

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS:
ATENÇÃO À INFÂNCIA E O
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA PAULA SERRATA MALFITANO

Orientador: Prof. Dr. Newton Antônio Paciulli Bryan – UNICAMP

Co-orientadora: Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes - UFSCar

Campinas

2004

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS:
ATENÇÃO À INFÂNCIA E O
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor: ANA PAULA SERRATA MALFITANO

Orientador: Prof. Dr. Newton Antônio Paciulli Bryan

Co-orientadora: Profa. Dra. Roseli Esquerdo Lopes

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida por Ana Paula Serrata Malfitano e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____
(orientador)

Assinatura: _____
(co-orientadora)

Comissão Julgadora:

2004

© by Ana Paula Serrata Malfitano, 2004.

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Malfitano, Ana Paula Serrata.

M294p Políticas públicas e movimentos sociais : atenção à infância e o Programa de Saúde da Família / Ana Paula Serrata Malfitano. -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Newton Antônio Paciulli Bryan.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Políticas públicas. 2. Movimentos sociais. 3. Infância e juventude. 4. Programa de Saúde da Família. I. Bryan, Newton Antônio Paciulli. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

04-099-BFE

“Ora, o ‘pessimismo da razão’, como nos ensinou Gramsci, não cancela o ‘otimismo da vontade’, sempre que sustentados no realismo da análise”.

*(Montano, C. **Terceiro setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo : Cortez, 2002, p.18, grifos no original).*

À minha mãe, *Tereza*, pelo amor incondicional e o
terno apoio às minhas escolhas,
mesmo quando lhe parecem incompreensíveis.

Ao *Cris*, companheiro sempre presente,
auxiliando nas reflexões, paciente com
minhas ausências, oferecendo um ombro amigo,
com apoio interminável para que eu possa continuar.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UNICAMP pela oportunidade de continuidade e permanência no campo da pesquisa e das indagações.

À CAPES pela relevante concessão da bolsa de estudos.

Ao Professor Newton Bryan pela orientação realizada.

À Professora Roseli, Ró querida, pelo trabalho de todos estes anos em conjunto. Por ter escolhido ofertar a mim toda sua potencialidade e grandeza na dimensão inserida em seu exercício de 'ser professora', auxiliando na minha formação acadêmica e pessoal. Agradeço pelo trabalho, pela amizade, e aqui, principalmente, pela co-orientação desenvolvida.

Ao LaPPlanE por ter, embutido em si, a potencialidade de constituição de um espaço de reflexão e ação. A todos os professores e colegas que conheci neste espaço.

Ao Projeto Metuia, espaço coletivo de aprendizado e exercício de discussões, local em que realizei minhas opções e formação profissional, ganhando impulsão para a realização do mestrado.

Às lideranças da comunidade do Casarão, que possibilitaram com que eu conhecesse o universo da luta dos movimentos sociais, momento de grande aprendizado pessoal e ampliação da compreensão sobre a realidade. Em especial à Salomé, quem muito me ensinou sobre solidariedade e participação, dentro dos seus momentos de idas e vindas.

Ao Distrito de Saúde da Mooca pela facilitação para entrada em campo, possibilitando a investigação de suas políticas e seus atores.

À equipe do Programa de Saúde da Família do Belém, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, pelas respostas a tantas perguntas, e permissão de meu acompanhamento em campo para conhecimento de seu trabalho.

Aos Professores da Faculdade de Educação e aos amigos que me auxiliaram com sugestões e reflexões dos caminhos a percorrer.

À Banca Examinadora por ter aceito o convite. Em especial à Profa. Rosana Onocko e ao Prof. Luís Aguilar, pelas contribuições no exame de qualificação.

Às crianças e aos adolescentes da comunidade do Casarão, que me mostraram, com sorrisos e brincadeiras, a possibilidade de mudanças em trajetórias e histórias de vida.

