso. Ela pode ser conceituada como uma atividade coletiva, ou seja, uma espécie de articulação coletiva da inteligência que visa buscar o aprimoramento da convivência. Todos nós somos corresponsáveis pela convivência e pela busca da melhor convivência possível. E a ética é essa participação de todos no sentido de buscar uma convivência que seja cada vez melhor.

Entender a ética dessa forma induz a um sentido de que muitos aspectos de nossa vida passam ser incoerentes ao próprio sistema. A realidade é que somos o tempo inteiro

livres para decidir como queremos viver. E depois, o que se espera, é que nós respeitemos aquilo que decidimos. Então, podemos perceber que na ética há sempre dois momentos: um momento deliberativo em que todos pensam juntos, a fim de estabelecerem relações de convivência, e depois, um momento normativo, ou seja, o momento em que se espera que respeitemos aquilo que nós mesmos combinamos.

Nesta lógica, a ética será tanto mais rica, quanto mais as pessoas perceberem que elas precisam participar dessa definição do que seja considerado certo ou errado. E neste sentido, vale ressaltar que a ética nunca é individual, ela condiz a uma interação de natureza social. A ética é sempre um busca, é sempre coletiva de critérios de convivência os mais adequados.

Fernando Savater reflete sobre essa questão expressando-se do seguinte modo:

Creio que a primeira e indispensável condição ética é estar decidido a não viver de qualquer modo, estar convencido de que nem tudo dá na mesma, ainda que cedo ou tarde devamos morrer. Ao falar de moral, as pessoas geralmente se referem às ordens e costumes que se tem o hábito de respeitar, pelo menos aparentemente e às vezes sem saber muito bem por quê. Mas, talvez a verdadeira chave esteja não em submeter-se a um código ou em se opor ao estabelecido, mas em tentar compreender. Compreender por que certos comportamentos nos convêm e outros não, compreender para que serve a vida e o que pode torná-la boa para nós, seres humanos (2002, p.92).

O que existe para cada um de nós é o que conceituamos como moral um conjunto de princípios que cada um decidiu respeitar por si só. Mas a moral também requer a liberdade para que possamos decidir como queremos agir. Podemos assim dizer que a moral é aquilo que não aceitamos fazer porque não nos vemos praticando determinada conduta.

Por esta via, a moral implica a necessidade de nós mesmos nos impor certo tipo de conduta. Ela é, portanto, em primeira pessoa. Por fim, a moral envolve um diálogo do 'eu', com o 'eu', sobre como é que alguém quer agir e viver no mundo.

A liberdade, por outro lado, é também uma questão fundamental para a ética. Sem liberdade não existe o sujeito moral. Isso se deve ao fato de que o sujeito moral é um sujeito capaz de decidir livremente, traz seu livre arbítrio. Caso ele não disponha disto, ele não será capaz de decidir, ele não será um sujeito moral.

O sujeito moral que simplesmente obedece às leis e normas pode ser considerado um sujeito obediente, correto, etc., mas nem por isso ele será um sujeito moral. Ele só se torna um sujeito moral ao obedecer normas, se ele considerar e refletir sobre essas normas, e, consecutivamente, acreditar que essas normas, seja do ponto de vista social, individual ou

ainda, do ponto de vista do contexto cultural, adequadas, e assim se decidir em obedecer tais normas. Neste sentido, Vasquez (1996, p. 91) considera que:

Atos propriamente morais são aqueles nos quais podemos atribuir ao agente uma responsabilidade não só pelo que se propôs a fazer, mas também pelos resultados ou consequências da sua ação. Mas o problema da responsabilidade moral está estreitamente relacionado, por sua vez com o de necessidade e liberdade humanas, pois somente admitindo que o agente tenha certa liberdade de opção e decisão é que se poder responsabilizá-lo pelos seus atos.

Logo, a moral não é algo que impeça a liberdade, mas algo que a fundamenta e condiciona, haja vista que, se o indivíduo não for contido por normas, a tendência é de que agiria egoisticamente, e a partir daí, as relações de poder é que passariam a valer, ou seja, aquele que for o mais forte vence. A partir desta lógica, todos se tornam reféns desse poder. Seriam livres somente aqueles que detivessem este poder. Mas liberdade se aplica a todas as pessoas. Então a norma é a que garante a liberdade de todos.

Normalmente se acredita que os que transgridem a norma são mais livres do que os que não a transgridem. É necessária, para a convivência em sociedade, que os seres humanos aceitem e se adaptem às normas, embora estas necessitem ser sempre discutidas e debatidas.

É certo que um ser humano justo é um ser que em princípio, quer uma vida digna, humana para todos. Temos os nossos direitos, mas estes implicam em reconhecer o direito dos outros, que, por conseguinte, precisam ser não somente tolerados, mas respeitados e promovidos para que, assim, se possa viver numa sociedade igualitária onde todos tenham os seus direitos atendidos e correspondidos.

Vasquez evidencia duas condições fundamentais para a garantia desses direitos. A primeira delas é “que o sujeito não ignore nem as circunstâncias nem as consequências da sua ação” (1996, p. 92). Isso significa dizer, conforme o autor, ser necessário que seu comportamento possua um caráter consciente. Outro ponto “é que a causa de seus atos esteja nele próprio e não em outro agente, que o force a agir de certa maneira, ou seja, que sua conduta seja livre” (VASQUEZ, 1996, p. 92). Assim, percebe-se que ter noção dos fatos e liberdade para agir é o que permite legitimar a responsabilidade moral.

Em suma, podemos apreender que, diferentemente do que o senso comum acredita, tanto a moral quanto a ética depende da liberdade que temos para decidir como queremos viver e conviver, pois quanto mais liberdade temos, mais moral é necessária.

4.5 Serviço público

Para tratamento deste tópico, é fundamental que, previamente, se estabeleça um conceito de serviço público que nasce precisamente para proclamar a separação entre direito público e privado, distinção esta que remonta à fase absolutista.

O nosso regime jurídico trata da prestação de serviços públicos a partir da Lei 8.987¹⁰ de 13 de fevereiro de 1995. Temos ainda o art. 175, caput, da Constituição Federal, qualificando como dever do Estado a prestação de serviços públicos nos seguintes termos: "Art. 175. Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos".

Não obstante, o conceito de serviço público pode ser melhor especificado recorrendo-se à área do Direito Administrativo que o explana a partir de dois sentidos: sentido amplo ou em sentido restrito. Porém, antes de adentrar a esta parte, é importante esclarecer os elementos que irão agregar-se a estes dois conceitos, a saber: sentido material, subjetivo e formal.

O elemento material, a partir do Direito Administrativo, implica que o serviço público será aquele prestado a partir dos interesses da coletividade. Lembrando que quando falamos no sentido material estamos falando do serviço em si, e neste sentido, há doutrinadores que o definem da seguinte forma:

Serviço público é toda atividade material fornecida pelo Estado, ou por quem esteja a agir no exercício da função administrativa, se houver permissão constitucional e legal para isso, com o fim de implementação de deveres consagrados constitucionalmente relacionados à utilidade pública, que deve ser concretizada, sob regime prevalentemente do Direito Público (FIGUEIREDO, 2006, p. 81).

A partir do mesmo entendimento, tem-se ainda a explicitação de Bandeira de Mello:

Serviço público é toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça às vezes, sob um regime de Direito Público – portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais – instituído em favor dos interesses definidos como públicos no sistema normativo (MELO, 2007, p. 652).

Contudo, dispomos ainda do sentido subjetivo para serviço público, no qual torna-

¹⁰ Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm. Acesso em 19 de abr. de 2017.

se explícita a necessidade da presença do Estado para prestar aquele serviço. Neste caso, estamos fazendo uma alusão a quem de fato está prestando aquele serviço.

O serviço público é sempre incumbência do estado previsto no artigo 71 da Constituição Federal, sempre depende do poder público:

1. A sua criação é feita por lei e corresponde a uma opção do estado: este assume de determinada atividade que, por importância para a coletividade, parece não ser conveniente ficar dependendo da iniciativa privada;
2. A sua gestão também incumbe ao estado, que pode fazê-lo diretamente ou indiretamente, por meio de concessão ou permissão, ou de pessoas jurídicas criadas pelo estado com essa finalidade (CARVALHO, 2014).

Já o sentido formal deverá ser regido por normas de direito público. Isso implica que, obrigatoriamente, terá a supremacia do interesse público sobre o privado.

O regime jurídico a que se submete o serviço público também é definido por lei, para determinados tipos de serviços o regime jurídico é de direito público: nesse caso os agentes, os bens, as decisões, a responsabilidade e os contratos. Isso não inclui a possibilidade de utilização de institutos de direito privado, especialmente em matérias de contratos (CARVALHO, 2014).

O sentido amplo é toda atividade exercida pelo Estado através de seus poderes (legislativo, executivo e judiciário) para a realização direta ou indireta de suas finalidades.

Agora, quando falamos em sentido restrito, esses poderes estão confinados às atividades exercidas pela administração pública. Temos neste caso a seguinte conceituação trazida por Helly Lopes Meirelles (2007, p. 330), “o serviço público é todo aquele prestado pela Administração ou por seus delegados, sob normas e controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade ou simples conveniências do Estado”

Vale ressaltar que quando falamos de Administração pública estamos falando das atividades prestadas pelos três poderes (executivo, legislativo e judiciário) a título de administração pública. E, por esta via, é ainda importante a distinção entre serviço público e função pública, que conforme Bielsa (1955) são termos a serem confundidos frequentemente.

“Serviço público” e “função pública” para alguns seriam termos e conceitos equivalentes. Para precisar ou deslindar estes conceitos, tomemos como exemplo a justiça. É serviço público a administração judicial? É uma função pública? Sem dúvida, o órgão jurisdicional, ao decidir ação ou recurso promovido por quem reclama justiça, presta serviço jurídico, mas o fim do ato jurisdicional é restabelecer o império do direito. Nos procedimentos judiciais de ofício, verifica-se este princípio. A administração da justiça não é serviço público, no conceito que aqui damos de serviço. O conceito de serviço público deve restringir-se à atividade concreta, mediante a qual se realiza essa prestação, geralmente de caráter econômico ou cultural e ele não deve estender-se a essa atividade intermitente e propriamente jurisdicional (puramente jurídica) que exerce a magistratura oficial (BIELSA, 1955,

p. 85-86).

Celso Antônio Bandeira de Mello explica que não apenas a Constituição pode definir se determinada atividade pode ou não ser considerada serviço público, mas também a lei. Nas palavras do autor:

É realmente o Estado, por meio do Poder Legislativo, que erige ou não em serviço público tal ou qual atividade, desde que respeite os limites constitucionais. Afora os serviços públicos mencionados na Carta Constitucional, outros podem ser assim qualificados, contanto que não sejam ultrapassadas as fronteiras constituídas pelas normas relativas à ordem econômica, às quais são garantidoras da livre iniciativa (BANDEIRA, 2008, p. 400).

De tal modo, torna-se perceptível que é sensível essa ideia de serviço público. O que então seria um serviço público? Será aquele prestado para a coletividade, no interesse da coletividade e que atenda aos anseios da mesma?

Podemos conjecturar que temos uma ideia flutuante sobre serviço público, haja vista que há atividades atualmente que não mais são consideradas como serviço público, mas que são de suma necessidade para a coletividade, e temos também atividades que antes não eram consideradas serviços públicos. Como exemplo, podemos citar a internet, tida atualmente, por diversos doutrinadores, como serviço público essencial de consumo. Portanto, algumas ideias surgem e se perdem no decorrer do tempo.

Barouche¹¹ (2014) explicita que os serviços públicos essenciais são aqueles “indispensáveis à dignidade da pessoa humana, nele pontuados o serviço de água encanada, saneamento básico e saúde, não podendo ser prestados por terceiros, somente pelo Estado.

Contudo, pode o Estado permitir a prestação desses serviços por particulares como forma de complementar a sua prestação, como bem explica o professor José Carlos Oliveira:

[...] a saúde é dever do Estado e direito de todos. E em razão de sua relevância compete ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente pelo Poder Público ou através de terceiros. Portanto, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada que participa de forma complementar do sistema de saúde pública. A educação, da mesma forma, é dever do Estado sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade e livre à iniciativa privada, considerando determinadas condições. A ação de iniciativa privada no exercício destas atividades tendentes à obtenção de condições de bem estar da coletividade é levada, em regra, concorrentemente com o Poder Público, agindo o particular em caráter supletivo e complementar, ou seja, com a finalidade de suprir a falta ou a deficiência dos

¹¹ A principiologia do serviço público de transporte e suas implicações. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12424. Acesso em 20 de abr. de 2017.

serviços prestados pelo Poder Público. Nesse modelo o Estado atua de acordo com o princípio da subsidiariedade (OLIVEIRA, 1997, p. 35).

O artigo 10 da lei 7783/89 enumera quais seriam os serviços essenciais, estabelecendo expressamente a assistência médica e hospitalar nessa categoria:

Art. 10 São considerados serviços ou atividades essenciais:

I - tratamento e abastecimento de água; produção e distribuição de energia elétrica, gás e combustíveis;

II - assistência médica e hospitalar; (grifo nosso)

III - distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos;

IV - funerários;

V - transporte coletivo;

VI - captação e tratamento de esgoto e lixo;

VII - telecomunicações;

VIII - guarda, uso e controle de substâncias radioativas, equipamentos e materiais nucleares;

IX - processamento de dados ligados a serviços essenciais;

X - controle de tráfego aéreo;

XI - compensação bancária (BRASIL. 1988).

Quanto aos princípios que irão reger o serviço público, temos no artigo 37 da CF:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

Quanto à obrigatoriedade do Estado de prestar o serviço público “é um encargo inescusável que deve ser prestado pelo Poder Público de forma direta ou indireta” (MELO, 2007, p. 654).

Isso implica que o Estado presta de maneira direta o serviço público quando detém a titularidade do mesmo. Já de maneira indireta será quando o Estado delegará o serviço público por meio de terceiras.

Importante observar no texto constitucional a existência de um conjunto de serviços públicos - os serviços públicos sociais - destinados à concretização dos direitos sociais, constante de seu Art. 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (CF, 1988).

Neste sentido, ressalta-se a responsabilidade civil do Estado como consta no art. 37§ 6º da CF (1988):

As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de

serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Todavia, podemos ainda apontar para diversos princípios trazidos pela nossa Constituição Federal, a fim de resguardar os direitos da coletividade, tais como: a supremacia do interesse público sobre o privado, que diz que toda vez que tivermos normas sendo regida pelo direito público não haverá igualdade entre as partes, o que permitirá à administração pública intervir na propriedade, seja através de uma requisição administrativa, através de uma servidão administrativa ou ainda por meio de uma desapropriação. Com isso ela restringe o interesse individual em prol da coletividade.

Além desse, temos o princípio da transparência que decorre da publicidade. Isso implica em “trazer o conhecimento público e geral dos administrados, a forma como o serviço foi prestado, os gastos e a disponibilidade de atendimento.

Assim sendo, a transparência é necessária para que se possa fazer um controle que tenha efeitos externos, a fim de que aquele serviço possa ser de fato utilizado pela coletividade, haja vista que, se a coletividade tem um serviço que lhe é prestado e ela o desconhece, isso implica que ele não poderá ser considerado um serviço de utilidade pública.

Quanto à motivação, podemos explicitar que cabe ao Estado fundamentar as decisões referentes aos serviços públicos. Isto é, dar publicidade aos elementos, expor a fundamentação daquele ato. É justamente através da motivação que se consegue fazer um controle para saber se de fato não há ilegalidade em suas decisões. Convém salientar que há casos em que não é necessário tal princípio, como os casos de atos discricionários.

No que tange ao princípio da adaptabilidade, “o Estado deve adequar os serviços públicos à modernização e atualização das necessidades dos administradores” (CF, 1988).

E, por fim, no princípio do controle “deve haver um controle rígido e eficaz sobre a correta prestação dos serviços públicos” (CF, 1988). Isso se deve justamente para cobrar de fato que aquela concessionária venha oferecer e prestar aquele serviço conforme acordado no contrato, previsto em edital e em lei.

4.6 Nepotismo

A prática de políticos contratarem parentes é comumente conhecida como nepotismo, podendo ser caracterizada, a partir de sua origem e evolução, como natural, ou ainda, como cultural na história das sociedades.

Os biólogos apontam que a origem do nepotismo remonta à seleção natural. De acordo com o jornalista norte-americano Adam Bellow:

Se a seleção por parentesco representa indubitavelmente o ponto de partida do nepotismo humano, trata-se de apenas um elemento de impulso que depende tanto da cultura quanto da natureza. Pode-se realmente considerar o nepotismo a base primordial da cultura, uma vez que a cultura, de acordo com os antropólogos, constrói-se a princípio com os laços de cooperação entre parentes próximos. A cultura, na verdade, é aquilo que as pessoas fazem com esses vínculos naturais, usando-os para criar os recursos sociais necessários para a sobrevivência. Pela associação da seleção por parentesco com o altruísmo recíproco e meios de coerção, o nepotismo evolui bem além da sua origem biológica para desempenhar função crucial na formação das sociedades humanas. A seleção por parentesco biológico é responsável pela ligação mãe-filho e em boa parte pela própria família. A mistura da seleção por parentesco biológico com o altruísmo recíproco faz o nepotismo da família alastrar-se pelo bando – ele próprio composto na maior parte por parentes consanguíneos. Com o surgimento do tabu do incesto e a invenção do casamento e do parentesco, a rede de sentimentos nepotísticos estende-se entre indivíduos não aparentados e outros grupos. A partir daí, o nepotismo floresce numa miríade de laços de parentesco. O nepotismo não passa de um fruto da família (BELOW, 2006, p. 86-87).

Costuma-se dizer que no Brasil, se buscarmos desde a época do Descobrimento do Brasil, com as Caravelas, será possível perceber que neste período já existiam tais práticas empreendidas, por exemplo, por Pero Vaz de Caminha, escrivão-mor da frota, quando este encaminhou uma carta ao rei D. Manuel, ao final de sua missiva, pedindo ao Rei um favor:

"E, pois que, Senhor, é certo que tanto neste cargo que levo como em outra qualquer coisa que de Vosso serviço for, Vossa Alteza há de ser de mim muito bem servida, a Ela peço que, por me fazer singular mercê, mande vir da ilha de São Tomé a Jorge de Osório, meu genro – o que d'Ela receberei em muita mercê" (CAMINHA, 2003, p. 16).

De tal modo, cumpre esclarecer que o nepotismo surge juntamente às organizações sociais humanas e vai evoluindo conforme o tempo.

Todavia, concluído o esforço histórico e sociológico, podemos conjecturar que, atualmente, este é um assunto muito debatido pela nossa doutrina, tornando-se necessário o aperfeiçoamento por parte da administração pública a fim de deixar à disposição cargos que necessitam ser ocupados por pessoas preparadas, de modo a buscar maior eficiência para a administração.

Há que levarmos em consideração que a administração só irá se aperfeiçoar se a mesma contratar técnicos mais bem qualificados para assumir determinado cargo, abdicando das benesses aos seus familiares, o que por outro lado, também fere diretamente os princípios

da impessoalidade e da moralidade. Portanto, fere, substancialmente, o caput do art. 37 da Constituição Federal que traz a seguinte disposição:

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

Quando o vocábulo ‘nepotismo’ é mencionado parte-se do pressuposto de que determinadas pessoas estão sendo privilegiadas, contraditória à sua caracterização como favoritismo, mas sim privilégio específico em razão dos laços de afinidade ou de parentesco. Neste sentido, Rodrigues corrobora que:

Não se pode confundir o favorecimento sistemático à família (nepotismo) com o favoritismo simples, pois neste não é requisito essencial o laço de parentesco entre favorecedor e favorecido. Excluem-se, portanto, do raio de abrangência da SV 13 as relações de amizade, namoro e noivado (embora, nestes dois últimos casos, a diferença em relação à união estável seja, atualmente, muito tênue) que engendram outros conflitos de interesses (RODRIGUES, 2012, p. 208).

Vale ressaltar que a prática do nepotismo deve ser vedada até o parentesco de 3º grau e, neste sentido, é necessário entender os graus de parentescos para melhor aplicação dos termos sumulares.

Parentes consanguíneos em linha reta são considerados os pais (1º grau), avós (2º grau), bisavós (3º grau) e demais ascendentes, assim como os filhos (1º grau), netos (2º grau), bisnetos (3º grau) e demais descendentes em linha reta. Os parentes considerados colaterais ou transversais consanguíneos são apenas considerados até o 4º grau, na forma do artigo 1.592 do Código Civil, sendo estes os irmãos (2º grau), tios (3º grau), sobrinhos (3º grau), sobrinho-neto (4º grau), primo (4º grau) e o tio-avô (4º grau) (MAGALHÃES apud RODRIGUES, 2012, p. 208).

Contudo, legalmente é possível a contratação para que estes ocupem cargos em comissão¹², tanto da autoridade nomeante quanto aqueles que possuem cargos comissionados de direção e assessoramento superior, pois para o STJ¹³: “Não há nepotismo quando a designação ou nomeação do servidor tido como parente para a ocupação do cargo

¹² Entende-se por cargos em comissão aqueles cujo provimento dispensa concurso público e são ocupados, precariamente, por pessoas do círculo de confiança da autoridade nomeante, que pode exonerar livremente (RODRIGUES, 2012, p. 212).

¹³ STJ, RMS 26.085/RO, Rel. Ministro Arnaldo Esteves Lima, Quinta Turma, julgado em 19/08/2009, DJe 28/09/2009.

comissionado ou de função gratificada for anterior ao ato de posse do agente ou servidor público gerador da incompatibilidade.”