À Ariane e Patrícia, pelo auxílio com a transcrição de algumas entrevistas.

À Liliana, com quem compartilho tantos ideais, e também à Valéria, pela leitura do texto.

Ao Flávio, e também ao Cris, pela disponibilidade na tradução para o inglês.

A todos aqueles que se disponibilizaram a serem entrevistados, ofertando-me seu tempo, compreensão e conhecimento, constituindo assim, através de seus 'olhares' e vivências, um importante 'material' com grande riqueza para a análise.

Meu terno agradecimento.

RESUMO

O presente trabalho dedica-se à investigação da implementação de dois programas sociais em uma região empobrecida da cidade de São Paulo (região do Brás e Belém), caracterizada pela presença de cortiços, ex-cortiços, e pela atuação do movimento social de luta por moradia urbana. Pretende-se conhecer e apreender a política de saúde firmada pela Prefeitura de São Paulo, através do Programa de Saúde da Família (PSF), para o qual são previstas ações de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas da própria comunidade que integram a equipe do PSF. Tem-se, na região, a atuação de cinco ACS, sendo três deles membros do movimento de moradia. Investiga-se o processo de educação popular envolvido no trabalho dos Agentes Comunitários, a sua compreensão sobre o programa pelo qual são responsáveis pela execução nas comunidades, e como lidam com problemáticas para além do campo da saúde. Articuladamente, estuda-se o Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia, que se caracterizou como uma parceria entre a comunidade e a Universidade, para a atenção a infância e juventude. O projeto foi desenvolvido entre os anos de 1999 e 2002. Como procedimentos metodológicos realizou-se entrevistas com atores envolvidos nos dois programas e utilizou-se da observação participante. No Projeto Casarão trabalhou-se, também, com a pesquisa participante. Objetivou-se apreender se a implantação de políticas públicas e projetos sociais em comunidades organizadas possibilita a produção de formas de consolidação e/ou ampliação das redes sociais de suporte para a população em situação de vulnerabilidade social e/ou desfiliação (dupla fragilização social). Dentre as análises realizadas, a partir do acompanhamento do movimento de luta por moradia urbana do Casarão, observou-se que o processo de educação popular vincula-se à participação no movimento social, porém, ao se buscar a continuidade das lutas após a conquista da casa, não há uma assunção da comunidade local por outras demandas. O PSF, por sua vez, embute potencialidades na intervenção dos ACS, porém precisa expandir seu escopo de atuação para além das demandas já reconhecidas na saúde. Quando as lideranças locais lidam com tais demandas, isto se dá mais por um investimento pessoal do que por uma diretriz governamental. Contudo, pode-se dizer que, a criação e/ou ampliação das redes sociais de suporte pelas políticas e projetos atuais, dá-se de maneira individualizada, particular, sem estruturação para a construção de macro ações nas redes sociais de suporte de comunidades em situação de vulnerabilidade social. As políticas sociais atuarão nas redes sociais de suporte dos indivíduos se ampliarem seus horizontes de intervenção e buscarem o campo intersetorial. As políticas públicas devem atuar de forma integrada com o movimento popular.

ABSTRACT

This work researched about the implementation of two social programs in a poor region of Sao Paulo (Bras and Belem regions), characterized by the presence of slums, ex-slums and social movements for housing. We wish to know and learn about 'Prefeitura Municipal de São Paulo' (Sao Paulo Town Hall) Health Policy ('Programa de Saúde da Família' - 'PSF' (Family's Health Program), according to which are performed actions by Health Community Agents, who are members from the community which compose the staff of 'PSF'. In this region, there are five community agents and three of them are members of social movements for housing. It was researched about the popular educational process involved in the community agent work, their understanding of the program whose execution they are responsible for in the communities, and how they deal with problems not usually faced by health services. Articulatingly, the 'Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia' was studied, which is a partnership between the community and the University, relating the attention for children and adolescents. This project has been developed from 1999 to 2002. As methodological procedures, interviews with actors of both programs and participative observation were applied. In the 'Projeto Casarão' participative research was also applied. The goal was to apprehend if the implementation of public policies and social projects in vulnerable communities contribute for the consolidation, the creation and/or the increase of the supporting social nets for population in vulnerability and/or desfiliation (double social fragility). In the analysis performed through the follow up of the social movements for housing in 'Casarão', it was observed that the educational popular process is tied with participation in the social movement, but, when trying to keep on fighting for something more after the house conquest, there is not an appropriation of other demands. The 'PSF', in the other hand, supposes potentiality in the community agents intervention, but it needs to increase the field of actuation with other demands beyond the recognized ones in the health field. When the community local leaders deal with these demands it comes much more from a personal investment than a governmental directive. Although, it can be stated that, the creation and/or the increase of the supporting social nets by the policies and projects, nowadays, they happen in individual and particular ways, without a structure for the construction of macro actions in the social nets for socially vulnerable population. The social policies will act in the social nets of people if their view of intervention is increased and they go for the intersection field. The public policies must act with the social movement in an integrated way.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa da divisão da cidade de São Paulo, segundo os Distritos de Saúde.....	14
Figura 02 - Micro-região a ser estudada, compreendendo seis áreas de implantação do Programa de Saúde da Família.....	15
Figura 03 – Zonas de inserção/desfiliação, segundo o conceito de Castel.....	37
Figura 04 – Esferas de atendimento em Saúde.....	45
Figura 05 - Foto do Edifício do Casarão.....	75
Figura 06 - Campo social e núcleos de saberes.....	140

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
APRESENTAÇÃO.....	01
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	06
As opções metodológicas para análise dos programas.....	06
O local da pesquisa.....	10
As regiões de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – PSF.....	12
1 POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS	16
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO: ALGUNS APONTAMENTOS.....	16
1.1.1 Estado Capitalista e as Políticas Sociais.....	16
1.1.2 Políticas Sociais: conceitos e a escolha das ações.....	17
1.1.3 Estado de Bem-Estar Social: a incorporação de direitos.....	19
1.1.4 Cidadania e Participação – os Movimentos Sociais.....	23
1.2 EXCLUSÃO, INCLUSÃO SOCIAL, VULNERABILIDADE E <i>DESFILIAÇÃO</i>	33
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E A PROPOSTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	40
2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A CONSTITUIÇÃO DO DIREITO SOCIAL.....	40
2.1.1 Atenção Primária e o Programa de Saúde da Família – PSF.....	44
2.1.2 O Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo.....	48

2.1.3	Educação Popular em Saúde.....	51
3	MOVIMENTO POPULAR DE MORADIA E DEMANDAS SOCIAIS.....	58
3.1	O MOVIMENTO SOCIAL DE MORADIA EM SÃO PAULO.....	58
3.1.1	Os movimentos sociais populares urbanos no Brasil.....	58
3.1.2	Trabalhador e cortiço: uma realidade ainda presente.....	62
3.1.3	Continuar a luta: a discussão de ‘outras’ demandas sociais para além da casa.....	68
3.2	A ASSOCIAÇÃO DE CONSTRUÇÃO POR MUTIRÃO DO CASARÃO: A CASA PRÓPRIA ENQUANTO UM SONHO CONQUISTADO ATRAVÉS DA LUTA.....	74
3.3	PROJETO CASARÃO – CENTRO DE CULTURA E CONVIVÊNCIA DA CELSO GARCIA: A INFÂNCIA E JUVENTUDE EM PAUTA.....	80
3.3.1	Projeto Metuia.....	80
3.3.2	A inserção na comunidade.....	81
3.3.3	A pesquisa-ação enquanto metodologia de entrada e aproximação com a comunidade: conhecendo e sendo conhecidas.....	82
3.3.4	O Projeto Casarão: revisitando princípios e propostas.....	83
4	ATRÁS DA PORTA QUE SE ABRE: OS PROJETOS EM ANÁLISE.....	93
4.1	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NA REGIAO DO BELÉM....	93
4.1.1	Visões do PSF – dos formuladores aos Agentes Comunitários de Saúde.....	93
4.1.2	Agentes Comunitários de Saúde: demandas para além da saúde básica.....	101
4.1.2.1	Atenção à infância e à juventude.....	112
4.1.3	Lideranças do movimento popular enquanto Agentes Comunitários de Saúde...	114
4.1.4	O PSF em discussão: alguns apontamentos.....	123