O nepotismo pode acontecer em todas as esferas que partem tanto do judiciário quanto do executivo, pois esta é uma prática mais comum do que se parece. Vale ressaltar que no âmbito do parlamento temos como agentes políticos: deputados, senadores. Já no âmbito do executivo, temos como agente político: presidente, governador, ministros de Estado, secretários estaduais, prefeito, secretários municipais.

É uma prática recorrente também pela iniciativa privada, e mesmos nestes espaços torna-se extremamente prejudicial à produção das empresas. Todavia, se reconhecemos que, inclusive na iniciativa privada esta prática é extremamente prejudicial às empresas, na administração pública, quer seja o âmbito que for, torna-se imperativa à observância aos princípios constitucionais, tais quais o da impessoalidade e da moralidade.

Nessa perspectiva se temos, nestas esferas governamentais, determinadas condutas que afrontam à nossa constituição, isso por si só deverá ser objetivo de questionamento e de serem tomadas às devidas medidas legais.

O Supremo Tribunal Federal, através de sua súmula vinculante nº 13¹⁴ estabelece a vedação ao nepotismo ao dizer que:

A nomeação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica, investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança, ou, ainda, de função gratificada na Administração Pública direta e indireta, em qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, compreendido o ajuste mediante designações recíprocas, viola a Constituição Federal (BRASIL, 2017).

Mas ele, por sua vez, excepciona a questão da contratação para ocupar estes cargos eminentemente políticos e estabelece uma condição específica, até citando o exemplo de que o Ministro de Estado para ser nomeado pode estar dentre estas situações. Mas o ministro, para contratar alguém, deve obedecer às regras que proíbem o nepotismo.

Destarte, dentro desse contexto, há exceção. Em casos de governadores, prefeitos e presidente da República, dentro dessa esfera política, pode haver contratações para ocuparem o primeiro escalão desde que observadas à regra de serem eles agentes políticos. E

¹⁴ Aplicação das Súmulas no STF. "Ementa: Ação Declaratória de Constitucionalidade, ajuizada em prol da Resolução nº 07, de 18/10/2005, do Conselho Nacional de Justiça. Medida cautelar. (...) O ato normativo que se faz de objeto desta ação declaratória densifica apropriadamente os quatro citados princípios do art. 37 da Constituição Federal, razão por que não há antinomia de conteúdos na comparação dos comandos que se veiculam pelos dois modelos normativos: o constitucional e o infraconstitucional. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menusumario.asp?sumula=1227>. Acesso em 20 de abr. de 2017.

ainda nestes casos, em que haja legalidade jurídica, podem ser suscitadas indagações sobre aquele indivíduo ser de fato o mais bem preparado para exercer tal função pública. Mas, a priori, corrobora-se que essa decisão foi excepcionalizada pelo STF entendendo que o agente político poderá ser contratado nesta condição.

Além da prática do nepotismo direto, “quando a autoridade competente nomeia parentes seus (cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau – filho, neto, bisneto, irmão, tio, sobrinho, sogro, genro, nora, cunhado)” (RODRIGUES, 2012, p. 209), temos também o nepotismo indireto que se dá quando: “a autoridade, dotada de poderes para tanto, nomeia parentes de subordinados seus. Desse modo, a nomeação pelo prefeito de parentes do vice-prefeito para cargos comissionados configura nepotismo indireto” (RODRIGUES, 2012, p. 209).

Existe ainda, neste viés, o nepotismo cruzado e trocado. Quanto ao nepotismo cruzado, este é encarado pela doutrina brasileira como uma maneira indireta de ferir o princípio da moralidade administrativa, além de uma tentativa de burlar a legislação que estabelece o nepotismo. A própria súmula vinculante nº13 do STF fala do ajuste recíproco entre determinadas autoridades. Esse ajuste recíproco implica que uma autoridade de um poder combina com outra autoridade do mesmo ou de outro poder para que façam um cruzamento dessa contratação. Nisso um contrata os do outro simultaneamente.

Essa forma é também denominada nepotismo dissimulado ou por reciprocidade. É uma espécie de troca de favores, um ajuste que garante nomeações recíprocas entre os “poderes” do Estado, por exemplo, Prefeitura e Câmara Municipal, Executivo Estadual (Governador) e Assembleia Legislativa, Executivo Estadual e Judiciário etc. Assim, por exemplo, o Prefeito contrata um parente do presidente da Câmara e este, por sua vez, nomeia um parente do Prefeito (RODRIGUES, 2012, p. 209).

Essa prática do nepotismo cruzado é vedada, pois de nada adiantaria discutir sobre o nepotismo direito sendo que a partir do nepotismo indireto, poderá o agente político utilizar-se de sua rede de relacionamentos a fim de trazer favorecimentos aos seus familiares. Vale sempre lembrar que, nesse contexto de buscar o atendimento ao princípio da impessoalidade ou da moralidade administrativa, a administração pública tem utilizado cruzamento de dados na tentativa de identificar a existência do nepotismo cruzado. Geralmente, são feitos cruzamentos através do nome da mãe, cargo que o sujeito ocupa. Uma vez que, se não houver um controle eficiente, confiável, a identificação do nepotismo cruzado se tornará precária, tomando-se seu conhecimento, apenas nos possíveis casos de denúncias. Portanto, se houver um sistema de gerenciamento de pessoal adequado com o cruzamento desses dados já podem

reduzir substancialmente tais condutas ilegais, entretanto ainda recorrentes.

Além desses tipos de nepotismo contamos ainda com o nepotismo trocado:

Na redação da SV 13 tem-se que as situações de nepotismo se dão dentro da “mesma pessoa jurídica” e “em qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios”. Desse modo, as “designações recíprocas” a que alude a SV 13 restringem-se ao âmbito da mesma pessoa jurídica (Município, Estado, Distrito Federal ou União) fazendo surgir o nepotismo cruzado. E se as “designações recíprocas” ocorrerem entre pessoas jurídicas distintas (entre dois Municípios ou dois Estados; ou até entre um Município e um Estado)? Neste caso, tem-se uma nova modalidade: nepotismo trocado (RODRIGUES, 2012, p. 210).

Portanto, pode-se conjecturar que a prática do nepotismo além de violar princípios constitucionais é uma forma perversa de corrupção, pois estar-se utilizando daquele presságio de favorecimento pessoal, que, por conseguinte, tende a não se resumir apenas àquele favorecimento, haja vista ser amplamente conhecido pela doutrina o acesso a outras práticas de corrupção que se dá por este mecanismo de troca de favores.

Todavia, quando mencionada a nomenclatura ‘corrupção’, pode-se concebê-la não somente como aquela que traz prejuízo ao patrimônio público. Mas também aquela que torna a administração ineficiente. E, certamente, isso é um meio de se corromper e de se deixar corromper, ao permitir que a administração não atue de forma eficiente.

Outro tipo de impacto identificado como subsequente dessa prática é a morosidade na tramitação de determinadas atividades administrativas, pois a depender do cargo que o sujeito estará ocupando, este irá sempre trazer aquela morosidade e ineficiência no que diz respeito ao cumprimento de prazo e obrigações impactadas nas suas atividades diárias, não diretamente aos serviços essenciais, mas, especialmente, àqueles serviços indiretos necessários à população. Muitas vezes encontramos essas atitudes em vários momentos, até mesmo no que diz respeito ao atendimento ao público.

Dentro desse contexto, vale considerar que em uma sociedade pautada pelo ideário de moralidade administrativa não seria necessária uma lei, súmula vinculante, ou ainda uma portaria normativa a fim de normatizar o que não pode ser feito. O próprio sentimento de moralidade administrativa seria suficiente para obstar determinadas condutas. Porém, não é o que vivenciando diariamente.

Com isso, torna-se mister o afastamento dessas práticas de nepotismo por todos os meios cabíveis, ainda que seja necessário seu aprimorado a fim de possibilitar maiores avanços no sentido de que o nepotismo seja afastado efetivamente da administração pública. Nas palavras de Rodrigues:

Qualquer sociedade que almeja modernizar-se deve libertar-se dum conjunto de estruturas e de grupos esclerosados que já se não adaptam às exigências da cultura e do progresso técnico, não estando à altura da civilização urbana e industrial definitivamente esboçada (2012, p. 219).

Mas, grosso modo, é importante considerar uma evolução neste sentido, seja por meio das legislações existentes, tais como a súmula vinculante nº 13, como um marco neste sentido ou ainda pelos mecanismos que estão sendo utilizados para coibir tais condutas.

4.7 Empoderamento

Numa visão sintética poderíamos dizer, segundo a teoria do empoderamento, para que uma sociedade consiga melhorar seus índices de felicidade e bem-estar, ela deve passar por um processo de empoderamento dos seus cidadãos.

Em termos históricos, a construção do empoderamento e seus múltiplos sentidos advêm a partir de várias origens, como nos ressaltam Baquero apud Kleba e Wendausen (2009, p. 735),

O empoderamento tem raízes nas lutas pelos direitos civis, principalmente no movimento feminista, assumindo significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, ao aumento de informação e percepção, buscando uma participação real e simbólica que possibilite a democracia.

Por esta via, embora o conceito de empoderamento nos remeta à palavra inglesa *empowerment*, que significa conceder poder a alguém com finalidade que desenvolva alguma tarefa sem permissão do outro, partindo da área da educação, temos este conceito em Paulo Freire que segue uma lógica diferenciada. Inicialmente o educador aponta para o incômodo na utilização do termo, explicitando o seguinte:

Meu medo de usar a expressão *empowerment* é que algumas pessoas acham que essa prática atira a potencialidade criativa dos alunos, e então está tudo terminado, nosso trabalho está arruinado, liquidado! Gostaria de poder expressar melhor meu profundo sentimento sobre esse desejo de usar a palavra *empowerment* (FREIRE e SHOR, 1986. p. 70).

Essa preocupação reside no fato de que o termo talvez pudesse dar uma saída fácil e nos levasse a pensar que o professor fosse um ‘solucionador’ de problemas, que poderia entrar numa sala de aula e trazer todas as soluções possíveis e depois saísse dali com o sentimento de missão cumprida. Portanto, que pudesse fazer com que a situação pareça muito fácil, quando, na realidade, não é.

Paulo Freire traduziu este termo como “a capacidade do indivíduo realizar por si mesmo as mudanças necessárias para evoluir e se fortalecer. Contudo, compreendia o termo como o *empowerment* a partir das classes sociais:

A questão do empowerment da classe social envolve a questão de como a classe trabalhadora, através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político. Isto faz do empowerment muito mais do que um invento individual ou psicológico. Indica um processo político das classes dominadas que buscam a própria liberdade da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta (FREIRE e SHOR, 1986, p. 72).

Para o autor, a pessoa, grupo ou instituição empoderada é aquela que realiza por si mesma as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer. Assim, o desafio é que primeiro, a participação se possa aprender, portanto, quanto mais oportunidade de participação, os atores puderem ter, a conclusão é de melhor proveito.

Paulo Freire alude que isso é mediatizado através do diálogo, “refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade” (FREIRE e SHOR, 1986, p. 65).

Neste sentido, podemos definir empoderamento como a nossa capacidade e motivação a fim de definirmos nosso próprio caminho, o que está relacionado com escolher a vida que queremos viver e a tomada de consciência de nós mesmos, de modo a tomarmos nossas decisões de forma consciente e vivermos uma vida pautada a partir de nossas escolhas.

Na obra “Ação cultural para a liberdade” (FREIRE, 1981), temos o seguinte conceito de conscientização,

A conscientização é um esforço através do qual, ao analisar a prática que realizamos, percebemos em termos críticos o próprio condicionamento a que estamos submetidos. Neste sentido, é um processo tão permanente quanto a revolução, que só para mentalidades mecanicistas cessa com a chegada ao poder. E é precisamente neste momento que muitos de seus mais sérios problemas começam e que algumas ameaças a espreitam, entre elas, a da burocracia esclerosante (FREIRE, 1981, p. 69-70).

Vale ressaltar também que Freire não acredita num processo de auto-emancipação pessoal. Nas palavras do educador:

Mesmo quando você se sente, individualmente, mais livre, se esse sentimento não é um sentimento social, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do empowerment ou da liberdade (FREIRE e SHOR, 1986, p.71).

O autor ainda considera que:

Enquanto que o empowerment individual ou o empowerment de alguns alunos, ou a sensação de ter mudado, não é suficiente no que diz respeito à transformação da sociedade como um todo, é absolutamente necessário para o processo de transformação social... O desenvolvimento crítico desses alunos é fundamental para a transformação radical da sociedade. Sua curiosidade, sua percepção crítica da realidade são fundamentais para a transformação social, mas não são, por si sós, suficientes (FREIRE e SHOR, 1986, p.71).

Magdalena Leon (2001) afirma que uma das contradições fundamentais do uso do termo ‘empoderamento’ se expressa no debate entre o empoderamento individual e o coletivo. Conforme a autora:

Para quem o uso o conceito na perspectiva individual, com ênfase nos processos cognitivos, o empoderamento se circunscreve ao sentido que os indivíduos se autoconferem. Tomo um sentido de domínio e controle individual, de controle pessoa. E “fazer as coisas por si mesmo”, “ter êxito sem a ajuda dos outros”. Esta é uma visão individualista, que chega a assinalar como prioritários os sujeitos independentes e autônomos com um sentido de domínio próprio, e desconhece as relações entre as estruturas de poder e as práticas da vida cotidiana de indivíduos e grupos, além de desconectar as pessoas do amplo contexto sócio-político, histórico, do solidário, do que representa a cooperação e o que significa preocupar-se com o outro (LEON, 2001, p.97).

Logo, podemos dizer que uma pessoa que se ‘empodera’, naturalmente, tende a ser mais criativa, mais produtiva.

Quando trabalhamos no que gostamos, quando temos a vida que queremos, e estamos criando a nossa realidade tendemos a contribuir mais com as pessoas que estão próximas. Portanto, empoderamento é ter mais liberdade e autonomia. É a capacidade de determinarmos o que queremos e como queremos e poder decidir sobre assuntos que afetam a nossa vida, nosso corpo, nossa casa, nosso trabalho, cidade, Estado, país ou o nosso mundo.

Tornamo-nos indivíduos ‘empoderados’ quando investimos na nossa educação e capacitação, quando reconhecemos nossos direitos e responsabilidades. É ter voz ativa para expormos o que pensamos e queremos.

Empoderar as pessoas é permitir que eles sejam quem quiserem, é assegurar que mulheres e homens se beneficiem dos mesmos direitos e oportunidades. É imaginarmos uma sociedade que dá oportunidade e garante os direitos de todas as mulheres e todos os homens, uma sociedade em que cada pessoa tenha voz e seja respeitada para tomar as decisões que impactam sua própria vida. Essa realidade só é possível quando as pessoas se sentirem empoderadas.

4.7.1 Empoderamento e protagonismo na promoção da saúde

O termo empoderamento vem sendo muito empregado em diversas áreas, dentre elas, a área da saúde. Deste modo, podemos explicitar, para que haja a promoção do indivíduo na área da saúde, ou seja, de modo a transmitir noções de que ele deve fazer parte dessas ações e abarcar a concepção de saúde para dentro de si mesmo, faz-se necessário trabalharmos o conceito de empoderamento e protagonismo, haja vista serem conceitos com intrínseca correlação.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS aponta para este sentido na perspectiva da humanização:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p. 08-09).

O empoderamento no setor saúde diz respeito à importância de que o usuário, neste diálogo junto ao profissional da saúde, compreenda o que é saúde para si. Assim, para se promover a saúde de alguém, é necessário que essa pessoa entenda o que a saúde é para ela e, a partir disso, trabalhe todo o contexto e todas as ações necessárias em termos de promoção da saúde.

É importante considerar que nossa saúde está ligada aos nossos hábitos, às nossas escolhas, que nem sempre são escolhas, pois muitas vezes somos condicionados, social, política e economicamente. Todavia, passa-se pelo sentimento de que o usuário com sentimento de empoderamento pode interferir mais efetivamente, participando socialmente tanto na sua comunidade quanto no que diz respeito à gestão. Este é, portanto, um desafio para se conseguir avançar na participação social.

Neste aspecto, cabe apontar as contribuições de Bobbio (2000) no que se refere à definição do termo participação, ao pontuar que várias são as interpretações dadas às diferentes possibilidades de participação, sejam elas mais ou menos efetivas, ficando à margem ou em lugar de destaque.

Este conceito de participação será de suma importância para o desenvolvimento das discussões propostas a fim de fomentar uma reflexão sobre a cultura de participação e envolvimento mais orgânico das pessoas no âmbito da saúde coletiva.

Tudo isso leva ao vislumbre de uma participação real, da possibilidade do indivíduo compreender o que acontece com a própria vida e como pode buscar oportunidades ou suporte necessário a fim de construir uma vida mais positiva, no sentido de manter sua saúde e qualidade de vida. Essa é uma questão essencial, pois quando falamos de participação vemos muitas vezes a ilusão de participação, apenas como uma estratégia de buscar legitimação de algo com a presença das pessoas.

De acordo com Kleba e Wendausen (2009, p. 734), “a participação social na construção do Sistema de Saúde, bem como no espaço das demais políticas sociais, é defendida enquanto necessária e indispensável para que sua consolidação se conforme mais democrática e eficaz”.

Águila (2004) acredita que, a participação criará melhores cidadãos e, quem sabe, simplesmente melhores indivíduos.

Os obrigará a traduzir em termos públicos seus desejos e aspirações, incentivará a empatia e a solidariedade, os forçará a argumentar racionalmente ante seus iguais e a compartilhar responsabilmente as consequências (boas e más) das decisões. E estes efeitos benéficos da participação se conjugam com a idéia de que a democracia e suas práticas, longe de entrar em conflito com a perspectiva liberal, são o componente indispensável para o desenvolvimento da autonomia individual que presumivelmente aquelas instituições querem proteger (ÁGUILA, 2004, p. 82).

Paradoxalmente, a participação exige que a pessoa tenha capacidade reflexiva, que ela consiga pensar sobre o que acontece com ela mesma.

Já no que tange à promoção da saúde é necessária à reflexão sobre alguns aspectos para que seja possível que o indivíduo consiga tornar suas escolhas saudáveis, pois, muitas vezes, a pessoa pode até estar mobilizada individualmente para realizar escolhas mais saudáveis para sua vida, no entanto, a escolha mais saudável nem sempre é a mais fácil.

Isso se deve por inúmeros fatores que necessitam ser considerados, dentre eles, devido ao fato de que pode ser considerada mais caro, ainda pelo fato de que este indivíduo possa ter dificuldade de compreensão do que seja considerado ‘saudável’, ou ainda por fatores relativos à acessibilidade, inclusive por questões de preconceito.

A forma como os sujeitos fazem suas escolhas tem estreita relação com a capacidade de participação, mas também com a distribuição do poder nesses espaços. Assim, é preciso recriar formas de lidar com o objeto institucional se quisermos transformar relações de poder autoritárias em relações mais horizontais que levem ao empoderamento dos atores. Isso demandaria mover relações que estão fixadas (e são assim aceitas), tornando-as flexíveis (KLEBA e WENDAUSEN, 2009, p. 737).

A promoção não está somente no campo individual, ela é subjacente à participação comunitária, isto é fundamental na promoção da saúde, pois a partir do momento em que grupos, segmentos reconhecem no seu próprio território alguns dos determinantes sociais e carregam essa necessidade de problematizarem juntos, torna-se mais fácil a busca por medidas no sentido de transformá-las.

É recorrente se pensar que esta participação social tem de se dar em espaços legitimados, nos níveis de governo, mas existe uma micro-governança possível, onde pequenos grupos podem demandar por questões específicas da sua comunidade.

Isso tem um impacto profundo nas condições de saúde, e é possível, pois senão ficamos com a imagem de que a promoção da saúde é tão complicada e envolve tantos determinantes, que não seja possível efetivá-la. Todavia, ela é cotidiana e tem essa dimensão dos macro-determinantes, mas também vislumbra a possibilidade do usuário intervir e lutar por sua saúde, de modo a promover o sentimento de emancipação e pertencimento.

Os processos de empoderamento ocorrem em arenas conflitivas, onde necessariamente se expressam relações de poder, as quais devem ser encaradas não como algo estanque e determinado, mas plástico, flexível, portanto modificável pela ação-reflexão-ação humanas, na medida em que os indivíduos compreendam sua inserção histórica passada, presente e futura e sintam-se capazes e motivados para intervir em sua realidade (KLEBA e WENDAUSEN, 2009, p. 742).

Ao se discutir sobre o impacto que a educação de qualidade tem sobre aspectos fundamentais da vida humana, tais como: política de saúde, de transporte público, de lazer, cultura, esporte, política de garantia do direito à alimentação, tudo isso tem impacto sob as condições de saúde do indivíduo e é tão essencial quanto garantir acesso às consultas médica, por exemplo, que também é um direito.

Gramsci parte da educação sistematizada e a educação socializada como partes fundamentais no papel de disseminação da ideologia, a fim de assegurar exatamente a participação de todos os membros nessa sociedade.

Conforme o filósofo, cabe à educação criticar essa ideologia, pois a mesma vai se impregnando de elementos prejudiciais, elementos que ao invés de garantir a construção da autonomia¹⁵ do sujeito para que ele participe como um sujeito autônomo e livre de sua

¹⁵ No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do

cultura, isto, por vezes, é feito de forma dominante.