4.2 A INFÂNCIA E A JUVENTUDE EM GRUPOS POPULARES – O PROJETO CASARÃO.....	125
4.2.1 Ações em meio aberto: a comunidade enquanto território de intervenção.....	125
4.2.2 Demandas para além da habitação no movimento de luta por moradia: uma relação possível?.....	130
4.2.3 Criança e adolescente: a intersectorialidade enquanto proposta num campo desenraizado.....	139
4.2.4 Movimento Popular e Política Pública.....	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
ANEXOS.....	168
ANEXO 1 – Entrevistas com lideranças do Movimento de Moradia.....	169
ANEXO 2 – Entrevistas com atores do Programa de Saúde da Família (PSF).....	171
ANEXO 3 – Entrevistas com atores do Projeto Casarão.....	178

APRESENTAÇÃO

O tema “Políticas Públicas e Movimentos Sociais” apresenta-se como relevante, no cenário atual, por compor o debate sobre o papel do Estado, as políticas em desenvolvimento, a participação social e a sociedade civil, enquanto categorias influentes na dinâmica social.

O que objetivamos analisar centra-se na produção (ou não) de mudanças significativas em comunidades em situação de vulnerabilidade social, a partir da implementação de políticas e projetos sociais.

Para tanto, lançamos mão dos conceitos do sociólogo Castel ao incluir, em complementação à categoria trabalho, as redes pessoais e sociais de suporte enquanto elementos centrais para a definição da zona de desfiliação, ou seja, dupla fragilização social. Conceito proposto para ampliação da discussão sobre exclusão social.

A partir daí, a análise desenvolvida buscou investigar a produção e/ou fortalecimento das redes sociais de suporte de grupos populares vulneráveis.

A região em que realizamos o trabalho de campo localiza-se no centro expandido da cidade de São Paulo – região do Brás e Belém – sendo composta por bolsões de pobreza. Conta com a presença de cortiços, ex-cortiços e a ação do movimento social de luta por moradia urbana.

Optamos pelo estudo do Programa de Saúde da Família, projeto federal que se caracteriza como diretriz para a atenção básica em saúde, implementado pelo Município de São Paulo desde o final de 2001, que prevê a incorporação de membros da comunidade, na função de Agentes Comunitários de Saúde, para intervenção local.

Articuladamente, estudamos o Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia, proposta direcionada à atenção à infância e juventude, resultante da parceria entre a Associação de Construção por Mutirão do Casarão –

comunidade que compõe o movimento social de luta por moradia da região –; a Universidade de São Paulo (USP) – por meio do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), por via do Departamento de Terapia Ocupacional. O projeto foi desenvolvido no período de 1999 a 2002.

Nossa inserção neste campo deu-se pela participação no Projeto Casarão desde a sua elaboração, ainda em 1999, quando estávamos na graduação no Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

O Projeto Casarão foi implementado pelo Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia, que se dedica à realização de estudos, intervenções e formação pela cidadania de populações em situação de ruptura das redes sociais de suporte. Integramos este grupo na busca de contribuir para as reflexões no campo social.

Iniciamos na comunidade a discussão, em conjunto com as lideranças do movimento social, sobre a demanda apresentada pelos moradores, que se direcionava para a investigação da possibilidade de intervenção junto à suas crianças e adolescentes.

A continuidade em campo deu-se, com a participação no Projeto Casarão, inicialmente na função de pesquisadora de iniciação científica, no período de 1999 a 2001; na realização de estágio profissionalizante, em 2000 e, posteriormente, como técnica do projeto em desenvolvimento, nos anos de 2001 e 2002.

Neste período, tendo como base a convivência e aprendizado com o movimento social, instigou-se o desejo de conhecer mais sobre o movimento popular, seu histórico, e suas possibilidades de atuação na esfera pública.

Realizamos, então, no ano de 2000, com apoio em estudos teóricos e disciplinas oferecidas na Universidade, uma pesquisa junto a lideranças de diferentes subgrupos do movimento de luta por moradia urbana da cidade de São Paulo, na qual

buscamos conhecer mais a realidade do movimento, sua atuação, e estratégias para conquista de direitos e luta pela cidadania.

Tal discussão nos remete necessariamente ao papel do Estado na sociedade e a atuação das políticas públicas, principalmente aquelas de corte social. Buscamos, a partir de então, fazer a junção entre estes dois relevantes temas para a costura da compreensão da dinâmica social e seu contexto.

Estando presente naquele espaço, na atuação do projeto em desenvolvimento, vimos o início do Programa de Saúde da Família na região e a contratação de lideranças do movimento de moradia para ocuparem o cargo de Agentes Comunitários de Saúde.

Acompanhar este processo de perto, através da vivência na comunidade, culminou no interesse de aliar estes assuntos numa pesquisa que pudesse discutir políticas públicas e movimentos sociais. A escolha do enfoque se deu nas experiências do projeto realizado na comunidade e direcionado às crianças e aos adolescentes, bem como no Programa de Saúde da Família, por reconhecer as interfaces presentes do campo da saúde e da educação.

Esta junção para análise, entre duas propostas diferentes inseridas num mesmo território, configurou-se como um desafio para o aprofundamento e enriquecimento da análise que nos propusemos a realizar. O trabalho com cada uma das propostas, por si só, poderia resultar numa dissertação de mestrado, mas o desafio de realizá-lo de forma mais ampla, buscando agregar elementos para a compreensão da dinâmica local e das possibilidades de investigação das redes sociais de suporte, fez-nos optar pela análise composta dos dois projetos em estudo. Nasce, então, esta pesquisa.

As reflexões que seguem são fruto deste processo de vivência, interação e aprendizagem junto à comunidade e ao movimento social, sendo que somos parte desta trajetória, incluindo-nos como atores dos processos sociais descritos.

Iniciamos relatando os Procedimentos Metodológicos utilizados para a realização deste trabalho, tendo como base a Pesquisa Participante, em função da nossa inserção no Projeto Casarão; a observação participante, para acompanhamento do Programa de Saúde da Família; além dos atores entrevistados. Descrevemos também o local da pesquisa, seus índices, e sua inserção na cidade de São Paulo.

No capítulo 1, realizamos alguns apontamentos teóricos a respeito das Políticas Públicas Sociais, da categoria Participação e dos Movimentos Sociais. Para tanto, utilizamos os referenciais do Estado de Bem-Estar Social, enquanto experiência concretizada no sistema capitalista sobre a incorporação de direitos, à luz dos conceitos de Estado e sociedade civil, a partir de Gramsci. Trabalhamos ainda a noção de exclusão social, tendo como referência o debate realizado por Castel, na inserção dos conceitos de desfiliação e redes sociais de suporte.

O capítulo 2 pretende dialogar sobre a política pública de saúde brasileira, tendo como referência a constituição do Sistema Único de Saúde, bem como o papel da educação popular neste campo de interface, além de apresentar a proposta do Programa de Saúde da Família.