A escola do trabalho defendida por Gramsci tinha características especiais: supunha não só a formação para o trabalho, mas a possibilidade da elaboração de uma cultura autônoma, bem diversa da cultura burguesa. Para os trabalhadores, o desejo de aprender surgia de uma concepção de mundo que a própria vida lhes ensinava e que eles sentiam necessidade de esclarecer para atuá-la concretamente (SCHLESENER, 2002, p.69).

Já a partir do entendimento de Freire (1986) é necessário que reconheçamos quando estes indivíduos não possam entender sobre seus próprios direitos, haja vista que estão tão ideologizados que rejeitam sua própria liberdade, seu próprio desenvolvimento crítico.

E ao trazermos isso para a saúde, é necessário que encontremos na área mecanismos para aprender com estes sujeitos, com estes protagonistas sociais, de modo a ir além desses limites, além da rejeição de seus direitos.

Assim, é necessária a compreensão de toda essa complexidade, de modo a se estimular as pessoas a refletirem sobre a sua vida, pois este é um aspecto essencial para a promoção da saúde. Além disso, é também essencial a percepção de que essa reflexão irá nos levar à compreensão de que as escolhas saudáveis nem sempre são fáceis e, assim, estes se sintam mobilizados para caminhar sentido a essa transformação, pois sabemos que as transformações são complexas, ligadas às questões políticas. No entanto, a busca desse protagonismo é fundamental.

O protagonismo do setor saúde se pauta em dar visibilidade para essa discussão, nos moldes da Cartilha Humaniza SUS (BRASIL, 2008, p. 65-66), “é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e co-responsáveis no processo de produção de sua própria saúde”.

Muitas vezes, vemos uma política pública, por exemplo, na área de saneamento ou de mobilidade que não tem clareza do impacto que isso tem na saúde. E cabe ao setor saúde levar essa discussão e colocá-la agenda da saúde, a fim de garantir o direito à saúde dentro de várias políticas, dentro de um espaço coletivo de uma cidade, por exemplo.

Para alguns autores, o que vai definir se uma iniciativa ou um programa é de promoção da saúde é exatamente essa densidade da participação social, da participação

efetiva do usuário. O usuário não visto mais como um sujeito passivo, ao qual deve-se intervir naquele contexto numa ótica vertical, sem levar em consideração as necessidades locais. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização, a fim de alcançar esses resultados engloba as seguintes direções:

As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros) (BRASIL, 2008, p. 31).

Portanto, essa dinamização da participação social dos usuários é o ‘grande divisor de água’ das iniciativas de promoção da saúde. É se dar densidade e protagonismo para os sujeitos. É se fazer uma discussão sobre esse conceito de empoderamento, de possibilitar às pessoas terem condições de perceber porque elas se mantêm saudáveis ou porque elas adoecem e, ainda, de serem mobilizada no sentido de interferir nesse contexto.

5 COORDENADAS DA PESQUISA

Este capítulo trata do desenho metodológico utilizado para esta pesquisa, ao qual envolve os seguintes procedimentos:

- fase exploratória;
- pesquisa de campo;
- análise dos dados.

Para tanto, serão explorados os aspectos teóricos e conceituais referentes a este percurso metodológico proposto, introduzindo alguns conceitos básicos.

5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

São Gonçalo do Rio Preto é um município do estado de Minas Gerais localizado no Vale do Jequitinhonha, a 56 km de distância do município de Diamantina, e a 350 km de Belo Horizonte. O município, nomeado anteriormente por Felisberto Caldeira, em 1986, através da lei nº 9223, passou a se chamar São Gonçalo do Rio Preto (IBGE, 2017).

Ocupa uma área de mais de 314.458 km², com população estimada até o ano de 2016, conforme dados do IBGE¹⁶, de 3.197 pessoas e densidade demográfica de 9.72 habitantes por quilômetro quadrado. A maior parte do solo é demarcada pelo domínio do cerrado, com clima quente e chuvas regulares, distribuídas de outubro a abril (MARTINS, 2006).

No que tange à população, a maior parte reside em zonas rurais praticando agricultura de subsistência, cujo principal objetivo é a garantia de sobrevivência do agricultor e de seus familiares. A região caracteriza-se por escasso fluxo migratório e pequena oferta de emprego.

Uma das características mais marcantes do município é o aspecto contrastante da sua realidade. De um lado a riqueza destacada pelas potencialidades do subsolo, promissor em recursos minerais, de seu artesanato diversificado e de seus múltiplos atrativos turísticos, tais como o parque ecológico chamado de Parque Estadual do Rio Preto, patrimônio histórico e cultural, referência para Minas Gerais e para o Brasil, ao qual é gerenciado pelo Instituto Estadual de Florestas – IEF e a Praia do Lapeiro, situada numa área de preservação

¹⁶ Minas Gerais. São Gonçalo do Rio Preto. Disponível em:

http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=_EN&codmun=312550&search=minas-gerais|sao-goncalo-do-rio-preto. Acesso em 29 de mar de 2017

permanente – APP, a 1 km do centro da cidade, esta possui estrutura para esportes como futebol de areia, vôlei de praia e peteca, além de bares e um restaurante para atender visitantes.

De outro lado, temos a condição de vulnerabilidade social em que vive grande parte de sua população, apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,640, em 2010, situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,815, seguida de Renda, com índice de 0,593, e de Educação, com índice de 0,542¹⁷ (BRASIL, 2013).

O salário médio mensal por habitante, no ano de 2014, conforme dados do IBGE, era de 1.5 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12.1% (IBGE, 2017).

Não obstante, vale ressaltar que grande parte da população riopretana sobrevive da renda do benefício do programa governamental Bolsa-Família¹⁸, que varia entre R\$ 70,00 a R\$ 386,00 mensais, estando até meados do ano de 2016, com 341 famílias inscritas¹⁹. Isso implica dizer que o índice de pobreza ostentado pela região é elevado, haja vista que, dentre os critérios para ser beneficiário do programa governamental em foco é que a família esteja em situação de extrema vulnerabilidade social, ou seja, cuja renda per capita seja igual ou inferior a ¼ do salário mínimo.

São Gonçalo do Rio Preto conta ainda com maior parte da população vivendo nas zonas rurais, onde os índices de pobreza, miséria, analfabetismo, desemprego e infra-estrutura sócio-econômica imperam desfavoravelmente no município.

Quanto aos índices de desemprego, o município apresenta graves problemas, sendo que o percentual de homens, a partir dos 16 anos de idade ocupados no setor de

¹⁷ A renda per capita média de São Gonçalo do Rio Preto cresceu 147,68% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 129,69, em 1991, para R\$ 227,45, em 2000, e para R\$ 321,22, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,89%. A taxa média anual de crescimento foi de 6,44%, entre 1991 e 2000, e 3,51%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 73,64%, em 1991, para 55,53%, em 2000, e para 25,76%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,47, em 1991, para 0,59, em 2000, e para 0,44, em 2010. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_riopreto_mg/. Acesso em 18 de jun. de 2017.

¹⁸ O que é o Bolsa-família? É um programa de transferência direta de renda, visando às famílias em situações de carência, a fim de que se possa fazer frente aos problemas básicos advindos da precariedade econômica. O objetivo do sistema é prover a essas unidades familiares alimentação e acesso à educação e à saúde. No país inteiro cerca de 14 milhões de famílias são amparadas pelo Bolsa-Família.

¹⁹ São Gonçalo do Rio Preto, MG. Pessoas que receberam o benefício do bolsa-família em abril de 2016. Disponível em: <http://beneficiosinss.com/beneficios/bolsafamilia/SAO-GONCALO-DO-RIO-PRETO-MG/1/>. Acesso em 18 de jun. de 2017.

atividade de serviços é de 30,8%²⁰, (IBGE, 2017). Já referente à população feminina temos o percentual de mulheres ocupadas, com 25 anos ou mais de idade em 17,8%²¹ (IBGE, 2017).

No que se refere aos serviços de saúde, o município conta com apenas dois estabelecimento de saúde (UMS – Unidade Mista de Saúde e ESF – Estratégia de Saúde da Família) com atendimento ambulatorial e atendimento médico em especialidades básicas cuja capacidade de atendimento de 2,15 leitos/1000 habitantes, bem abaixo da média recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS - que é de 5 leitos/1000 habitantes.

No Estado de Minas Gerais a relação é de 2,81 leitos/1000 habitantes. Quando esta análise é feita por cidade, apenas a cidade de Diamantina apresenta um número acima da média recomendada pela OMS: 6,1 leitos/1000 habitantes. (SILVA, 2005 p. 50).

Relativo ao saneamento básico, o município dispõe de tratamento de água ofertado pela COPANOR, sendo atualmente contempladas 1.180 famílias riopretanas, haja vista que nas comunidades rurais não há cobranças com taxas de tratamento de água e as famílias contam com reservatórios próprios.

As taxas de evasão escolar atualmente são mínimas, no entanto, significativa parcela do município é composta por analfabetos, contanto com 28,6% o número de pessoas a partir dos 15 anos de idade que não sabem ler nem escrever (IBGE 2017).

São Gonçalo do Rio Preto apresenta posições bastante precárias em termos de desempenho econômico e desenvolvimento social. O índice de desenvolvimento humano - IDH – médio no ano de 2000 era de 0,537, o que retratava uma situação social preocupante para a região.

Já no ano de 2010 houve um aumento do índice para 0,640 de acordo com dados do IBGE²², o que demonstra um aumento significativo, ainda que imperceptível pela enorme carência populacional do vale.

20 Minas Gerais: São Gonçalo do Rio Preto » sistema nacional de informação de gênero - uma análise dos resultados do censo demográfico – 2010. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312550&idtema=132&search=minas-gerais%7Csao-goncalo-do-rio-preto%7Csistema-nacional-de-informacao-de-genero-uma-analise-dos-resultados-do-censo-demografico-2010>. Acesso em 21 de abr. de 2017.

21 Minas Gerais: São Gonçalo do Rio Preto » sistema nacional de informação de gênero - uma análise dos resultados do censo demográfico – 2010. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312550&idtema=132&search=minas-gerais%7Csao-goncalo-do-rio-preto%7Csistema-nacional-de-informacao-de-genero-uma-analise-dos-resultados-do-censo-demografico-2010>. Acesso em 21 de abr. de 2017.

22 Minas Gerais. São Gonçalo do Rio Preto. IDH. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312550&idtema=118&search=minas-gerais|sao-goncalo-do-rio-preto|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->. Acesso em 21 de abr. de 2017.

O município de São Gonçalo do Rio Preto ainda apresenta deficiências no que tange às condições de moradias para grande parte da população que vive em condições desfavoráveis, especialmente nas zonas rurais.

Além disso, alta concentração da propriedade da terra, entre outras condições desfavoráveis que colocam a região entre as menos desenvolvidas do Vale do Jequitinhonha.

Contudo, vale ressaltar que o Vale do Jequitinhonha tem uma triste realidade, é uma das regiões que mais se destaca pelas disparidades regionais. Coexistem no Vale regiões dinâmicas e com índice de desenvolvimento humano alto em contraste com regiões estagnadas, cujo IDH é baixíssimo, como é o caso de São Gonçalo do Rio Preto.

Em termos de esgotamento sanitário, o município não dispõe de tratamento de esgoto, sendo que as residências são construídas com a instalação de fossas sépticas que consiste num recinto fechado e enterrado no subterrâneo para a depuração de compostos residuais domésticos (sólidos e líquidos), fazendo parte do sistema de tratamento de esgoto sanitário da maioria das residências.

Nas zonas rurais e pequenos povoados, as necessidades de água são atendidas por meio de poços, cacimbas e córregos, geralmente a água é usada sem nenhum tratamento.

Deve-se ressaltar ainda que no município são encontradas as seguintes epidemias: doenças de chagas, leishmaniose tegumentar e visceral, hanseníase, cólera e esquistossomose.

As condições de trabalho nas lavras e atividades rurais são bastante penosas. As pessoas são submetidas a uma carga horária muita extensa de serviços pesados, em ambientes desfavoráveis e com recompensas questionáveis. É uma atividade dura para os trabalhadores da região.

De acordo com Silva, há dois tipos de governança local, sendo “uma mais tradicional e conservadora, com pouca visão dos problemas sociais, esta busca manter a população com o “cabresto” assistencialista”. Opera com base na pequena ajuda financeira, no fornecimento de alimentação, remédios e outros pequenos favores. Outra, com uma postura mais contemporânea e progressista, “administra o município implementando programas e políticas sociais de real interesse da comunidade, principalmente aquelas voltadas para educação, saúde, saneamento básico e trabalho cooperado” (SILVA, 2005).

Assim, pode-se perceber que há necessidade de um grau mais alto de efetividade das políticas públicas nesta localidade, em que os bens e serviços culturais possam imprimir a sua revitalização econômica.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A construção metodológica a ser utilizada nesta pesquisa foi viabilizada por uma abordagem de natureza qualitativa, por meio destas duas instituições: Unidade Mista de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, haja vista que a pesquisa qualitativa “enfoca-se em aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 32).

A abordagem qualitativa objetiva explorar o conhecimento de cada entrevistado e apresentar todas as opiniões, de todas as classes, sendo que por meio das entrevistas, constitui-se num modelo mais subjetivo.

Destarte, no que tange à pesquisa em foco, parte de uma pesquisa qualitativa por meio de entrevista. A centralidade nesta abordagem diz respeito à necessidade de se trabalhar com o universo de significados explícitos no cotidiano dessa realidade, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Referente à sua natureza, tratou-se de uma pesquisa aplicada cujo foco objetivou “gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 35).

Barros e Lehfeld (2000, p. 78) salientam que a pesquisa aplicada apresenta como motivação a necessidade de produzir conhecimento para aplicação de seus resultados, cujo objetivo será “contribuir para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade”.

A pesquisa se iniciou de maneira exploratória, levando em consideração que esta proporciona maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2002). Pode-se dizer também que este tipo de pesquisa tem como principal objetivo “o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado” (GIL, 2002, p. 41).

Quanto aos procedimentos técnicos a serem utilizados, a proposta foi de que a pesquisa possibilitasse maior aproximação e entendimento da realidade local, visando compreendê-la enquanto processo permanentemente inacabado. Deste modo, tratou-se de uma pesquisa feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites de modo a se compreender e discutir a revisão da literatura.

O levantamento bibliográfico se deu por meio de autores renomados em suas diversas áreas de competência, tais como: Sérgio Arouca, Paulo Freire, Serge Moscovici, Karl Marx, Mikhail Bakhtin, Sônia Fleury, Maria Victoria Benevides, Patrick Charadeau, dentre outros.

Portanto, na pesquisa bibliográfica privilegiou-se em cada capítulo precedente, um resgate da historiografia da saúde até a constituição de 1988, para que, consecutivamente, se chegassem às categorias de análise necessárias que serão a base para análise das entrevistas realizadas.

A pesquisa de campo tem como objetivo proceder à observação de fatos, aferir hipóteses, estudar um problema real, de modo a se extrair dados e informações relevantes à pesquisa a ser realizada. Esse tipo de pesquisa apresenta relevância quando se consegue delimitar ou estipular o número de participantes, pois se torna inexequível que uma pesquisa consiga abarcar toda a realidade a qual ela se destina. Por isso, tornou-se necessário que o número de participantes fosse delimitado, além do campo a ser pesquisado, pois quanto maior a extensão do assunto, menor deve ser seu campo de abrangência.

Com isso, a proposta em foco partiu da pesquisa de campo, caracterizando-se pelas investigações de uma dada realidade, em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, realizou-se a coleta de dados junto aos entrevistados, com o recurso empírico partindo da história oral para a construção teórica elaborada. As formas de acesso para que a pesquisa se concretizasse se deu por meio de um roteiro com perguntas norteadoras.

Os procedimentos para análise das entrevistas se estruturaram a partir da escuta do material gravado e transcrição das gravações, de modo a manter as marcas da oralidade aproximando o entendimento do sentido pretendido pelo emissor.

A análise do discurso subsidiou esta pesquisa enquanto dispositivo teórico e analítico que possibilitou apreender os sentidos de um determinado contexto social, a partir da interpretação de elementos das práticas sociais e da língua. Ressalta-se que a fala está indissolivelmente associada às condições da comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais.

De tal modo, a análise do discurso subsidiou a identificação e discussão dos modos pelos quais os entrevistados estruturaram as suas falas, suas preocupações e vivências, de modo a revelar a compreensão que estes apresentam de si mesmos e enquanto integrante da política pública de saúde.

5.3 DO CORPUS E SUA CONSTITUIÇÃO

No que diz respeito ao formato da entrevista, esta consistiu numa entrevista semi-estruturada possibilitando que as perguntas fossem parcialmente e previamente formuladas pelo pesquisador antes de ir a campo, porém também proporcionando flexibilidade e possibilitando aprofundar questões que foram surgindo no percurso da entrevista.

De acordo com Triviños (1987, p. 146) “a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa”.

Igualmente, a intenção desta pesquisa foi propor alguns questionamentos que dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes que, por conseguinte, convergiram-se em questões norteadoras em torno da questão central – o enunciado do problema.

Para tanto, as questões norteadoras formuladas foram direcionadas de modo diferenciado aos usuários do SUS e aos profissionais de saúde do município em foco, a saber:

* Perguntas direcionadas aos usuários do Sistema Único de Saúde de São Gonçalo do Rio Preto:

- Com qual frequência você utiliza os serviços de saúde público do município?
- Os grupos ofertados pela ESF têm atendido às suas necessidades?
- Você se sente à vontade no trato com os servidores municipais?
- O que você pensa sobre saúde pública?

Já relativo às questões norteadoras direcionadas aos profissionais de saúde do município, foram formuladas as seguintes:

- Por que você veio trabalhar no serviço público de saúde?
- Qual a sua concepção sobre saúde pública?
- Você considera que as políticas públicas de saúde centralizadas no município são uma boa medida?

Com isso, objetivou-se partir da formulação de perguntas que seriam básicas ao tema a ser investigado, de modo a atingir o máximo de clareza nas descrições dos entrevistados acerca da temática proposta e questionamentos que implicassem respostas sobre o olhar do sujeito coletivo.

Quanto ao método para a entrevista foi utilizada a História Oral.

A História Oral trata-se de um tipo de narrativa em que a entrevista, particularmente a gravada ou filmada tenha como fundamento de registro a partir de um

suporte material permitindo uma reflexão que quase sempre varia das possibilidades da documentação escrita, além de ter como base a questão subjetiva.

Ressalta-se que os dados objetivos podem ser procurados em documentos de uma maneira geral, mas a subjetividade narrativa, a construção do argumento, sua forma de exposição, sua performance exige sempre uma dimensão subjetiva que é de certa forma a contribuição que a História Oral pretende dar para se estudar um pouco o comportamento, não apenas na sua manifestação externa, mas nos moldes pessoais que levam a determinados procedimentos (MEIHY e HOLANDA, 2015).

Portanto, fica evidenciada a relevância desta modalidade de entrevista, a fim de que a História Oral valoriza os indivíduos, o narrador da história, e neste sentido, ela humaniza as relações. De acordo com Thompson,

O argumento em favor de uma entrevista completamente livre em seu fluir fica mais forte quando seu principal objetivo não é a busca de informações ou evidência que valham por si mesmas, mas sim fazer um registro “subjetivo” de como um homem, ou uma mulher, olha para trás e enxerga a própria vida, em sua totalidade, ou em uma de suas partes. Exatamente o modo como fala sobre ela, como a ordena, a que dá destaque, o que deixa de lado, as palavras que escolhe, é que são importantes para a compreensão de qualquer entrevista; mas para esse fim essas coisas se tornam o texto fundamental a ser estudado (THOMPSON, 1992, p. 258).

De tal modo, evidencia-se que este foi o método utilizado para as entrevistas desta pesquisa, tendo sido realizadas entrevistas gravadas com o áudio-gravador com o público-alvo cujo objetivo foi de testemunhar livremente a percepção desses entrevistados acerca do SUS.

Não obstante, para realização da entrevista foram entrevistados 15 protagonistas do SUS, o que implica tanto na equipe multiprofissional, tais como enfermeiro, médicos, nutricionista, dentista, agente de saúde, além de usuários atendidos pelo ESF. As entrevistas foram agendadas previamente, conforme disponibilidade dos participantes, com dias e horários pré-definidos.

A ferramenta por amostragem possibilitou a realização de uma pesquisa efetiva e com bons resultados, a partir da observação de uma série de condições. A amostra, portanto, é extraída da população que se pretende analisar. Isso implica que ela é o subconjunto de elementos de uma população a ser analisada.

Por esta via, o tipo de amostragem utilizada para esta pesquisa foi a amostragem por saturação, haja vista que esta é usada para estabelecer ou cerrar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA et al., 2008, p 17).

Os autores ainda consideram que a amostragem por saturação é uma ferramenta frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, sendo “utilizadas para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes” (FONTANELLA et al., 2008).

Em termos operacionais, esta pesquisa utilizou-se deste tipo de amostragem devido ao fato de que a quantidade de pessoas entrevistadas não seria o fator mais significativo para esta pesquisa.

Diferentemente das pesquisas quantitativas, a seleção dos elementos amostrais em pesquisas qualitativas não decorre da mensuração da distribuição de categorias como nos estudos matematizados de características clínicas e biosociodemográficas (como diagnósticos nosográficos, perfis de personalidade, eficácia de terapêuticas medicamentosas, idade, sexo, procedência, tipo de moradia, situação conjugal, escolaridade etc.). Isso não é necessário porque os critérios a que os estudos qualitativos visam não obedecem aos mesmos padrões de distribuição de parâmetros biológicos ou dos fenômenos naturais em geral. A seleção dos elementos decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto, algumas delas em contínua construção histórica (FONTANELLA et al., 2008, p. 20).

Nesse sentido, o fechamento amostral foi realizado na perspectiva da regularidade de ideias, o que implica na improbabilidade de que novas ideias aparecessem, mesmo que se chegasse ao dobro das entrevistas.

Referente aos critérios utilizados para a inclusão nesta pesquisa partiu-se de profissionais que tenham vínculo com a Unidade Básica de Saúde, sendo (1) médico; (1) nutricionista; (1) enfermeiro; (1) agente de saúde; (1) fisioterapeuta; (1) farmacêutica; (1) dentista; (8) usuários atendidos pela Unidade Básica de saúde especificamente no período em que foi realizada a pesquisa (cujos membros foram adultos e que estiveram dispostos a participar da pesquisa).

Nesta perspectiva, não foram incluídos nesta pesquisa profissionais e usuários que não possuíam vínculo empregatício com a administração, nem usuários que não tenham tido histórico de utilização dos serviços oferecidos pela Unidade Básica de Saúde.

No que diz respeito aos riscos associados a este estudo foram mínimos. O que poderia ocorrer seria o desconforto dos profissionais e usuários pelo fato de o formato da

entrevista ser gravada. No entanto, os mesmos foram esclarecidos sobre a ética e o sigilo profissional nas informações prestadas, além da garantia total do anonimato em relação às informações. Além disso, os entrevistados somente responderam aos questionamentos diante dos quais se sentiram confortáveis.

6 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROTAGONISTAS DO SUS

O objetivo deste capítulo consiste em retomar as entrevistas realizadas associando-as aos capítulos anteriores de modo a investigar os imaginários sociodiscursivos que circulam nos discursos acerca do conceito de SUS por parte dos usuários do serviço e profissionais de saúde de São Gonçalo do Rio Preto/MG.

Cabe esclarecer que a utilização do termo “objetivo discursivo simbólico” se deve ao fato de que o SUS não existe enquanto um objeto físico, ele existe como uma construção discursiva simbólica. E por isso ele é representado pelas pessoas. E para ser representado é necessária a utilização da linguagem.

Contudo, na medida em que as pessoas se apropriam da linguagem não se está mais no campo somente da representação, adentra-se também ao campo do discurso. Esse discurso, por sua vez, reflete representações na medida em que ele reflete os imaginários sociais, as visões de mundo e ainda as formas de construção de uma dada realidade.

Importa salientar que, uma vez identificado e caracterizado o objeto discursivo – o SUS, a preocupação do pesquisador dirige-se para a conduta necessária do cientista mediante coleta e análise dos dados.

Convergente a isso é possível discorrer sobre o conceito de fato social trazida pelo sociólogo e positivista Émile Durkheim em sua obra intitulada *As regras do método sociológico* (1895), na qual o sociólogo explicita não haver elucidação científica se o pesquisador não mantiver certa distância e neutralidade em relação aos fatos, tornando-se imprescindível o resguardo da objetividade na análise a ser realizada, cujo risco disso decorreria de uma possível distorção da realidade dos fatos.

Ademais, há que se ressaltar que toda a base da análise do discurso é subjetivista, ou seja, o sujeito se encontra no centro do discurso, na sua relação com o outro, com quem ele interage. Portanto, traços de subjetividade estarão presentes em todo e qualquer discurso, inclusive no discurso demonstrativo mais científico possível.

O analista do discurso é um sujeito que interage com o texto e ao interagir estará co-construindo sentidos com o autor, influenciando na construção daquela leitura, daquele texto, produto daquela análise. Portanto, não é possível se esquivar da subjetividade na medida em que compreendemos que todo leitor perfaz o caminho de leitura através de seus conhecimentos prévios, produz sentidos diferenciados e abaliza esse sentido de uma forma individualizada.

Corroborar-se que não há texto sem sujeito. Sempre haverá alguém que fez aquele

texto, portanto, as escolhas e seus recortes serão subjetivos, a maneira pela qual se lê a teoria e a aplica ao corpus do texto será também subjetiva. E negar isso seria negar a subjetividade na linguagem, o que não é o foco proposto para esta pesquisa.

Todavia, apesar da apropriação e conhecimento da realidade da pesquisa em foco, ressalta-se que o pesquisador se encontra na condição de profissional de saúde e também usuário dos serviços ofertados pelo município tratado nesta pesquisa, e reconhecendo-se, sobretudo, a necessidade de que seja mantido certo distanciamento, a fim de que melhor se possa apropriar e conhecer esta realidade, para, subsequentemente, analisá-la, ressalta-se que os relatos trazidos estarão implicados na análise investida, não por um técnico do serviço ofertado, mas pela condição de pesquisador, e deste modo, no lugar de quem observa esta realidade e também participa, mas, sobretudo, a observa e a analisa.

Assim sendo, reconhece-se, por outro lado, que a investidura do texto em certo nível de subjetividade é positiva, haja vista ser significativo para o processo de análise do discurso que nos coloquemos também no lugar de sujeito desta pesquisa.

Visto isso, salienta-se que os resultados aqui descritos estarão agrupados em categorias de análise em relação à participação dos entrevistados no processo de discussão acerca da temática.

A proposta será a apropriação do conceito de imaginário sociodiscursivo, referência proposta pela análise do discurso, que implica em mapear as representações sociais num determinado discurso e para tal, far-se-á uso de determinados imaginários mapeados durante o processo das entrevistas.

A fim de que seja resguardado o sigilo na identificação dos entrevistados, os mesmos serão identificados a partir de nomes de marcantes personagens da literatura nacional.

Assim sendo, as discussões estarão subdivididas em seis seções: a primeira diz respeito ao perfil dos usuários e servidores de saúde.

Na sequência, abordaremos alguns dos imaginários sociodiscursivos mapeados, os quais foram associados ao imaginário da eficiência/ineficiência; da universalidade como um dos princípios mais básicos e fundamentais do SUS; da concepção de direito à saúde; da desqualificação do gratuito e, também, da interferência política na saúde e, por fim, o imaginário da participação popular.

6.1 Perfil dos entrevistados

Este tópico destina-se a delimitar as características gerais dos sujeitos da pesquisa. Tais informações foram codificadas e tabuladas para organizar o procedimento de análise estatística.

A seguir, pode-se observar a codificação para as respostas das variáveis relativas ao perfil dos sujeitos pesquisados.

Quadro 1 – Código das variáveis

Gênero	Masculino	Feminino			
Gen	1	2			
Estado	Solteiro	Viúvo	Casado	Separado	Outro
Civil					
EC	1	2	3	4	5
Faixa	Até 30 anos	31 a 40 anos	Acima de 41 anos		
Etária					
FE	1	2	3		
Naturalidade	Riopretana	Diamantinense	Outro município		
	1	2	3		
Formação:	Ens. Fund. inc.	Ens. Fund. comp.	Ens. Med. inc.	Ens. Med. comp.	Nível Sup.
Form	1	2	3	4	5

Fonte: DADOS DA PESQUISA

Em relação ao perfil dos 15 entrevistados que compuseram a amostra, será apresentado em uma tabela contingencial construída recorrendo-se à estatística descritiva.

Quadro 2 – Perfil dos sujeitos

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>%</i>
Entrevistados	Profissionais de saúde	47%
	Usuários dos serviços de saúde	53%
Sexo	Masculino	13,0%
	Feminino	87,0%
Estado Civil	Casado	66%
	Solteiro	34%
	Separado	0%
	Viúvo	0%
	Outro	0%

Faixa etária	Até 30 anos	34%
	31 a 40 anos	40%
	Acima de 40 anos	26%
Naturalidade	Riopretana	47%
	Diamantinense	13%
	Outro município	40%
Formação	Ensino fundamental incompleto	27%
	Ensino fundamental completo	13%
	Ensino médio incompleto	0%
	Ensino médio completo	20%
	Nível superior	40%

Fonte: DADOS DA PESQUISA

Quadro 3 – Perfil dos sujeitos (nível superior/especialização)

Nível Superior	Apenas nível superior	40%
	Nível superior + Especialização	53%

Fonte: DADOS DA PESQUISA

A variável entrevistados foi subdividida entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, sendo 47% entre profissionais de saúde e 53% entre usuários.

A variável gênero apresentou uma predominância de 87% de mulheres entre os sujeitos entrevistados. A variável estado civil aponta a predominância de sujeitos casados, com 66% de ocorrência, seguido por solteiro, com 34%. Já a variável faixa etária se enquadra na faixa entre até 30 anos com 34%, 31 a 40 anos com 40% e acima de 40 anos com 26%.

A maioria dos sujeitos da pesquisa é natural do município de São Gonçalo do Rio Preto com 47% de ocorrência, sendo que apenas 13% são naturais do município de Diamantina e os outros 40% de municípios circunvizinhos. No entanto, até o presente momento das entrevistas residem no município de São Gonçalo do Rio Preto.

No que tange à escolarização, obteve-se como totalidade de algum nível de formação superior apenas os profissionais de saúde.

Conforme o quadro 2, pode-se perceber que 53% dos profissionais de saúde realizaram um curso de pós-graduação *lato sensu* – especialização. Nenhum deles possui como formação complementar uma titulação com pós-graduação *strictu senso*. – mestrado ou doutorado.

Os usuários entrevistados apontaram predominância de 27% com ensino

fundamental incompleto, 13% com ensino fundamental completo e 20% com ensino médio completo. Esse resultado contradiz estatísticas oficiais exemplificadas em estudo²³ realizado por Barros (2015) no qual retrata e discute a distribuição e ampliação da Educação Superior no Brasil.

Os dados ainda permitem identificar que os profissionais entrevistados pertencem a uma faixa etária média, em sua maioria, entre 18 e 37 anos. Entre a quantidade de servidores pesquisados houve superioridade entre o sexo feminino contando com 71% dos profissionais e apenas 29% de profissionais do sexo masculino.

No que tange ao tempo de serviço temos a seguinte compilação:

Quadro 4: Tempo de atuação no serviço público municipal

Tempo de atuação no serviço público municipal	% de profissionais de saúde
Até 1 ano de serviço público no município	43%
2 a 5 anos de serviço público no município	43%
Mais de 5 anos de serviço público no município	14%

Fonte: DADOS DA PESQUISA

Ressalta-se ainda que os resultados permitiram a identificação do perfil da maioria dos servidores pesquisados, sendo que 57% destes estão em cargos de contrato temporário com a administração pública e 43% estão investidos em cargos efetivos dentro do Serviço Público Municipal tendo sido habilitados através de concurso público. Tudo isso denota a precariedade na efetivação dos profissionais de saúde donde se conclui a não observância por parte da administração pública municipal a este instrumento de concretização do princípio democrático. Carvalho corrobora o exposto, a partir da seguinte explicitação:

Com efeito, o concurso admite a inserção de novos atores sociais que podem ser provenientes da classe média ou das camadas mais pobres da população, o que resultará em mobilidade social pelo critério merecimento. Principalmente o concurso viabiliza a participação dos cidadãos na expressão da vontade pública, o que torna realidade na própria estrutura do Estado a multiplicidade típica do mundo pós-moderno. Ademais, exclui critérios subjetivos irrelevantes para a Administração e enseja que sejam privilegiados elementos objetivos com base em que o Poder Público selecionará o profissional que de fato é capaz de atender as necessidades estatais. Com isso, reduzem-se os riscos de discriminações ilícitas, dos apadrinhamentos clientelistas que ocorrem através de indicações exclusivamente políticas (CARVALHO, 2017, p. 112-113).

²³ BARROS, Aparecida da Silva Xavier. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00361.pdf>. Acesso em 19 de ago. de 2017.

Isto posto, evidencia-se que a criação de postos efetivos de cargos de trabalho devia estar associada a uma necessidade social, levando-se em consideração que nesta realidade específica acaba sendo um grande desafio para a gestão do trabalho no SUS, além do que, conforme nos evidencia Eberhardt et al (2015), aponta ainda para um contingente significativo de trabalhadores da saúde sujeitos a vivenciar um processo de pauperização e degradação das condições de trabalho, agravado pela ausência de mecanismos de proteção social.

6.2 Imaginário da eficiência/ineficiência

É recorrente no meio midiático a exibição dos altos níveis de insatisfação por parte da população com os serviços públicos de saúde, sendo que alguns sugerem uma agravamento dos problemas nos últimos anos. Por esta via, quando observam-se os relatos dos participantes ao serem questionados sobre a eficiência do SUS, identificamos uma construção das representações sociais relativas ao imaginário da eficiência/ineficiência de forma mais generalista, tal como podemos observar abaixo:

Só que... assim, eu não vejo melhoria, eu não vejo....(pausa)é muita dificuldade.... Dificuldade de exames, porque antes não pagava, hoje paga, sabe...então, assim, dificultou mais.... Assim, anteriormente, tava fácil. Mas só que depois, agora você tem de levantar 3 horas da manhã pra tá tirando ficha, e....são poucas.... É 12. Agora, segundo o que tô sabendo, vai aumentar. Assim...teve aumento , tá aumentando, mas mesmo assim, 3 horas da manhã é muito cedo. E tipo assim, uma dor de dente...muitas vezes a gente chega, é uma abturação que soltou, uma coisa, é uma emergência, sabe.... E vê se isso não é uma emergência? Se soltou, se ta dueno... Igual...já aconteceu deu chegar com o menino que soltou a abturação e falar,.... olha se não é verdade, trata na verdade, mas depois fala com cê assim , isso né emergência não, emergência é quando quebra, quando enfia pra dentro, sabe?(Rita, 37 anos)

Eu acho assim.... pra mim tá tudo normal, pra mim tá tudo normal, porque eu tô tanto tempo que eu moro aqui em Rio Preto, toda vida foi isso mesmo.... Toda vida foi isso aí que cê tá vendo. Carro estragado, a saúde do jeito que tá assim mesmo, entra ano e sai ano é a mesma coisa.... Tá ruim, mas tá bom, né.... Como é que fala? É isso mesmo.. (Marcela, 30 anos).

Graças a Deus. Num tem queixa não. A saúde é muito boa, né? (Macabéa, 58 anos).

Quanto a esses imaginários sobre a eficiência/ineficiência dos serviços de saúde, é possível perceber que entre os problemas mencionados com maior recorrência temos o acesso aos serviços de saúde, atrasos no tratamento e falta de médicos. Tudo isso reflete em certo

conformismo diante da realidade ou ainda falta e maior apreensão sobre a mesma, quando temos, por exemplo, uma usuária que declara a necessidade de pagar por um exame médico. O que acontece na realidade são contrapartidas ofertadas por clínicas particulares concedendo “certo” desconto a estes pacientes do SUS, o que, portanto, implica em artifícios utilizados, de maneira geral, pela gestão, a fim de se reduzir o número de pacientes na ‘fila de espera’ por exames médicos gratuitos.

Com certeza. Ohh..você oía na televisão, é tanto véio morrendo, né... e criança morrendo por falta de atendimento ...Então...assim...eu não entendo muita coisa não, eu sou burra (risos) Ana que divia tá aqui pra responder, Ana é inteligente, menina... Porque às vez que eu precisei, eu consegui. Eu não vou ni médico, tô precisando, porque eu tô ruim, minha cabeça ruim, as pernas fraca, mas ...num vô não porque ...ah...cê vai no médico com uma doença, ele já arruma mais, e vai aumentano, vai aumentano, aí cê fica com a cabeça ruim. (Lucíola, 57 anos).

Na fala abaixo, ao dar ênfase à ineficiência do SUS, a usuária remete ao termo nepotismo demonstrando como este afronta, de forma cabal, aos princípios constitucionais na medida em que a administração deixa de contratar aquele que é mais bem capacitado para assumir aquele cargo com objetivo de favorecer determinados laços de parentesco ou de até mesmo de afinidade.

Eu acho que tá o pior de todos que já teve. Rio Preto já teve crítico, já teve um período muito difícil, mas não pra chegar igual ta agora. Nossa....em tudo....em emprego, em tudo que ocê pensar. Sabe? Igual tem casa que tem...falando de emprego, tem casa que ta a família toda na prefeitura, todo mundo trabalhando, sabe? E tem casa que tem 6, 5 e tem casa aqui que já tá todo mundo adulto e ta todo mundo dentro da prefeitura. Tem casa aqui que tá pai, mãe e filhos trabalhando dentro da prefeitura e tem casa que tem 6, 4, 5 crianças que não tem um salário. Sabe? Então, isso daí é um caso.... isso não é crítico? (Rita, 37 anos).

Já esta usuária se pauta nos meios midiáticos a fim de justificar a falta de eficácia do SUS. No entanto, seu discurso denota a efetividade do papel midiático enquanto grande produtor de discursos construídos e desconstruídos da saúde pública que se opõe à concepção do público enquanto fomentador de serviços de qualidade. Tudo isso converge diretamente para a fala de uma profissional de saúde que traz a seguinte consideração:

Eu acho que a assistência, a assistência é muito precária, o que eu tenho vivência do SUS aqui na região e eu também já fui, já fui muito atendida pelo SUS, eu não tenho a reclamar. Mas o que a gente vê? A gente conhece muito do SUS pela mídia, certo? Mas a mídia só mostra os pontos ruins, mas os pontos ruins que a mídia mostra existe, né? Então eu vejo muita falta de solidariedade, eu vejo muito profissional trabalhando só por dinheiro e também muito profissional dando de tudo pelo sistema (Luísa, 37 anos).

Todavia, em questionamentos subsequentes são apresentadas avaliações mais

positivas, com destaque para as atividades do médico no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Olha, enquanto à equipe de saúde (risos)... pra mim, tirando o secretariado, então é tranquilo, pra mim eu acho que tá excelente. sabe? Os médicos também... então equipe médica, isso... enfermeira, que pra mim são excelentes, sabe? Não tem, não vejo exceção, não vejo nada disso (Rita, 37 anos).

Tá tudo bom. É... porque...eu....quando eu procuro ês me serve...todos me tratam direitinho (Tieta, 43 anos).

Ahh, eu vô falar com cê...o médico é até bacana e tal...e atende a gente super bem, oía a gente, pega um trezím e coloca no coração , se tá sintindo bem, a minina, com tudo, atende bem... Bete também...nossa...quando a gente chega lá no balcão Bete atende a gente super bem....agora, a assistente social, aqui num, como é que ela chama, a agente de saúde.... é uma vez só. Num vem aqui não. Isso eu num posso mintir. Eu não posso falar que vem não porque aqui veio uma vez só com médico aqui, oh.. (Ana, 25 anos).

Todas as vezes que preciso, ele é bem atendido. Inclusive, né, o dia que meu pai teve AVC, ele foi assim, foi bem rápido o atendimento, e diagnosticou rápido e levou pra Diamantina e resolveu todo muito rápido. Se fosse, talvez em outro lugar... (Juliana, 49 anos).

Não. A equipe médica não. Não posso reclamar de médico não. Às vez que eu já fui atendida todos fizeram o trabalho deles direitinho, né? O enfermeiro mesmo, eu não posso reclamar. Às vezes que eu procuro, eles estão mais de boa vontade, sabe... (Virgília, 33 anos).

A partir da fala dos usuários entrevistados é possível perceber alguns trechos que mostram que a satisfação do sujeito perante o atendimento médico seria uma relação de ‘endeusamento’, como nos falas a seguir:

Ohh, pra dizer a verdade, os médico é uma benção, eles são ótimo. Agora as enfermeira, têm dia que elas tá meia, entendeu mais ou menos, né?...Tem um dia que elas tão bem, tem dia também....eu creio que cada um tem um dia...um dia que tá estressado, às vezes aconteceu algum problema, eu sei que tem, né? Tem dia que elas, sabe? Às vezes costuma até dá uma má resposta lá, mas...os médico eu não tem o que reclamar, não. E nem são todas assim não, algumas. Porque...às vezes elas tão estressadas também, né? Tem dia que você ta... Igual a gente, tem vez que a gente não tá com paciência? Então..cada um né, então...é só isso, não tenho nada de... (Lucíola, 57 anos).

Sim. Sempre fui bem atendida, bem tratada...Os médicos são ótimos...Nó.... Zè Carlos não sabe o que é que faz com a gente...(Marcela, 30 anos).

O que denota que esse é o imaginário profissional construído historicamente, partindo de diferentes mitos que colocam este profissional à altura dos Deuses e quando realizado um questionamento ao profissional de saúde sobre a relação médico/paciente e ainda enquanto gestor municipal, como fato recorrente no município abordado em que se passaram três gestões consecutivas (2005-2016) com a figura do médico centralizada também

enquanto gestor municipal obteve-se a seguinte reflexão:

Eu acho que interfere pelo fato dele tá lá dentro da saúde. Até, você sabe por quê? Porque eu acho que o usuário acha assim, oh, que se o prefeito, ele é médico, eles vêem ele como se ele fosse um Deus, que ele tem capacidade de resolver tudo (Luísa, 37 anos).

De certo modo, esta compreensão descrita pelos entrevistados vai ao encontro da concepção de Birman, que traça a ideia desta idealização: “O poder alcançado pela Medicina e a sua pretensão ao mesmo, quando atua intencionalmente através do dispositivo das inter-relações pessoais e sociais, é efetivamente assombroso” (BIRMAN, 1980, p.81).

Ainda voltada para esta questão Balint (1975, p. 81) refere que “caracterizado o médico como ‘professor’ dos pacientes, como mago das dificuldades humanas, todas as questões passam a ser incluídas no campo da Medicina”.

Assim, congruente às representações de eficiência/ineficiência quanto aos serviços de saúde, a mesma alegoria pode ser feita acerca dos profissionais de saúde, haja vista que as profissões têm representações na sociedade. Têm profissões que têm determinados valores para a sociedade, outras não. E são as representações que irão orientar a nossa ação. Contudo, por outro lado, é importante destacar que esta relação médico/paciente seja desempenhada por uma boa relação deste para com seus pacientes já que o médico deve-se amparar na personalização da assistência humanizada do atendimento.

6.3 Imaginário da universalidade

A universalidade é um dos princípios mais básicos e fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) contido na Constituição Federal (CF) de 1988 no qual se determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. Por esta via, o imaginário da universalidade, ou seja, o imaginário de que o SUS é um sistema que deve atender a todos, perpassa subjetivamente na fala dos usuários entrevistados das seguintes formas:

Saúde pública éeeee... pra cuidar de todo mundo, ué... Ahhh, procurei,.....procurei....e ês num quiseram, num liberô não... quando eu fui lá procurá ninguém me ajudô não, aí eu fiquei sem fazer o exame por causa disso... Conversou com a menina lá, a menina num resolveu nada... (Ana, 25 anos).

Eu acho que tem que ter um pediatra. Se tem tanta criança, tem de ter um pediatra. Agora tem, né, o ginecologista uma vez por semana, mas não atende todo mundo...Você tem que ficar na fila esperando, né... Mas tirando isso, pra mim,

assim, as minhas necessidades, pra mim e pra pai, todas as vezes que precisei...eu, né...eu saio daqui, eu chego lá, nem chego mais no médico, todo mundo já sabe quê que eu tenho que tomá, já me leva direto pra enfermaria e já corre né...é rapidim, já resolve meu problema (Juliana, 49 anos).

É... voltado ao público, à necessidade da população, só que não. Cê procura um carro, os motorista tão, muitas vezes, igual ...voltado pra educação, voltado pra saúde, tem dia que professor a noite tem de procurar carro, procura motorista, os motorista não quer trabalhar, não quer fazer o serviço. Aí voltado pra saúde, os motorista pára o carro na porta das casa deles e simplesmente depois a gente...igual aconteceu, eu to de prova, no horário de trabalho já aconteceu de eu tá aqui, vê pessoas de setor de serviço passando mal e ligar no hospital e não ter nenhum carropra buscar a pessoa. (Rita, 37 anos).

Por meio destas falas é possível conjecturar que depois de mais de 500 anos, os usuários do SUS já passam a reconhecer, ainda que timidamente, que a saúde se constitui num direito de cidadania e que o seu acesso é universal.

Já na fala dos profissionais de saúde quando questionados sobre a concepção de saúde pública, o termo “universalidade” veio à tona de maneira mais nítida.

Então... é...complexo né (risos)...complexo e bem amplo. Pois é. Saúde pública é... definição.... é... saúde compreende a integralidade, a universalidade, como bem diz o SUS e onde todos cidadãos têm ou deveria ter os mesmos direitos e de ser atendido de uma forma global em todos os pontos da atenção (Riobaldo, 38 anos).

Nossa...(risos) é tão amplo, que a gente nem consegue falar. Saúde pública... ah...eu entendo que engloba as políticas do governo pra atender a população de uma forma geral, seja ela na questão, digo assim, medicamento de saúde primária, entendeu mais ou menos? (Iracema, 18 anos).

Neste ínterim, apreende-se que se o cidadão não dispõe de acesso universal, ele, por sua vez, não pertence à sociedade. É importante ressaltar esse ponto, devido ao fato de que contamos com um sistema de saúde universal, mas não temos, por exemplo, um financiamento compatível com a sua universalidade.

Nos anos 1990, a proposta era de que a saúde fizesse parte do arcabouço da seguridade social que se previa 30% do seu orçamento direcionado à saúde pública (BRASIL, 2008). No entanto, essas conquistas foram sendo enfraquecidas pela década neoliberal. Portanto, a sociedade brasileira construiu um sistema universal, mas não apresenta um financiamento compatível com essas conquistas, que de fato abarque a sociedade como um todo, o que nos leva a apreender que os interesses da iniciativa privada no estado brasileiro foram se capilarizando cada vez mais.

Na linha da tradição marxista, a visão da filosofia da práxis de Gramsci pauta-se numa visão universalista, que transcende os limites de cada sociedade histórica particular.

Trata-se de uma proposta de construção de uma civilização cosmopolita. Ou seja, as condições de humanização precisam ser válidas para todos os homens, independentemente de todas as suas diferenças e particularidades. Nenhuma diferença deve justificar qualquer tipo de desigualdade.

A doutrina materialista sobre a mudança das contingências e da educação esquece de que tais contingências são mudadas pelos homens e que o próprio educador deve ser educado. Deve por isso separar a sociedade em duas partes uma das quais é colocada acima da outra. A coincidência da alteração das contingências com a atividade humana e a mudança de si próprio só pode ser captada e entendida racionalmente como práxis revolucionária (MARX, 1974, p. 57).

Essa é a lógica de uma sociedade capitalista, que é contraditória à proposta do SUS, que parte da proposta de inclusão e tem na sua origem essa concepção que foi discutida já nos anos 1980, definindo que o direito à saúde é um direito de cidadania, assim como temos o direito à vida.

6.4 Imaginário da concepção do direito à saúde

O imaginário da concepção de direito à saúde perpassa pelo ideário de que é tarefa do Estado garantir a todos os riopretanos o direito de acesso ao Sistema Único de Saúde do município sem distinção de sexo, raça, cor, credo, classe social etc. No entanto, as representações do direito de acesso à saúde, expressas pelos usuários entrevistados se mostram enviesadas por inseguros discursos, tais quais:

Ué... A saúde pública é uma coisa que todo mundo tem direito, não é isso não? (risos) Tem direito mais nem sempre, né? A gente sabe que tem direito, mas nem sempre você recebe aquilo que é o seu direito. Por exemplo... médico....médico cê tem, mas, por exemplo, remédio....cê chega na farmácia e não tem o remédio que você precisa. É um remédio que tinha que tá, remédio de pressão, por exemplo, cê chega lá, não é sempre que tem. Eu acho que é um direito garantido. É um direito que a pessoa tem, mas que nem sempre o prefeito faz questão (Juliana, 49 anos).

Ahh, um direito, né?...quer dizer ...pelo menos pras crianças e pros idosos é um direito, né? Eles têm o direito deles, de ser atendido na hora certa, de não ser maltratado, né? Igual tem muito lugar que você é maltrada, né? (Lucíola, 57 anos).

Nestes imaginários, o emprego da expressão ‘direito’ se mostra, corriqueiramente, impreciso. Observa-se, assim, que o ‘direito’ à saúde expresso pelos mesmos denota uma concepção minimalista, com implícita falta de conhecimento de que o direito à saúde é um dos direitos sociais arrolados no caput do art. 6º da Constituição Federal de 1988, sendo, simultaneamente, direito constitucional e, sobretudo, dever do Estado – a ser cumprido por

Estados e seus respectivos municípios.

E apesar de ser uma importante conquista no marco constitucional brasileiro, com escasso reconhecimento desse direito em sentido amplo pelos usuários entrevistados, isso recai sobre a falta de conhecimento do poder dos mesmos de reivindicar, subsequentemente, a existência de uma estrutura política e jurídica que subsidie esse direito ainda não se faz ampla no entendimento geral da população.

A fim de corroborar o exposto, tem-se a fala de outra usuária que, ao ser questionada acerca dos mecanismos necessários para acesso a esse direito, explicita:

Uai... em lei, não é não? ... É, uai, porque, né... é por lei, né? Existe uma lei assim, não existe? Que as pessoas têm direito, né, à saúde, tem direito à...pelo menos ser atendido na hora certa, né? Aqueles que passa mal, muitos médico, né...faz pouco caso em atender... Às vezes, as pessoas fica aí um ano, dois sem conseguir fazer um exame... a gente também não procura informação, a gente não sabe se é direito da gente de tá recebendo ajuda pra isso, num sei... que às vezes também fica, mas num procura, né?Eu acho que é de direito, né?... E agora pra eu te explicar isso? Uai....que é um direito d'ocê chegar lá e ser atendida, não é de você estar recebendo um favor (Virgília, 33 anos).

É interessante notar como é desconstruído o reconhecimento do direito à saúde, por parte das entrevistadas quando fazem uso das terminologias *ajuda* e *favor* ao se referirem a um direito constitucionalmente garantido.

Ahh, conseguiria. Com certeza. É...às vezes, tem um caso aí do menino que fez a cirurgia à pouco tempo, né? Você deve ter ficado sabendo disso, é...o menino que tava com problema de coração, você não ficou sabendo, não? Que eles fizeram a cirurgia? Foi até particular... então eles correram atrás, achou muita doação, mas a prefeitura também ajudou...então se fosse um pra ficar calado, não tinha achado ajuda, né? Uai....quando a pessoa corre atrás, que entende dos direito e vai atrás, consegue sim, né? (Virgília, 33 anos).

Ahhhh...eu fui lá num dia pra mim tentar, quando eu tava quase ganhando menino aí, eu fui lá pra ver, tava com um exame marcado pra fazer...eles num fez não...num ajudou com o que tinha pra ajudar pra fazer o exame não, que num tinha dinheiro pra fazer o exame naquela época não.... Intão num acho de boa qualidade porque quando eu fui lá procurá ninguém e me ajudô não, aí eu fiquei sem fazer o exame por causa disso.... (Ana, 25 anos).

Ahh, a saúde é do Estado né? Mas o prefeito também ajuda né? Porque se não fosse ele, num tinha né, o posto, não tinha o hospital. É. Porque tem muita coisa que ele também ajuda, né? Ele ajuda a pedir os remédio. Você não vê que eles num dá, nem remédio num tem pro povo? (Macabéa, 58 anos).

Há ainda o discurso de direito enviesado pela acepção das pessoas, como se o direito fosse relegado a uns e a outros não:

Mas quanto ao secretariado de saúde... é muita exceção. Tanto faz o de saúde, como educação, sabe? É muito..... não tem inclusão. Tá tendo muita exclusão. Sabe? Eles tão tirando, eles tão contando, em tudo, em tudo, sabe? A cidade tá tendo exclusão. E só pessoas também que num precisa que alcança... Ahh, porque os secretariado, eles é, eles é voltado pra parte....os pobres, os pobres não tem vez, sabe? Um exame muitas vezes pode muitas vezes ser marcado pra uma pessoa que precisa? Não. Aí olha na lista se é família, se... aí já entra lá... políticos, entra esses trem. Então pra mim o espaço de secretariado tá zero. Zerô... A prioridade é, é.... como que eu posso falar?.... A prioridade é financeira. A prioridade é, é.... como um status... (Rita, 37 anos).

Por outro lado, quando os profissionais foram questionados acerca do entendimento dos usuários sobre a concepção de direito à saúde pública, obtivemos como algumas das respostas:

Mais ou menos. Eles têm uma noção assim, de que eles têm o direito, né? Mas eles não têm a percepção do todo, do que é o sistema em si, de qual é o papel de cada um dentro do sistema... (Emília, 29 anos).

Não. Não entendem. Eles usam a palavra direito para tudo, entendeu? Como uma vantagem. Tipo assim: “Não, mas eu tenho direito!” Pra exigir do sistema! Mas, infelizmente, eles não sabem qual é o dever deles dentro desse sistema. Por exemplo, o conselho de saúde, ninguém sabe nem o que é conselho de saúde, e a população tem um papel assim, né, primordial no conselho, que é, através do conselho de saúde é que ele vai fiscalizar (Capitu, 32 anos).

A concepção de direito é... eles sabem que eles têm direito, mas eles acham que têm direito a tudo, não entendem na totalidade. Entendem saúde pública apenas como gratuita, mas eles não têm a percepção do tamanho, até onde eles podem.... eles entendem direitos, mas esses direitos, eles não sabem exatamente como deve ser. Eles entendem que eles têm direito a tudo da saúde e quando você não concede, eles associam que a política está enraizada... É cultural. Eu acho que é mais a percepção, hoje, eu to falando hoje, né, nessa gestão. Eu acho que hoje é muito mais entendimento pela cultura enraizada do que acontece na verdade na gestão, porque hoje eu tô participando, eu to dentro da gestão (Riobaldo, 38 anos).

Tudo isso denota a importância em apreender que a política de saúde deve ter como meta a conscientização do indivíduo por meio de uma educação sanitária. Essa conscientização é imprescindível para a consecução dos direitos à saúde. É a instrumentalização de direitos assegurados pelo Estado a qualquer cidadão que venha a sofrer os impactos subjacentes a uma sociedade capitalista monopolista. E, convergente a isso, a compreensão de que a política pública de saúde deve ser vista como uma política social, cujo direito está voltado pela nossa condição de cidadãos brasileiros ou usufruto de nossa cidadania.

Essa concepção de SUS diz respeito ao entendimento a partir do direito à saúde, contraditório do direito à assistência à saúde, haja vista que há uma interseção entre esses dois direitos. E por esta via, o direito à saúde é muito mais amplo do que o direito de assistência à

saúde. SUS significa uma saída civilizatória para a cidadania nos mais diferentes aspectos. Trata-se de um sistema que incorpora em si, não apenas a saúde vista sob a ótica de um sistema de serviços que devem existir, mas como um resultado de condicionantes sociais efetivas, tais como habitação, transporte, lazer, renda, acesso ao trabalho, acesso a terra, meio ambiente protegido. Portanto, todos esses fatores intrinsecamente correlacionados à saúde.

6.5 Imaginário da desqualificação do gratuito

O imaginário da desqualificação do gratuito perpassa pelas representações de que tudo que é bom é pago e aquilo que é gratuito, necessariamente, não é bom. Essa composição público/privado, no que tange à saúde, que se delinea atualmente, é extremamente desfavorável ao público, como podemos perceber nos discursos a seguir:

Eu não entendo muita coisa. O que eu entendo é o que eu vejo, né, que tá acontecendo... tem muita gente morrendo, né? Realmente tem, né? Aqui não, mas você vê nessas cidade grande os bebezinho que tá morrendo... então ainda tá muitorelaxada, né, a saúde pública...(Lucíola, 57 anos).

Precário. Muito precário. Os carro também são muito precário... Não eu, porque agora eu não preciso de carro para poder, porque eu tô indo a pé, mas eu falo assim, você precisa de um carro pra poder vim buscar a pessoa, depois demora, oh.... (faz sinal) um tempão, pra poder vim buscar a pessoa. Igual outro dia mesmo, eu estava no médico com Manuela com febre, o neném, o menino lá da moça da Lagoa tava desde duas horas com febre e ela ligou, e eles buscaram o menino 9:00 da manhã Tá ruim, mas tá bom.... Em relação a outras realidades, com certeza....aqui tá ótimo..Tem lugar que tá pior (Marcela, 30 anos).

Se for comparar com as outras cidades, principalmente Diamantina aqui ainda tá bom demais... aqui né. Eu fiquei vendo lá, no P.A, por exemplo, em Diamantina, tinha gente lá que tava lá o dia inteiro e não tinha sido atendido ainda. E no P.A. E eu cheguei lá, a médica já olhou pai, já fez a tomografia, que isso não é normal de acontecer em Diamantina que até a enfermeira ficou assim...porque no domingo anterior ela tinha levado um senhor daqui e o moço teve que ficar lá de observação, pra fazer a tomografia no outro dia. E...no meu caso, eu fiz no mesmo dia, né...Pai foi, eu fui chegando com pai, porque o médico já tinha ligado pra lá, já chegou lá já achou o pedido da tomografia, já fomos lá no Diamante Imagem, fez, voltou...só o meu que demorou, mas comigo foi assim (Juliana, 49 anos).

Através dos relatos é possível perceber que os meios de comunicação ou ainda a ‘desinformação’, parte para a construção de uma imagem distorcida e preconceituosa do SUS e, mais do que isso, vai de encontro à lógica pela defesa do setor privado de saúde, o que é um ‘des-serviço’ para a sociedade brasileira.

Neste sentido, Fleury apud Borges (2012, p. 59), corroboram:

Mesmo diante de tanto desserviço neoliberal, o SUS vem operando uma reforma

democrática do Estado, mesmo tendo enfrentado todas as pressões dos governos que adotaram um modelo de reforma pressupondo o esvaziamento da função estatal provedora. O SUS conseguiu não somente se manter, mas também servir de modelo para a reorganização de sistemas de gestão compartilhada em outras áreas (como na assistência social e na segurança pública).

Borges et al (2012, p. 18) complementam que para os neoliberais, “a grande vantagem do modelo dos seguros privados de saúde está na compra voluntária pela população, em contraposição ao peso dos impostos sobre a renda das pessoas gerada pelos sistemas públicos, diminuindo o desembolso direto pelos pacientes”.

Interessante também notar nas falas acima, a comparação estabelecida aos serviços públicos de saúde de outros municípios, como se ainda que não seja um serviço efetivo está melhor do que outras realidades, portanto, sem direito de reclamar.

No relato subsequente, foi observada a relação da representação social de saúde pública da seguinte forma:

Saúde pública? Uai... a saúde pública é mais para os pobre, né? Que não tem dinheiro pra pagar... Porque o rico pega um médico particular, né? Agora o pobre não. O pobre tem que ficar esperando... quando eles quiser, né....(Lucíola, 57 anos).

Mais uma vez, a premissa do discurso de que o setor privado é mais eficiente do que o setor público é no mínimo equivocada, haja vista estarmos olhando cenários completamente diferentes.

Ressalta-se assim, que quando um o profissional da área jornalística que tem como função, não somente informar, mas de formar a opinião pública em relação ao sistema de saúde, a tendência é de comparação de um plano privado de saúde com o sistema público, o que acaba sendo esquecida a questão central: o plano privado só atende aqueles que têm capacidade de pagamento, diferente do plano público que tem de atender a todos.

Dessa maneira, acreditar na ideologia dominante que articula que os serviços de saúde têm de ser privatizado, “faz parte do menu neoliberal, presente nos processos privatizantes dos sistemas públicos de saúde, que são parte de redes de apoio social, principalmente nas sociaisdemocracias” (BORGES et al, 2012, p. 99).

Portanto, o direito à saúde é de responsabilidade de um Estado democrático e não deve depender do poder de consumo do mercado.

Na contramão deste debate é possível presenciar que essa desvalorização do SUS também parte do profissional de saúde,

Eu vejo que saúde pública está sendo muito complicado de organizar, né... Mas é

uma coisa que eu acho que ainda tem jeito, mas eu acho que tem de ter um trabalho maciço em equipe realmente, se não tiver um trabalho em equipe nada funciona porque não adianta a gente montar, igual hoje mesmo eu tô indo dá uma palestra, aí eu preciso das participantes e elas não chegaram, então...faltou o que? (Emília, 29 anos).

Tá complicado de falar de saúde pública. A gente tá vendo que tá tudo geral, né? Num tá tendo estrutura em modo geral. Tá faltando profissional na área da saúde, falta qualidade de serviço. Por quê? O governo hoje tá preocupando com número sistematizado. Você tem que lançar meta, lançar meta, tudo sistematizado e não tá preocupado com a qualidade do profissional, com a qualidade de vida das pessoas. Eles não estão preocupados com isso mais não. Eles querem número. Você manda lá um número que deu 100%, eles te mandam recurso. Agora se morreu, se deixou de morrer, se está sendo bem atendido ou não, ninguém quer saber (Gabriela, 28 anos).

No que tange aos grupos ofertados pelo PSF, os profissionais de saúde partem dos seguintes argumentos:

Eu acho que até então não é. A população ela tem um preconceito, sabe, Nós divulgamos com as agentes de saúde: “olha, vai ter um grupo na segunda-feira na unidade... “Ahh, mas grupo de que?” “Éhh, cuidando da mente”, o tema do grupo é, da palestra vai ser “Cuidar da mente é tão importante quanto cuidar do seu corpo”, né, do físico. Blz. Ninguém participa (Capitu, 32 anos).

Convergente a esses argumentos, pode-se explicitar que estamos longe de ser uma nação que tem na saúde um valor central, seja para usuários do serviço e ainda para os próprios profissionais de saúde.

Já a fala abaixo denota melhor apreço à coisa pública a partir do reconhecimento na fala da usuária de que pelo fato de ser um bem público deveria ser um serviço ofertado com melhor qualidade.

Ohhhh, eu acho.... a qualidade do serviço é assim....eu acho assim, pra ser uma coisa pública, não é uma coisa tão....é mais provisório, no sentido de....primeiro vamos falar no sentido de, de, da qualidade do material, etc. Né?... Não é a qualidade necessária. Porque... hummm.... É um produto igual assim, é uma coisa que as pessoas não tem condição... então eu acho que era pra fazer uma coisa mais bem feita... tipo assim... é...bem feita que eu falo, assim, é...a pessoa...é ...o material usado não é o material que deveria ser usado, embora, porque assim, é...deveria de ser uma coisa pra, pra população que não tem condição de ir num dentista particular, eu acho que poderia ser uma coisa mais (Rita, 37 anos).

Para corroborar tais argumentos, temos inúmeros aspectos do SUS enquanto política pública eficaz, reconhecidos internacionalmente, tais como o controle da AIDS, sendo que 97%²⁴ das pessoas no Brasil que têm diagnóstico de AIDS são acompanhadas e tratadas

²⁴ Brasil bate record de pessoas em tratamento contra o HIV e aids. *Em 2015, 81 mil pessoas começaram a tomar os antirretrovirais, um aumento de 13% em relação a 2014. Com aumento da adesão aos medicamentos, país já atinge meta de supressão viral.* O Brasil registrou, em 2015, recorde no número de pessoas em tratamento de

por esse sistema de saúde.

Malta e Barros explicitam que: “apesar de suas imperfeições, o programa brasileiro de prevenção/combate à Aids e acesso universal ao tratamento anti-retroviral tem sido citado como um modelo para outros países em desenvolvimento” (MALTA e BASTOS, 2008, p. 1076).

Ressalta-se ainda que a segunda grande ação que o Brasil desenvolve e é reconhecida mundialmente está relacionada ao programa de vacinações. Atualmente, o Brasil é o país que tem a maior e melhor cobertura pública e gratuita de vacinas²⁵ no mundo, se destacando de países como os Estados Unidos, Canadá e países europeus.

O Ministério da Saúde (2010) definiu o percentual de crianças que se tem que atingir como meta. E isso nos garantiu que não tenhamos casos de paralisia infantil nos últimos 15 anos.

O Portal ANVISA também nos esclarece, na área da vigilância sanitária, que o Brasil é referência mundial, atualmente, no que diz respeito ao controle de produção, distribuição no sentido do deslocamento e nos pontos de venda dos medicamentos (BRASIL, 2010).

Portanto, todos pontos que contradizem à lógica de ineficácia/ineficiência no que tange ao público o que implica que noticiar que o SUS não vai bem é notícia do ponto de vista da lógica midiática.

E, de fato, há uma série de reportagens que mostram o SUS deficiente, mas as críticas da imprensa têm um papel fiscalizador que podem servir para fortalecer o sistema único de saúde. E os profissionais de saúde, sobretudo, os defensores do SUS, necessitam se apropriar desse espaço, de uma maneira mais eficaz, pois são poucos os veículos de comunicação que conseguem fazer uma reflexão ampla sobre a saúde pública do país.

O trecho da entrevista a seguir ilustra a percepção do serviço público como um elemento fundamental que abarca o SUS e deve ser entendido enquanto um sistema altamente

HIV e aids: 81 mil brasileiros começaram a se tratar no ano passado, um aumento de 13% em relação a 2014, quando 72 mil pessoas aderiram aos medicamentos. De 2009 a 2015, o número de pessoas em tratamento no Sistema Único de Saúde aumentou 97%, passando de 231 mil para 455 mil pessoas. Isso significa que, em seis anos, o país praticamente dobrou o número de brasileiros que fazem uso de antirretrovirais. (Data de Cadastro: 28/01/2016 as 12:01:50 alterado em 28/01/2016 as 16:01:12). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21907-brasil-bate-recorde-de-pessoas-em-tratamento-contr-o-hiv-e-aids>. Acesso em 01 de abr. de 2017.

²⁵ Brasil é referência mundial na fabricação de vacinas. Com tecnologia pioneira na produção de vacinas, o Brasil é destaque mundial na fabricação de substâncias imunobiológicas, que abastecem o sistema público de saúde e são exportadas para mais de 70 países. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/brasil-e-referencia-mundial-na-fabricacao-vacinas>. Acesso em 01 de abr. de 2017.

complexo que envolve a prestação de serviços médico, hospitalar, odontológico, medicamentos, além disso, a vigilância epidemiológica, sanitária, a vigilância do trabalhador.

O serviço público de saúde é a melhor forma de aprendizado. Quando a gente fica dentro de consultório, o aprendizado é muito limitado... A saúde pública, ela tem uma teoria muito ampla e se todos os profissionais entendessem de saúde pública, não levasse como se fosse algo menor do que uma saúde particular, do que você ficar dentro do consultório ela funcionaria muito bem. Mas a maioria das pessoas tem um preconceito com saúde pública porque não segue nenhuma das orientações que vem do Ministério da Saúde (Escobar, 28 anos).

Por outro lado, como ilustra o trecho abaixo, o entrevistado utiliza do argumento da desqualificação do público como um fenômeno unilateral,

Eu acho que é questão só de formação mesmo, se a pessoa buscasse o entendimento, saber que na saúde básica, por exemplo, na saúde primária dá pra resolver 80% das ocorrências de saúde, eu acho que funcionaria melhor. Todas as políticas, todas as medidas políticas que vem do Ministério da Saúde, elas são muito bem estruturadas em questão de estudo. Então, por exemplo, o SUS é uma das, teoricamente, uma das formas de saúde, um dos planos de saúde que melhor funcionam e na teoria é maravilhosa. Às vezes, tem alguma dificuldade de ser implantado na prática por causa de falta de conhecimento técnico mesmo da equipe. Mas não interessam em fazer o que é correto. Preocupam em ganhar seu dinheiro, ir pra casa e ficar de boa. Mas se as coisas, cada um se esforçasse um pouquinho mais para entender e implementar cada política, eu acho que... (Escobar, 28 anos).

A partir dessa fala podemos vislumbrar, de maneira geral, essa dificuldade no quesito da formação, especialmente na figura do médico, enquanto profissional inserido na atenção básica, que tem, tradicionalmente em sua formação, um olhar mais fragmentado, mais especialista, menos ligado ao sistema único de saúde, o que torna-se um desafio fazer com que este profissional entenda esse olhar da promoção e, para além disso, entender que ele tem esses parceiros comunitários para trabalhar.

E isso se dá tanto no âmbito da formação da graduação como também os trabalhadores que já estão no processo de desenvolvimento da educação permanente. Dentre eles, pode-se citar os trabalhadores e profissionais que vem de uma graduação ainda mais fechada da lógica do modelo conservador, tradicional, médico-centrário. Isso se mostra como mais um desafio posto para que todos os profissionais articulem diferentes políticas e estratégias a fim de potencializar a estratégia de saúde da família e, efetivamente, consigam contribuir para a operacionalização de uma prática promotora de saúde.

Oh, eu acho que saúde pública tem os pontos ótimos de saúde pública, claro que tem, né, mas poderia tá melhor porque desde quando eu fiz o curso de saúde pública,

na teoria o que a gente vê era pra ser maravilhoso saúde pública, né, porque aquelas diretrizes do SUS que abrange muita coisa, então eu acho o SUS um sistema muito bonito no papel, né. É lógico que tem muita resolutividade, mas deixa muito a desejar (Luísa, 37 anos).

Portanto, é necessário superar o modelo biomédico assistencial que ainda persiste na categoria médica, mas podemos dizer que também penetra na formação dos demais profissionais de saúde.

Todavia, é importante levarmos em consideração que, primeiramente, a saúde não está somente naqueles lugares clássicos do consultório, mas também na escola, em espaços de microgovernança. Essas questões devem estar na agenda de reflexão política. E como resultado dessa falta de assertividade, vivemos num contexto tendencioso de privatização do sistema de saúde.

O estigma ao que tange ao público reforça as estruturas neoliberais e conhecer, compreender e valorizar as políticas públicas de nosso país é condição essencial para o exercício de nossa cidadania plena. Para isso, devemos ter a clareza de que as políticas públicas brasileiras sofrem consequências perversas do modelo de desenvolvimento e do processo de organização.

A expressão “direito à saúde” garantida pela Constituição de 1988 foi individualizada pela mídia, colocando o SUS numa situação desconfortável diante da opinião pública. O Brasil não tomou para si o cuidado com o SUS, que participa no imaginário popular como um programa assistencial residual, ou seja, para os menos afortunados. Isso justifica, no âmbito político, o projeto mercantilista para a saúde, em contraposição ao projeto do movimento sanitário. Políticos, financiados pelo grande capital da saúde, subjagam o SUS ao clientelismo e ao patrimonialismo, presentes ainda na política brasileira. Esses fazem lobby para o mercado, apoiam a privatização das unidades públicas e não apoiam políticas que fortalecem o financiamento do SUS (BORGES et al, 2012, p. 62).

Assim sendo, não é porque o SUS não funciona. O que ocorre é que não tínhamos na história do Brasil a disponibilidade de hospitais que fossem público, a exceção dos hospitais universitários, que eram os hospitais considerados públicos dispostos nas redes de saúde, mas, basicamente, a rede de hospitais era privatizada, como retratado em capítulos anteriores.

E, nesta lógica, o SUS, já em sua concepção, necessita comprar serviço do setor privado, pelo fato de não ter uma rede própria de hospitais a fim de garantir o princípio constitucional do acesso universal da população brasileira aos serviços de saúde. E mesmo enfrentando dificuldades e recebendo menos recursos do que necessita, para atender e prestar assistência a toda a população brasileira, muitos hospitais e unidades de prestação de serviços

de saúde, credenciados ao SUS, são referências a nível nacional e internacional no tratamento de diversas doenças.

É interessante ainda pontuar a fala dos entrevistados no que tange a dicotomia entre teoria/prática.

Para Gramsci (1979), o papel do filósofo deve ser pensar, explicitar e discutir a união entre a teoria e a prática. Ou seja, a íntima ligação que há entre nossas atividades subjetivas, dentre elas, a reflexão; e as nossas ações objetivas, seja no trabalho ou em nossas atividades políticas e sociais.

Gramsci insiste, com muita propriedade, em dizer que todos os homens são filósofos. Com isso, ele não quer dizer que todos os homens sejam especialistas em filosofia, mas que todas as nossas ações, desde as mais simples às mais complexas, são ações atravessadas por uma significação propriamente reflexiva, teórica. De tal modo, o esforço esteve em mostrar que não há dicotomia entre o pensamento puramente teórico, subjetivo de uma prática concreta, objetiva. Por isso, Gramsci fala em práxis, ou seja, a prática informada pelo conhecimento, pela reflexão (GRAMSCI, 1979).

Neste sentido, o filósofo designa a prática humana como práxis, justamente por ser uma prática que é pensada, refletida, contraditória a uma prática mecânica, instintiva, mas um agir que ocorre exatamente em função de um significado, um sentido teoricamente produzido, e isto se deve ao fato de ser produzido pelo exercício da nossa subjetividade.

6.6 Imaginário da interferência política na saúde

Quando falamos sobre o imaginário da interferência política na saúde, poderíamos evocá-lo, em geral, por uma miríade de imagens negativas a ponto de que, conforme nos expõe Vommaro e Combes (2016), o discurso político e midiático seja convertido num dos principais males da democracia moderna.

Deste modo, é interessante observar a simbologia implícita na fala dos profissionais entrevistados ao serem questionados acerca da interferência política nas questões relacionadas à saúde pública.

Hoje não há tanto quanto no passado. Eu já vivi momentos que interferia muito mais... Eu já vi casos em gestão anteriores que era facilitado para alguém algum serviço de saúde que pra outros não era. Eu vivenciei isso (Riobaldo, 38 anos).

Ah, eu acho que a questão política interfere pra população e pros profissionais. Porque aqui, como eu te falei, todo mundo conhece todo mundo, então as pessoas

levam muito a questão política pro lado pessoal, sabe? Já vi muito isso aqui. “Ahh, eu não vou conseguir carro pra minha consulta porque eu fui contra, então eu nem vou lá procurar” (Luísa, 37 anos).

Am ham, tipo assim. Tudo envolve muita política, né? Então... “ahh, é culpa do prefeito e tal, e às vezes não é... porque todo prefeito que entrar, ele vai ter de passar por aquele processo, né? Tem uma licitação, tem toda uma burocracia, não é assim. As pessoas não entendem. É culpa do prefeito. Eles estão batendo na porta do prefeito e pedindo remédio pra você ter ideia. Então tudo pra eles vêm da política. Eles não entendem. Por que as pessoas vivem política. (Iracema, 18 anos).

Lugar pequeno, infelizmente, é assim. Lugar pequeno tudo é regido por política. Então, assim, é quem é contra e quem é a favor. Aí se, por exemplo, você faz um processo seletivo, todo mundo vai achar que é panelinha. Porque o lugar é pequeno e vai passar quem quer. E a gente sabe que nem sempre é assim. Realmente o Brasil vive uma... é muito difícil trabalhar com a cabeça da população. Qualquer mudança com funcionário, se eu pego daqui e vou mudar, vou então te jogar pra lá, “ahh, me tirou de lá porque eu fui contra”. O discurso é sempre o mesmo, de que a política que rege as decisões. Então nem sempre é porque você quer o bem. Então se com o próprio funcionário, dentro do ambiente, você tenta melhorar a assistência, e aí, às vezes você acha que um tem mais perfil daquilo, você vai tentar mudar, você vai fazer a gestão ali dentro da unidade de acordo com o que você tá vendo, e, às vezes, o pensamento do próprio profissional da saúde é esse... “ahh, foi política!” imagina a população, que, às vezes, é mais leiga, que às vezes é mais voltada realmente para costumes. Então é muito complicado você mudar a cabeça do povo. Eu acho que a principal dificuldade é essa questão, né, de entender o que é prioritário e o que não é, de achar que direito, eles acham que como o direito de saúde é pra todo mundo. Não. O Estado ele tem dever... (Capitu, 32 anos).

Neste sentido, tem-se ainda a fala de um usuário dos serviços de saúde:

A política interfere demais... noooooossa, e como interfere. O carro da saúde, tem hora que precisa de carro, o carro, os motorista está tudo nas casa dele com o carro. Então uma vez que eu acho que a coisa é da saúde, eles que ir almoçar, eles quer ir na casa deles tomar um café, leva o próprio veículo deles, ué... (Rita, 37 anos).

É possível perceber nos discursos acima a explicitação da ‘questão política’ como fator que causa interferência na garantia do direito à saúde.

Não obstante, tendo como pressuposto de que a política não deve ser compreendida em sentido tão adstrito, haja vista que, conforme nos preceitua Hannah Arendt (2006), esta é uma necessidade imperiosa para a vida humana e, na verdade, tanto para a vida do indivíduo como da sociedade, apreender sua concepção não se baseia na distinção entre governantes e governados e nem pode ser considerada mera violência, mas, sim, ação em comum acordo, ação em conjunto, sendo reflexo da condição plural do homem e fim em si mesma (ARENDRT, 2006).

Portanto, na medida em que é apreendida essa concepção, nota-se que as falas dos profissionais se tornam incongruentes, sendo o termo ‘politicagem’ melhor empregado para a

continuidade nas análises da categoria proposta. E neste sentido, Montarroyos (2012) ontologicamente define este termo da seguinte forma:

[...] um desvio ético do poder, configurado a partir do interesse de um ou mais indivíduos politiqueros, que se auto-organizam com a intenção de obter vantagens privativas do poder público, provocando por causa desse comportamento inúmeras externalidades negativas para a sociedade como um todo - através da injustiça, desordem, instabilidade, violência e descrédito, entre outras modalidades antidemocráticas e desumanas, que prejudicam a confiabilidade do cidadão nas instituições públicas responsáveis pela defesa dos interesses de sua própria comunidade (MONTARROYOS, 2012 p. 48).

Já o politiquero, ou aquele que realiza tais condutas, o autor o conceitua como:

[...] um animal paradoxal. Apresenta versatilidade ontológica para combinar vícios e virtudes simultaneamente no poder com a única intenção de garantir o seu interesse pessoal ou de quem esteja representando. A versatilidade moral é um atributo necessário para o politiquero sobreviver no espaço fiscalizador e competitivo da comunidade política. Também o politiquero é uma criatura antipolítica, exatamente nos termos como sugere o raciocínio de Aristóteles quando ele descrever o processo de instalação da tirania, da demagogia e da oligarquia, que negam efetivamente “as ações belas e justas” do poder (MONTARROYOS, 2012 p. 49).

Neste viés, é possível agregar o pensamento de Charaudeau, que parte do propósito do discurso político e a tudo o que toca à organização da vida em sociedade e ao governo da coisa pública:

Ora, viu-se quando da descrição do dispositivo, que o que define o contrato do discurso político é a partilha entre a instância política e a instância cidadã de um mesmo ideal de sociedade: a primeira o propõe; a segunda o reivindica. O objeto de busca da ação política é um “bem soberano” que une essas duas instâncias em um pacto de reconhecimento de um “ideal social” que é preciso querer atingir e para cuja obtenção é preciso dar-se os meios. A tarefa do discurso político é, portanto, determinar, de acordo com seu propósito, esse ideal dos fins como busca universal das sociedades (CHARAUDEAU, 2013, p. 189).

Para o autor, isso implica dizer que o discurso político pretende ser, em seu propósito, “um discurso de verdade, que diz qual é o sistema de valores em nome do qual se deve estabelecer o elo social que une essa diversidade” (CHARAUDEAU, 2013, p. 190).

Essa situação fica bastante clara ao observar os diferentes relatos que evocam a representação do político no município.

O prefeito da cidade, que também tem a responsabilidade pela saúde porque ele que manda aqui na cidade, né não? Então traz médico, profissional assim pra dentro da cidade, é o prefeito. É o prefeito que tem de buscar no Estado pra dentro aqui, oh...É igualzinho no Rio Preto, a comunidade aqui ...é o prefeito que manda, né? Que é ele que manda aqui na cidade, ué...quando a gente precisa dele a gente não vai é

procurar assim? Então a gente procura é ...como na assistente social...aqui na prefeitura...tudo passa a partir do prefeito...ele que tá mandando...num é ele que fala um montão de proposta, um montão de coisa pra nós? Fala que “vô fazê isso, que vô fazê aquilo”... (Ana, 25 anos).

Ah, eu acho que sem prefeito não tem saúde, né? Que sem prefeito... ter até tem, mas só que nem, igual quando num tem remédio todo mundo fica só em cima dele... Ah, o prefeito, quem controla mesmo é mais é o prefeito, né? (Macabéa, 58 anos).

Uai...eu acho que é o...o prefeito, sei lá...do município, o responsável pelo município, tinha lá que olhar mais isso, né? E não deixar faltar...porque tem muita gente que precisa e não tem como comprar. Ele que tem que olhar isso, né não? E correr atrás das verbas no Distrito Federal, lá... com o governador....eu não sei quem te que olhar por isso, mas eu acho que ele tinha que ficar...e não esperar acabar...espera acabar pra depois ir atrás. Não. Tem que ser evitado, cobrando pra não faltar (Juliana, 49 anos).

Então...uma outra coisa que eu vi, que aconteceu, que foi só uma coisa que aconteceu por interesse do prefeito, que não foi pra beneficiar a população. Foi a questão da...de fazer prótese removíveis para a população, aquelas dentaduras. Nossa, aquilo eu acho que foi só pra jogar dinheiro fora e pro prefeito comprar voto. Só aquilo. Porque o que tava acontecendo? Oh, o paciente chegava lá, então ele não tinha tratamento de dente porque ele queria extrair os dentes. Aí o dentista extraía todos os dentes do paciente, tanto que a diretoria regional mandou, exigiu que ela não queria mais que a gente fizesse extração porque a extração de dente tava um índice altíssimo e isso prejudica o município porque se tá tendo muita extração é sinal que não tá tendo tratamento curativo, muito menos prevenção, não é isso? Então o que tava acontecendo era isso. Rio Preto em massa tava extraindo dente. Aí colocava as dentaduras. Muito paciente não se adaptou com as dentaduras. Tava tendo situação de que as próprias auxiliares de saúde entregavam a dentadura pros pacientes. Exatamente. Porque às vezes a dentista não tava, a dentista tava viajando, então ela deixava as dentaduras separadinhas no armário e dizia “essa aqui você entrega pra fulano de tal que vai vim buscar”. Não tinha manutenção, não tinha ajuste dessas dentaduras. Se o paciente recebia a dentadura e ficava com ela machucando, ele ia ficar com ela machucando porque não tinha ninguém pra dar ajuste. Então o quê que aconteceu? Foi... eu acho que isso foi uma coisa que o prefeito acho que ia beneficiar só ele. Virou uma questão política e o prefeito também que achou que achou que ia ganhar o voto com essas dentaduras, não ganhou. (Luísa, 37 anos).

Quando questionada sobre a perseguição política aos profissionais de saúde, a mesma explicita:

Os profissionais de saúde, eu tenho experiência própria que teve uma administração que eu fui contra e eu fui totalmente perseguida pelo prefeito. Nóoo eu fui perseguida demais, eu fui colocada assim, de escanteio, sabe? Isso deixa a gente muito pra baixo (Luísa, 37 anos).

Já outra profissional de saúde, quando questionada sobre o entendimento do público sobre essas ‘questões políticas, a mesma argumenta:

Não entende. Isso. E acha que é política “ahh porque eu fui contra”. Entendeu? Então, assim, “ahh, não tá cedendo pra mim porque eu fui contra” E o outro: “ahh, mas no mandado de fulano, eles cediam a ambulância. Por que agora não pode?” Então, tudo que é mudança...você quer entrar com a mudança, eles acham que, a população em geral, acha que é política...eles falam assim”ahh, entrou já uma

política diferente, eles já querem mudar tudo” (Capitu, 32 anos).

A entrevistada ainda exemplifica o município enquanto modelo de saúde pública:

Aqui tem tudo, não é pra falar que você não tem estrutura. Você tem uma estrutura completa. A gente tem laboratório aqui dentro. Que município que tem isso, sabe? Não é modelo porque a população não colabora. Eu acho. Pra mim. Porque a população não colabora. Não é nem a gestão, por que é caso de gestão? Porque a gestão também anda junto com o pensamento da população. “Ahh porque fulano fornecia isso, se eu não fornecer vai falar porque é contra” Aí acaba ...”então vamo todo mundo fazer”. E vai levando, entendeu? E aí vai empurrando. Por mais que falamos que nós temos que resolver essa situação, nós vamos resolver, vai enrolando, sabe? Você vê que vai passando dois meses, três meses, seis meses e aí já fica difícil pra você falar não, porque você como profissional novo, chegando no município tenta mudar e já corta de cara fala “não, não vou mandar carro”. Eles vão na secretaria e eles vão na secretaria e não resolve, eles vão no gabinete do prefeito. Então, assim, tudo vira um caso de política no final das contas. Então é muito difícil da gente trabalhar com o povo (Capitu, 32 anos).

Assim sendo, é possível conjecturar que as representações da interferência política na saúde dizem respeito a uma concepção negativa, deturpada do conceito de cidadania, expressos constitucionalmente, desprezando ainda uma postura ética no meio político que pode ainda ser evidenciada na fala de uma usuária ao fazer menção a atitudes clientelistas por parte da administração pública.

Nossa.... em tudo....em emprego, em tudo que ocê pensar. Sabe? Igual tem casa que tem....falando de emprego, tem casa que ta a família toda na prefeitura, todo mundo trabalhando, sabe? E tem casa que tem 6, 5 e tem casa aqui que já ta todo mundo adulto e ta todo mundo dentro da prefeitura. Tem casa aqui que tá pai, mãe e filhos trabalhando dentro da prefeitura e tem casa que tem 6, 4, 5 crianças que não tem um salário. Sabe? Então, isso daí é um caso.... isso não é crítico? (Rita, 37 anos).

Tudo isso denota a longa trajetória que as políticas públicas no Brasil ainda necessitam percorrer, pois na tradição do nosso país, ainda vemos resquícios de um lado paternalista ou ainda, certo lado autoritário e com isso é necessário que a população se sinta enquanto parte do processo. É necessário que estes, empoderadamente, entendam o que é saúde, e para isso é necessária uma iniciativa a partir da qual possam se movimentar, mas também se sintam parte do processo decisório.

6.7 Imaginário da participação popular

A Constituição do Brasil diz que todo poder emana do povo, que pode exercer a soberania por meio do voto direto e secreto, mas, além do exercício do voto, para escolher os

representantes, os cidadãos também podem participar de forma direta das decisões políticas em todos os âmbitos federados.

O conceito de participação popular no âmbito do SUS está atrelado ao entendimento que temos do exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados, seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde (ROLIM, et al, 2013).

Neste sentido, é possível notar este ideário de participação popular, a partir da seguinte fala de um profissional de saúde:

Como você fala com o conselho municipal se não tem nenhum representante aqui, efetivo, aqui na saúde? Pelo menos assim... aqui a gente não vê essa discussão de conselho municipal. Então eu acho que aqui, no sistema hoje, na assistência e não tem ninguém envolvido com o conselho. Eu acho que o enfermeiro, principalmente né, que é um dos que tem mais contato com a população, tinha que está inserido no conselho. Então, assim, pelo que eu ouvi falar também, que eu ainda não vi, como estava desativado, eu não participei de nenhuma reunião ainda, mas não fui convidada, nem foi divulgado amplamente para que a população soubesse... então eu acho assim, nem um é atuante, nem municipal, nem *de saúde*, nem *de educação* e nem *de assistência* (Capitu, 32 anos).

Ressalta-se, através da fala da entrevistada, a relevância que têm os conselhos de maneira geral, especificamente os conselhos de saúde que abrangem poder de decisão, propõe estratégias de ação, inclusive fiscalizam a aplicação dos recursos. Nada na saúde pública pode ser feito sem a aprovação do conselho, onde o cidadão tem ou pelo menos deveria ter lugar garantido. Isso implica dizer que, quanto maior a participação da população, maior será a eficiência do SUS. Neste sentido, a entrevistada evidencia:

Ela precisa ser, justamente, esclarecida disso. E é por isso que eu estou te falando que é importante as conferências, porque nessas conferências é que vamos expor isso. Aí basta saber: será que a população quer saber disso? Será que ela quer mudar? O problema é esse. São anos e anos de vício no errado que, às vezes, quando você quer fazer o certo, a população enxerga como coisa ruim, não enxerga como coisa boa. Ela não entende que se eu entrar num grupo de fisioterapia e eu fazer uma atividade, que eu vou aprender, eu vou fazer um exercício que eu vou aprender a fazer sozinho, que eu vou fazer lá em casa, isso vai me adiantar, por exemplo, saúde, né, eu vou melhorar minha saúde, eu vou economizar o meu tempo porque eu não vou precisar sair de casa para ir numa clínica de fisioterapia. Eu posso fazer em casa. Eu vou reunir é uma ou duas vezes na semana com o grupo inteiro para receber informações. Ela não quer. Ela quer o profissional só pra ela e o atendimento. Você entendeu? E isso agarra tanto o profissional que ele não consegue fazer a função dele que é integrar a equipe, é tá indo numa equipe, vindo em outra pra que quem tá no domicílio e não tem condições de vim, de participar dos grupos, que eu possa estar fazendo esse atendimento. Então vamos integrar os grupos, vamos fazer grupos com uma equipe multiprofissional, com a nutricionista, com o fisioterapeuta. Vamos juntar todo mundo, vamos juntar a equipe para dar várias informações ao mesmo

tempo... Eles não entendem isso como bom (Capitu, 32 anos).

Todavia, essa responsabilização do usuário pelo desconhecimento desse mecanismo de participação popular recai numa postura excludente do mesmo. Com isso, percebe-se que, os profissionais apresentam dificuldade na compreensão dos fatores subjacentes a essa falta de participação que, por outro lado, deveria ser proposto, estimulado e garantido pelos dirigentes da saúde.

Essa visão coaduna com o ponto de vista liberal, e pensar o exercício da participação popular requer compreensão ampla do histórico dos movimentos sociais organizados no Brasil apreendendo toda a sua contradição. Esse tipo de pensamento de responsabilização do usuário pode também ser percebido na fala de outra profissional, que assim explicita:

Oh, eu acho que a equipe se esforça. É lógico que não dá pra ser 100% perfeito, mas eu acho que a equipe se esforça, eu acho que falta muito também nos pacientes, entendeu? Tá certo que quem vai procurar uma unidade de saúde, muitos pacientes, é porque tá precisando de procurar e já chega lá fragilizado, sabe? Mas muitos pacientes deixam a desejar também na parte deles. Acha que o profissional de saúde é que tem que dar conta de tudo. Igual, por exemplo, eu sou fã da prevenção. Eu acho a prevenção fantástica porque a gente vê que resolve, que a prevenção são procedimentos simpléssimos, muito simples, mas a prevenção depende muito de paciente. Mas eu acho que muitos pacientes vê a prevenção como uma coisa muito simples e que não vai ter resolutividade. Então eles deixam isso que meio de lado, sabe? O que eu vejo é que os pacientes, aqui é uma cidade pequena, todo mundo conhece todo mundo. Então o que eu vejo aqui é que muitos pacientes eles estão mal acostumados com o sistema, com o atendimento. Por que eu fico vendo, por exemplo, tem paciente que vai no hospital, na unidade de saúde todo dia pela mesma coisa, às vezes umas coisinhas, mas às vezes é aquele paciente que tá precisando muito é de conversar também, sabe? Eu como dentista, eu atendo isso no consultório. Tem paciente que vai até meu consultório só pra conversar, inclusive até no meu consultório particular. Ele tem essa assistência. Essa assistência do acolhimento, da conversa (Luísa, 37 anos).

Vale esclarecer que quando a entrevistada remete ao termo ‘prevenção’, o termo está intrinsecamente relacionado à atenção primária em saúde como primeiro nível de atenção e assistência à população que, conforme Giovanella e Mendonça (2008, p. 575), “refere-se a um conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde”. É, então, um termo caracterizada pelos centros de saúde, sendo eles os responsáveis sanitários pelo território e por uma população específica.

Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter

competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STALFIELD apud GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 583).

A atenção primária tem por missão realizar a promoção da saúde, prevenir o adoecimento, fazer vigilância da situação de saúde dessas pessoas, realizar tratamentos, reabilitação e, quando não o for possível nesse nível de assistência, a APS tem por missão remeter e acompanhar o usuário desse serviço para outros níveis de atenção, conhecidas como ‘atenção especializada’, atenção terciária, que, por sua vez, são os centros de urgências, como os hospitais. Logo, a atenção primária coordena todo o processo de movimentação do usuário dentro da rede de saúde.

Já quando a entrevistada remete ao termo *assistência do acolhimento, da conversa* é importante também esclarecer o desafio dessa escuta a todos os profissionais de saúde. Contudo, torna-se mister ao profissional exercitar a escuta para além do que é dito na queixa primeira apresentada pelo usuário e, a partir daí, o diálogo com outro conceito fundamental na atenção básica: o vínculo, ou seja, a relação entre o profissional, o usuário, a comunidade.

Essa é uma competência que necessita ser desenvolvida pelos profissionais da saúde, que vai para a escuta além da queixa e, por conseguinte, para a tomada de decisões, além da conduta, e que, portanto, necessita que seja desenvolvida de forma colaborativa.

Todavia, o termo ‘desinteressado’ é repetido pela profissional que acredita que o usuário dispõe de todo conhecimento referente às diretrizes do SUS ou ainda da dinâmica de funcionamento do serviço, e, logo podemos evidenciar essa culpabilização.

Eu acho que os usuários são meio que desinteressados e é o que tô te falando. No consultório odontológico, por exemplo, eu pego pacientes cheio de cáries, mas se ele não sentir dor de dente ele não procura o consultório, ele não procura o profissional de saúde. Então isso... pra ele fazer uma escovação, eu vejo que ele chega lá no consultório com a higienização totalmente a desejar. Se ele precisar de fazer uma restauração, ele só vai procurar esse serviço depois que ele já tá sentindo dor. Muito paciente... a restauração já não é nem prevenção mais, né, já é curativo mesmo. Mas muito paciente não vai no consultório nem pra fazer uma revisão. A gente pede: aparece de 6 em 6 meses, faz uma limpeza pra você manter esses dentes no estado que são porque depois quando você tiver que fazer um tratamento é mais dispendioso, não vão (Luísa, 37 anos).

É corriqueiro que muitos profissionais de saúde partam do entendimento de que a saúde está vinculada estritamente à ideia da ida a um posto, a uma unidade básica, a um atendimento médico, em geral. Por outro lado, temos alguns argumentos por parte dos usuários que retratam a dificuldade, por exemplo, no atendimento odontológico:

Minha irmã tem de sair....bemmm cedo, porque aí ela já dorme lá na rua, aí ela acorda bem cedo e já tira a ficha pra mim (Marcela, 30 anos).

Tipo assim,... é muito difícil. Igual... já aconteceu deu chegar com o menino que soltou a abturação e falar,.... olha se não é verdade, trata na verdade, mas depois fala com cê assim , isso né emergência não, emergência é quando quebra, quando enfia pra dentro, sabe? (Rita, 37 anos).

Já no que tange a participação da população nos grupos ofertados pela ESF, temos os seguintes argumentos:

Alguns sim. Mas, por exemplo, não tem muito interesse, sabe? É difícil, porque quando você quer fazer também e acaba não tendo um público para poder corresponder, aí você vai desestimulando ao longo do período. Então... assim....às vezes nem sempre é culpa dos profissionais de não fazer. Às vezes foi feito, foi tentado. Por exemplo, eu vejo grupos, por exemplo, de puericultura, né? Que é feito com tanto carinho, vai lá, coloca coraçãozinho, bunitinho na sala, tudo, organiza tudo, e daí vem duas mães, sabe... Geralmente os grupos mais preconizados, é grupo de saúde da criança, então esse grupo de puericultura. É... grupos de gestante. Grupos de hipertensos e diabéticos, né, que é o hiperdia. Então esses grupos de hipertensos e diabéticos, que geralmente são também idosos, é o grupo que a gente tem mais público. Então eu acho que é um público que se interessa mais, justamente por ser um momento assim, de interação social também, entendeu? O idoso ele acaba ficando mais sozinho, então ele aproveita esses momentos de grupo pra reunir... a gente vê o grupo da terceira idade, né? Como que ele é efetivo e ele foi um dos grupos que se firmou no município, que já vem de anos e anos, mas porque a maioria são pessoas idosas, então são pessoas que se encontram...lógico, né... a finalidade é a saúde, mas principalmente, pra poder descontrair, divertir, rir, conversar, né, então é, os grupos mais efetivos são esses mesmos (Capitu, 32 anos).

Infelizmente você só ouve assim, a reclamação do serviço porque a população está tão mal acostumada que ela quer o atendimento imediato. Ela não consegue enxergar a longo prazo. Então a gente não consegue....eu acho que o principal problema aqui é em questão de assistência. A gente não consegue fazer promoção e prevenção da saúde porque a população exige apenas reabilitação, que não é a nossa função. Porque reabilitar, por exemplo, a fisioterapia está ali, os meninos do Nasf, né, então, que eu falo, que é o André, Mayara e a psicóloga. Então o Nasf é pra apoiar as equipes de saúde da família. Então eles vêm no apoio, em grupo, em visita domiciliar, né, nessas consultas, é nessas discussões de caso. Então realmente pra ajudar, pra integrar a equipe. Eles estão lá, o Nasf chegou agora né, em 2017, eles chegaram com mais de 160 pessoas na fila de espera para fisioterapia. Por quê? Porque o povo não aceita entrar em grupo de fisioterapia. Eles querem sessão de fisioterapia. Só que sessão de fisioterapia é um atendimento secundário. É um serviço secundário. Não é um atendimento de saúde básica, de atenção básica (Luísa, 37 anos).

Através das representações dos entrevistados é possível evidenciar que as intervenções de saúde ainda tendem a ser verticalizadas, preocupadas somente com a mudança de um comportamento individual ou com o controle de doenças, práticas essas que são muito limitadas.

Nesta ótica, o que necessitaria fazer parte da agenda da saúde seriam exatamente ações voltadas para a redução de desigualdades sociais, da escolaridade, a melhoria da

infraestrutura sanitária. Questões estas, que poderíamos pensar estarem descoladas da agenda da saúde, mas não estão.

Através do olhar amplo para a promoção da saúde que levariam a uma maior participação popular, que traria impactos mais efetivos numa mudança de olhar sobre a saúde pública, e para, além disso, a qualidade de vida e de saúde do indivíduo.

Assim sendo, torna-se imperativa outra linguagem para falar com a população, de uma forma geral. Uma fala que traga o cotidiano das filas, do atendimento pouco humanizado, da falta de profissionais, da desqualificação também que se faz do saber popular, de pensar também a promoção da saúde valorizando outras práticas de saúde.

Tudo isso, leva à reflexão da necessidade de uma agenda a fim de mobilizar a sociedade em defesa do SUS.

Os conselhos atualmente necessitam ter essa tríplice dimensão: uma dimensão de competência técnica, pois os conselhos têm por função trabalhar, leis, normas, regimentos, compromisso político. No entanto, o que temos na nossa realidade, é que as formas que esses critérios, entendidos como imprescindíveis para a gestão democrática, se articulam numa realidade concreta, seja de um sistema municipal, seja da prática de um conselho, acontecem mediadas pelo conflito.

Assim, torna-se imprescindível a necessidade de se trabalhar um pouco essa corresponsabilidade do cidadão na busca do protagonismo para o enfrentamento dos problemas e a sinalização e reivindicação do seu espaço dentro da gestão pública. E isso no cenário de conferência das cidades se torna um dos movimentos muito fortes de escuta.

Destarte, é por meio do conceito de gestão democrática, que se faz o maior desafio de conseguir que toda a coletividade participe dos processos de decisão e de acompanhamento da organização do trabalho em saúde, reunindo funcionários, técnicos, gestores, usuários, de forma que estes estejam imbuídos dessa vontade de reunir essa comunidade a participar efetivamente desses processos decisórios.

É somente por esta via que teremos uma gestão democrática se efetivando na saúde. E, esta via só se efetiva pelo sentimento de empoderamento, por meio das representações nos conselhos e conferências de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao traçar o percurso histórico da saúde vislumbrou-se que podemos falar em Sistema de Saúde no Brasil somente a partir dos anos 1930, momento em que o país começou a estruturar o seu sistema de saúde em dois componentes fundamentais: o componente relacionado ao próprio Ministério da Saúde, haja vista que este não tinha sua configuração voltada às ações coletivas; e o componente assistencial que se desenvolve e depois ganha envergadura hegemônica através de suas atividades assistenciais, e ainda, através da previdência social.

Como visto, no período da Lei Elói Chaves até a Ditadura Militar, a saúde esteve pautada nas ações preventivas que eram feitas pelo estado, assim, questões como: saneamento, controle de endemias e vacinação eram feitas pelo estado e as ações assistenciais ficavam sob responsabilidade da previdência social.

No que tange a este ponto, geralmente, o trabalhador pagava uma contribuição para a previdência social, chamada de seguro social, e quando esse trabalhador ou alguém da família adoecesse, essa previdência social oferecia a assistência médica para esse trabalhador ou para alguém da sua família.

Portanto, as ações em saúde eram predominantemente individuais e curativas, ou seja, só eram ofertadas aos trabalhadores porque se dava mediante contribuição, o que denota que o conceito de saúde daquela época esteve pautado na ausência de doença.

Com isso, a lógica estatal era de que o trabalhador financiasse a sua própria assistência médica. Primeiramente, com as caixas de aposentadorias e pensões na década de 1920, depois na Era Vargas de 1930 a 1945, com os institutos de aposentadorias e pensões e, por último, no período da ditadura militar, através do INPS e do INAMPS, haja vista que só interessava ao estado aquele que produzia. Era, assim, considerado um sistema totalmente excludente, pois somente quem trabalhava, ou era assegurado da previdência social, tinha acesso aos serviços de assistência médica.

Paralelo a isso, surge na década de 1970 o movimento pela Reforma Sanitária, com ideias que levariam à criação de um Sistema Único de Saúde.

A Reforma Sanitária foi um movimento que começou a se instituir no Brasil a partir da evolução do conceito de saúde, partindo do entendimento de que existiam determinantes sociais no processo saúde-doença, ou seja, as populações mais pobres estavam mais expostas ao adoecimento devido ao fato de que não tinham acesso ao saneamento, à

moradia adequada, alimentação adequada, dentre outros, fazendo, consecutivamente, com que essas populações mais pobres ficassem mais expostas às doenças.

Foi um movimento que veio no intuito de modificar o panorama de saúde que estava sendo imposto, e deste modo, deve ser considerado como um grande marco que estruturou as suas ideias que levariam mais tarde à criação do SUS.

Contudo, tornou-se perceptível que, a criação efetiva do SUS só se deu a partir da Constituição Federal de 1988. Com isso, percebemos que o nosso texto constitucional, naquilo que trata da saúde, sofreu grandes influências do Movimento da Reforma Sanitária e também por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira conferência nacional de saúde que acontece no Brasil com a participação de pessoas que não eram representantes do governo.

Todo esse fenômeno constitucional do Sistema Único de Saúde brasileiro perpassou pelo processo de conquista civilizatória em sua totalidade. E ainda assim, a realidade brasileira, no que tange aos serviços de saúde, conta ainda com uma série de graves problemas.

Destarte, foi evidenciado que, desde sua origem o SUS é constituído através de um processo discriminatório da cidadania. E somente através da consolidação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 que obtivemos um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo sendo que, do mais simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, temos um sistema que apresenta entre suas diretrizes o acesso integral, universal e gratuito.

Todo cidadão brasileiro utiliza e se beneficia dos serviços de saúde pública ofertados pelo SUS, mesmo pessoas que fazem uso de planos privados utilizam vacinas, se beneficiam com a vigilância sanitária e epidemiológica, recebem, portanto, uma série de serviços pelos quais podem até não fazer ideia que está sendo custeado por este sistema de saúde.

Neste panorama, os municípios têm um papel preponderante. Por isso, é importante pontuar que dependem, sobremaneira, da integração com Estado e União a fim de desenvolverem efetivamente seu papel.

O SUS na região do Vale do Jequitinhonha, mais especificamente, em São Gonçalo do Rio Preto, como em qualquer outra região brasileira, passa necessariamente, pela responsabilidade dos governos em implementar políticas públicas eficazes nos vários segmentos, que atendam às necessidades da população e sejam coerentes com as características e com os recursos regionais, pois mesmo que seja um sistema garantido

constitucionalmente, encontra ainda grandes dificuldades em suas três esferas de governo em garantir os recursos suficientes para gerenciá-los adequadamente.

Todavia, através das representações sociais dos usuários e profissionais de saúde entrevistados no município, acerca do Sistema Único de Saúde, foi evidenciado que o neoliberalismo está optando pela mídia como seu verdadeiro aparelho ideológico. Isso pode ser percebido nos discursos que partiram tanto dos usuários quanto dos próprios profissionais de saúde, mostrando diferentes discursos acerca da saúde pública, tanto de forma positiva quanto negativa. Isso mostra como de fato estamos diante de imaginários e como eles dependem do discurso de cada um.

Destarte, a partir de todo o exposto, podemos refletir em que contexto estamos inseridos. A agenda de desenvolvimento faz com que as questões econômicas sejam superiores na condução das políticas do que a própria agenda da saúde.

A partir daí nos vem o sentimento de quem batalha cotidianamente pela saúde deve ter um posicionamento de resistência, pois a gestão da saúde se traduz cotidianamente como ato político, pois implica sempre uma tomada de posição dos atores sociais (profissionais de saúde, usuários, gestores). E nos dias de hoje, é imprescindível que tenhamos um gestor que conheça e atue de maneira mais articulada aos processos de saúde, aos conselhos.

No entanto, o que se pode perceber é que a gestão democrática não é ainda uma realidade total no nosso país ou, ainda, no âmbito regional.

Importante salientar que este é ainda um sistema precarizado no sentido de que não dispõe de uma atenção primária como uma estrutura mais fortificada. E neste quesito ainda há um longo caminho a ser percorrido para que isso seja tornar uma realidade. Logo, trona-se imprescindível que essa parte do sistema seja fortalecida, pois é a base do sistema de saúde.

Investir nos cuidados primários pode ser uma solução para se reduzir os custos de cuidados com a saúde no Brasil, ou melhor, do que isso, para melhorar o custo-efetividade. Ou seja, se cuida de mais pessoas, da melhor forma, com custos que talvez não sejam menores, mas que também não sejam maiores a fim de que se consiga fornecer serviços cada vez melhores com custos iguais ou menores.

Portanto, promover a saúde é saber que a saúde está anterior à doença em tudo. É dispor de um bom emprego, é não sofrer violência, é ter boas condições de moradia, acesso a transporte público de qualidade e tempo de condições de se cuidar.

Além disso, como podem ser observados nos imaginários sociodiscursivos, é

importante a não responsabilização apenas do indivíduo pela sua saúde, pois este é um processo que parte da defesa da co-responsabilização, do Estado, da sociedade e indivíduo. A busca desse objetivo finalístico é, assim, a promoção da qualidade de vida.

Promover a saúde deste indivíduo é um desafio e uma tensão a todos nós. E neste sentido, é inovador trazer essa tensão para o campo da saúde, pois o problema, um pouco tradicionalmente, da perspectiva médico-assistencial no campo da saúde, historicamente esteve relacionada ao isolamento do indivíduo do seu contexto social. Isso não traz um resultado muito sustentável, pois estaremos ‘descolando’ o indivíduo dessas condições organizacionais, institucionais, comunitárias que têm um profundo impacto na saúde.

Outra questão importante a ser considerada é o protagonismo do setor saúde em dar visibilidade para discussões que promovam o indivíduo, que estejam orientadas pelo princípio da autonomia, pela consideração do sujeito que está ali, a fim de evidenciar quem é este sujeito, os valores que ele abarca, o território a ele subjacente, suas práticas e modo de se relacionar com outros setores e até com o próprio setor da saúde.

Tudo isso leva, paradoxalmente, a não estarmos responsabilizando este indivíduo, pois estamos percebendo o contexto no qual ele está inserido, ao qual é promotor de saúde ou de doença, e sob esta ótica, esse indivíduo é um protagonista.

Protagonista, primeiramente, quando pensamos na promoção da saúde, e de sua inserção neste cenário, emergindo-o a um sujeito ativo, propositivo de sua saúde, por conseguinte, trata-se de um protagonista, sobretudo, devido ao fato de reconhecê-lo, na perspectiva da análise do discurso, a partir de sua maneira de pensar, na expressão de seus gostos, suas intenções, reflexões individuais, e, principalmente, suas ideologias. Ou seja, a partir do processo de enunciação há o predomínio do subjetivismo que é lançado à realidade concreta, tornando-o muito mais do que um mero receptor, mas sim um protagonista de sua história de vida.

A História Oral também permite a utilização do termo protagonista, no que tange aos serviços de saúde, na perspectiva em que a reconhecemos enquanto um tipo de narrativa que permite ao indivíduo se apropriar e emergir-se enquanto protagonista da sua própria história, pois a partir do momento em que a relata estabelece com o grupo ao qual pertence um sentimento de identidade e vínculo que o faz protagonista de sua história e desta correlacionada à realidade em que vive.

Por fim, apesar de todos os entraves que compôs o desenvolvimento deste trabalho, a proposta foi de contribuir efetivamente para a formação profissional, principalmente no que se refere a uma análise mais crítica das políticas públicas brasileiras,

como também para uma postura questionadora diante da atual situação sócio-econômica do país.

O retorno deste trabalho para o município em foco se dará, especialmente, por meio de intervenções junto à equipe de saúde aos usuários do serviço, de modo a propor melhorias na divulgação dos serviços ofertados pela UMS e PSF, empoderando os usuários sobre os objetivos e finalidades da política pública de saúde, além de propor estabelecer uma parceria entre usuários e profissionais, para que, assim, a população encontre nos serviços de saúde, por meio da participação popular, instrumentos efetivos de controle social.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Sérgio Henrique; SANTOS, Wanderley Guilherme dos; COIMBRA, Marcos Antônio. **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

ÁGUILA, Rafael Del. **La Participación Política como generadora de educación cívica y gobernabilidad**. In: Revista Iberoamericana de Educación, número 12. Disponível em: <http://www.campus.oie.org/>. Acesso em 21 de abr. de 2017.

ALMEIDA, Célia. **O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar**. Texto para discussão nº 599. ISSN 1415-4765. Brasília, 1998. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf. Acesso em 23 mar. de 2017.

ALVES, Cláudia Regina Lindgren. VIANA, Maria Regina de Almeida. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2006. 282 p.

ANDRADE, Mário. **Poesias completas**. Edição crítica de Diléia Zanotto Manfio. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1987.

ARENDDT, Hannah. **O Que é Política?** Trad. Reinaldo Guarany. 6.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora UNESP/Editora FIOCRUZ, 2003.

_____. **A reforma sanitária brasileira**. Tema: Radis, n.11, p.2-4, nov. 1988b.

_____. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.35-42.

ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. **Caderno de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov, 2002.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1975.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. 25ªed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008. p.800-4

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.

BARROS, A. J. S. e LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica**. 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2. ed. 2007.

BELLOW, Adam. **Em louvor do nepotismo: uma história natural**. 1ª Ed. São Paulo, A Girafa, 2006. p. 86-87.

BENEVIDES, Maria Victoria. **Cidadania e direitos humanos**. 2016. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf>. Acesso em 19 de abr. de 2017.

BIELSA, Rafael. **Ciência de la Administración**. 2. ed. Buenos Aires: Roque Depalma, 1955.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980.

BOBBIO, N. **Uma definição mínima de democracia**. In: O futuro da democracia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

_____. et al. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 1998.

BORGES, Fabiano Tonaco (et al). **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 160p.

BOTELHO, André. SCHWARCZ, Lilia Moritz. (org). **Cidadania, um projeto em construção: minorias, justiça e direitos**. 1ª- ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 08 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 3ª. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

_____. **Cadernos temáticos para o panorama do saneamento básico no Brasil**. Sonaly Cristina Rezende (org.). Brasília: Ministério das Cidades/ Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011. ISBN: 978-85-89545-61-7

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão 2005-2010: principais realizações**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010. 236 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7) ISBN 978-85-334-1639-0

_____. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. São Gonçalo do Rio Preto, MG. Disponível em:

http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/s%C3%A3o%20gon%C3%A7alo%20do%20rio%20preto_mg/. Acesso em 18 de jun. de 2017.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). Política social e democracia. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 197-215.

CAMINHA, Pero Vaz de. Carta. In: CASTRO, Silvio. **A carta de Pero Vaz de Caminha**. 1ª Ed. Porto Alegre: L&PM, 2003. p. 116.

CAMPOS, G. W. S. **Há pedras no meio do caminho do SUS!** Ciênc. Saúde Coletiva [online], v. 12, n. 2, 2007, p. 298-298. CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CARVALHO, Antônio Ivo de. BUSS, Paulo Marchiori. **Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção**. In. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CARVALHO, Vitória dos Santos. **Serviço público**. 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/34840/servico-publico>. Acesso em 19 de abr. de 2017.

CARVALHO, Raquel Melo Urbano de. **Aspectos relevantes do concurso público**. Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Edição Especial. Ano XXVIII. 2017. Disponível em: <http://revista.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/928.pdf>. Acesso em 19 de ago. de 2017.

CHARAUDEAU, Patrick. **Discurso político**. Tradução de Fabiana Komesu e Dilson Ferreira da Cruz. 2ª ed.- 1ª reimpressão - São Paulo: Contexto, 2013.

DURKHEIM, Émily. **As regras do método sociológico**. Tradução: Paulo Neves. Martins Fontes. São Paulo, 1985.

EBERHARDT, Leonardo Dresch. Et al. **Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná**. Revista Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, JAN-MAR 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>. Acesso em 19 de ago. de 2017.

ELIAS, P. E. **Políticas de saúde: Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil.** Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2017

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária.** In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FERREIRA, Márcia de Assunção. **Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem.** Escola Anna Nery 20(2) Abr-Jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eas/v20n2/1414-8145-eas-20-02-0214.pdf>. Acesso em 18 de ago. de 2017.

FIGUEIREDO, Lúcia Valle. **Curso de Direito administrativo.** 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

FILHO, George Avelino. **Clientelismo e política no Brasil.** Revisitando velhos problemas. Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/george_avelino_clientelismo_e_politica.pdf. acesso em 18 de abr. de 2017.

FLEURY, Sônia. OUVERNEY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social.** In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FONSECA, Jumária Fernandes Ribeiro. **O Orçamento Participativo e a Gestão Democrática de Goiânia.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Planejamento Territorial da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2009.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

_____. **Ação cultural para a liberdade.** (5ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1981.
 _____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo, Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa.** São Paulo: paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

_____. Shor, Ira. **Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor.** Tradução de Adriana Lopez; revisão técnica de Lólio Lourenço de Oliveira. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. (Org.) **Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil.** UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção primária à saúde.** Org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do trabalhismo.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

GRAGNOLATI, Michele. LINDELOW, Magnus. COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil.** Uma análise do Sistema Único de Saúde. The World Bank. Direções em desenvolvimento humano, 2013. Disponível em: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/.../PORT-TYHSRB_WEB_FULL.pdf. Acesso em 31 de mar de 2017.

GRAMSCI, A. **Os Intelectuais e a organização da cultura.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1979.

_____. **Cadernos do cárcere: Maquiavel.** Notas sobre o Estado e a política. volume 3. Edição e tradução: Carlos Nelson Coutinho. 3ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

_____. Caderno 12. **Documento Especial In História & Perspectivas nº. 5.** Uberlândia – U.F. Uberlândia, 1991.

_____. **2000 pagine di Gramsci.** Milano: Il Saggiatore, 1964.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil.** 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOMCI, Arthur Laércio. **A evolução histórica da previdência social no Brasil.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/12493/a-evolucao-historica-da-previdencia-social-no-brasil>. Acesso em 09 de nov. de 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Gonçalo do Rio Preto.** Salário médio dos trabalhadores formais. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/sao-goncalo-do-rio-preto/panorama>. Acesso em 18 de jun. de 2017.

- JODELET, D. **Representações sociais: Um domínio em expansão.** In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais.* Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 17- 44.
- JÚNIOR, João Baptista Risi. NOGUEIRA, Roberto Passos. **As Condições de Saúde no Brasil.** Organizado por Jacobo Finkelman *in* Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.
- KEYNES, John M. (1964) **The General Theory of Employment, Interest and Money, New York:** HBJ Book.
- KLEBA, Maria Elisabeth. WENDAUSEN, Agueda. **Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política.** Revista Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29498/31358>. Acesso em 20 de abr. de 2017.
- LEÓN, Magdalena de.**El empoderamiento de las mujeres:** Encuentro del primer y tercer mundos en los estudios de género. La Ventana, no. 13, 2001, pp.94-106.
- LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde:** uma história de três dimensões. Organizado por Jacobo Finkelman *in* Caminhos da saúde pública no Brasil.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.
- LIMA, G. C. A. **As representações sociais de saúde e doença para os portadores de diabetes melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética.** Campo Grande. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, 2005.
- MACHADO, Jorge Mesquita Huet. PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes.** In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a02.pdf>. Acesso em 02 de abr. de 2017.
- MALTA, Mônica. BARROS, Francisco Inácio. **Aids:** prevenção e assistência. Org. por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- MARTINS, Marcos Lobato. **As variáveis ambientais, as estradas regionais e o fluxo das tropas em Diamantina, MG: 1870-1930.** Rev. Bras. Hist. vol.26 no.51 São Paulo Jan./June 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882006000100008. Acesso em 18 de jun. de 2017.
- MARX, K. **A ideologia alemã.** São Paulo: Grijalbo, 1974.
- MEIHY, José Carlos Sebe B. HOLANDA, **Fabiola. História oral:** como fazer, como pensar. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2015.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro.** 33. ed. Atualização de Eurico

de Andrade Azevedo et al. São Paulo: Malheiros, 2007.

MELLO, Celso Antônio Bandeira. **Curso de direito administrativo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. Organizado por Jacobo Finkelman *in* Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

MONTARROYOS, Heraldo Elias de Moura. **Programa de Pesquisa da Politicagem**: ideias, princípios, regras, critérios e aplicações. In: Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia. Pouso Alegre-MG: Faculdade Católica de Pouso Alegre, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 11 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 3 ed., 2001.

NORONHA, José Carvalho de. LIMA, Luciana Dias de. MACHADO, Cristiane Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, José Carlos. **Concessões e permissões de serviços públicos**. São Paulo: Edipro, 1997. p.42

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la salud. **Promoción de la salud**: uma antologia. Washington: OPAS, 1996. p.367-72.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 27p.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASTORINI, Alejandra. **Quem mexe os fios das políticas sociais?** Avanços e limites da categoria concessão-conquista. Serviço Social e Sociedade nº53. São Paulo, ano 18, Cortez, 1997.

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável**. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

QUEIROZ, M. S. **Representações de Saúde e Doença**. Campinas: Editora UNICAMP, 2000.

RIBEIRO, Elisa Antônia. **A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa**. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio de

2008.

RODRIGUES, João Gaspar. **Nepotismo no serviço público brasileiro e a SV 13**. Brasília a. 49 n. 196 out./dez. 2012. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496591/000957123.pdf>. Acesso em 20 de abr. de 2017.

ROLIM, Leonardo Barbosa. Et al. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em 23 de ago. de 2017.

SANTOS, José Trindade. **A cidade dos homens. Polis: educação e democracia**. Revista Philosophica 4, Lisboa, 1994, pp. 81-98. Disponível em: <http://www.centrodefilosofia.com/uploads/pdfs/81-108.pdf>. Acesso em 05 de abr de 2017.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A difícil democracia: reinventar as esquerdas**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

SAVATER, Fernando. **Ética para meu filho**. Trad. Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SPOSATI, Aldaíza, FALCÃO, Maria do Carmo, FLEURY, Maria Teixeira. **Os direitos dos (desassistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 4. ed., 2002.

_____. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social**. Serviço Social e Sociedade n° 87, São Paulo: Cortez, 2006, p. 116.

SILVA, Joaquim Celso Freire. **Políticas Públicas no Vale do Jequitinhonha**. São Paulo: Alpharrabio Edições, 2005.

SILVA, Arthur Laércio Homci da Costa. **A evolução histórica da previdência social no Brasil**. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/30344-31376-1-PB.pdf>. Acesso em 09 de nov. de 2016.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, n°3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books.

THOMSON, Paul. **A voz do passado: História oral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, Maria Alicia D. **Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 80-88, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SobreFinanciamento.pdf>. Acesso em 08 de nov. de 2016.

_____. PORTO, Silvia Marta. **Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil.** In. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Org. Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VÁZQUEZ, A, S. Ética. 16. ed. Trad. João Dell' Anna. Rio de Janeiro: **Civilização brasileira**, 1996.

WAISBORD, Silvio. **Populismo e mídia:** O Neopopulismo na América Latina. In: Revista Contracampo, v. 28, n. 3, ed. Dez-mar, ano 2013. Niterói:Contracampo,2013.Pags: 26- 52.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. **A questão social no contexto da globalização:** o caso latino-americano e caribenho. In: CASTEL, Robert et. Alli, - Desigualdade e a Questão Social. SP, Educ., 2000, 2ª ed. Págs. 51-161.

WEFFORT, Francisco C. **Por que democracia?** 3ª ed. São Paulo: Editora brasiliense, 1985.

_____. **O populismo na política brasileira.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

YAZBEK, Maria Carmelita. **A política social brasileira nos anos 90:** refileantropização da questão social. Caderno do CEAS, 164, São Paulo, 1996.

Anexo I

Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Rio Preto/MG

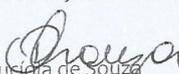
Rua das Flores, nº 215 – Centro CEP: 39.185-000

CNPJ: 17.754.151/0001-38 Tel.: (38) 35461237

Carta de Anuência

Declaro ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa intitulado “A atenção primária à saúde do município de São Gonçalo do Rio Preto na perspectiva da representação social dos protagonistas do Sistema Único de Saúde” de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar.

São Gonçalo do Rio Preto, 16 de junho de 2017


Ronilda Luciana de Souza
Secretária Municipal de Saúde
São Gonçalo do Rio Preto

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Anexo II



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: "A atenção primária à saúde do município de São Gonçalo do Rio Preto na perspectiva da representação social dos usuários do Sistema Único de Saúde", em virtude de ser profissional de nível superior com vínculo na Unidade Básica de Saúde de São Gonçalo do Rio Preto há pelo menos um ano ou usuário (a) do PSF deste município. A pesquisa é coordenada pelo (a) Professor Dr. Wellington de Oliveira e contará ainda com a pesquisadora Wéllia Pimentel Santos, discente do mestrado Ensino em Saúde da UFVJM.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora, com a UFVJM ou com a Secretaria de Saúde do Município de São Gonçalo do Rio Preto.

O objetivo desta pesquisa será: Avaliar, na perspectiva da representação social dos usuários do Sistema Único de Saúde, a eficiência da gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) oferecida nas unidades de saúde (UBS e PSF) localizadas no município de São Gonçalo do Rio Preto/MG.

Se aceitar o convite, sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individual guiada por um roteiro, diferenciado para os usuários do SUS e profissionais de saúde do município, ao qual seguem abaixo:

As entrevistas serão registradas por meio de um gravador digital para que depois seja feita uma transformação da gravação para um texto escrito. A duração da entrevista terá o tempo médio de 20 a 40 minutos. As informações fornecidas por você contribuirão para um maior esclarecimento sobre as questões relacionadas ao SUS, na perspectiva do PSF e unidade de saúde do município em foco.

Os riscos relacionados com sua participação são os de gerar constrangimento no momento de responder às perguntas da entrevista, o que poderá ser considerado como invasão de privacidade, além de invasão do território e do espaço pessoal, haja vista ser uma entrevista à domicílio. Além disso, poderá ocorrer desconforto no momento da entrevista devido ao fato de ser uma entrevista gravada, e serão minimizados pelos seguintes procedimentos: os mesmos serão esclarecidos sobre a ética e o sigilo profissional nas informações prestadas, além da garantia total do anonimato em relação às informações devido a isso as entrevistas serão realizadas no domicílio do entrevistado. Além disso, os entrevistados somente responderão aos questionamentos que se sentirem confortáveis para tal. Esta pesquisa não apresenta riscos à sua integridade física, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento invasivo e nem procedimento de avaliação ou tratamento. Caso ocorra qualquer tipo de problema você poderá procurar pelo pesquisador, por telefone, carta ou e-mail.

Os benefícios relacionados com a sua participação estarão associados à criação de estratégias efetivas de ações por parte da equipe multiprofissional, tais como: fomentar a construção de possibilidades efetivas para que os atores do SUS sejam participantes ativos do processo de construção de um projeto voltado para o bem comum, fomentar a participação popular no que tange aos conselhos de saúde e, posteriormente, pretende-se criar um informativo que esclareça pormenorizadamente sobre a utilização da rede de serviços do SUS pelos seus usuários, que, por conseguinte, suscite reflexões sobre o reconhecimento desta política pública enquanto direito social do cidadão.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. (caso a algum desses itens não possa ser assegurado, tal fato deve estar claro e bem justificado). A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa (caso não estejam previsto gastos, informar a fim de justificar que não está previsto ressarcimento). Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Wéllia Pimentel Santos

Endereço: Rua da Saúde, nº 29 - cs - Centro – São Gonçalo do Rio Preto/MG – CEP: 39185-000

Telefone: (38) 99938-2804

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 – Km 583 – nº 5000 – Alto Jacuba –
Diamantina/MG CEP 39100000
Tel.: (38) 3532-1240 –
Coordenador: Prof. Disney Oliver Sivieri Junior
Secretaria: Ana Flávia de Abreu
E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.br

Apêndice I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTÕES NORTEADORAS PARA PESQUISA QUALITATIVA

Obs.: “As questões norteadoras são indagações em torno da questão central – o enunciado do problema. Portanto, uma derivação da problemática, em outras palavras, questões secundárias, que guardam relação intrínseca com o cerne da problematização” (SANTOS, 2014, p. 01).

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER REALIZADO POR MEIO DA HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA AOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO RIO PRETO

- Perguntas para os usuários do SUS de Rio Preto:

Inicialmente, solicitar que o usuário se identifique, informando seu grau de escolaridade

- 1- Com qual frequência você utiliza os serviços de saúde público do município?
- 2- Os grupos ofertados pelo PSF têm atendido às suas necessidades?
- 3- Você se sente à vontade no trato com os servidores municipais?
- 4- O que você pensa sobre a saúde pública?

Perguntas para os profissionais de saúde do município

Inicialmente, solicitar para que o profissional se identifique, informando seu grau de escolaridade, dados pessoais, tais como data de nascimento, local de nascimento estado civil) tempo de serviço público e se exerce outra atividade.

- 1- Porque você veio a trabalhar no serviço público de saúde?
- 2- Qual a concepção que você tem sobre saúde pública?
- 3- Você considera que as políticas públicas de saúde centralizadas no município são uma boa medida?

Outras informações: Será anexado ao projeto, o termo de consentimento livre e esclarecido, a folha de rosto CEP.