No capítulo 3 pautamos o movimento popular de moradia na cidade de São Paulo. Contextualizamos os movimentos populares urbanos, a realidade dos cortiços e a sua atuação por reivindicações sociais para além da aquisição da casa. Apresentamos ali a Associação de Construção por Mutirão do Casarão, por ser um dos atores de grande relevância neste trabalho, assim como o Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia, na sua proposição de atuação com as crianças e os adolescentes.

O capítulo 4 trata, diretamente, da análise dos dados obtidos com o acompanhamento em campo. “Abrimos a porta” para a discussão dos limites, potencialidades e dificuldades das propostas abordadas.

Por fim, as Considerações Finais pretendem estabelecer a relação da produção e/ou criação (ou não) das redes sociais de suporte em comunidades vulneráveis socialmente, com a implementação de políticas e projetos sociais.

A reconstituição de processos microssociais, na micro-política presente no cotidiano da vida, baseando-se em teorias mais abrangentes, permite a busca da compreensão do fenômeno social e a sua utilização para o trabalho com as estruturas macrossociais e macro-políticas, ampliando o debate das potencialidades e possibilidades que atuem para a constituição de uma sociedade com menos desigualdades sociais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As opções metodológicas para análise dos programas

Os programas que nos propusemos a analisar estão relacionados a propostas de intervenção com forte viés comunitário. Esta particularidade leva a discussão de qual a melhor metodologia para análise, acrescido do fato de que estivemos presentes naquele território compondo seu cenário enquanto atores participantes.

A análise centra-se no Programa de Saúde da Família (PSF), projeto federal com implementação no Município de São Paulo, com atenção centrada na promoção da saúde; bem como no Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia, realizado através de uma parceria entre o Projeto Metuia, núcleo USP/UFSCar, com a Associação de Construção por Mutirão do Casarão, que será apresentada no capítulo 3, desenvolvida através de uma proposta de atenção à infância e juventude daquela comunidade.

O Projeto Metuia é definido como um "grupo interinstitucional de estudos, formação e ações pela cidadania de crianças, adolescentes e adultos em processos de ruptura das redes sociais de suporte do qual participam docentes, discentes e profissionais da área de terapia ocupacional" (Barros, Lopes e Galheigo, 2002, p.365). Caracteriza-se pelo desenvolvimento de propostas de pesquisa, ensino e extensão com o intuito de promover a construção de saberes no campo da terapia ocupacional e suas interconexões com a área social.

O Projeto Casarão integra este programa e foi desenvolvido pelo Núcleo USP/UFSCar do referido grupo, composto por docentes, profissionais e estudantes da área de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Participamos da elaboração e execução deste projeto nos quatro anos em que ele foi implementado (1999, 2000, 2001 e 2002).

Sendo assim, optamos por utilizar, no que tange às análises relativas ao Projeto Casarão, a metodologia advinda da Pesquisa Participante e Pesquisa Ação, por este ter sido o caminho escolhido para o trabalho naquela comunidade pelo Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia. Os quatro anos de intervenção, baseados no princípio de reflexões e ações conjuntas, possibilitaram a troca de saberes e a entrada do técnico enquanto intermediário para as ações (Brandão, 1984).

O uso desta metodologia possibilitou-nos um trânsito que nos convida a todo o momento a realização da intervenção juntamente com a efetivação da pesquisa, abrindo espaço para a reflexão acerca das experiências realizadas no ambiente micro-social – a comunidade em estudo – e suas conexões com o contexto macro social das políticas públicas.

Este trânsito entre a realidade daquela comunidade e sua inserção no âmbito maior do contexto social é um ensaio que buscamos durante todo o trabalho, ou seja, através da compreensão da realidade local não perder de vista o escopo maior no qual ela está inserida.

O uso da Pesquisa Participante possibilitou ainda a produção de sentidos entre diferentes categorias: pesquisador e sujeito, pesquisa e ação, contexto local e global. Tais categorias poderiam ser vistas, dentro de um outro referencial teórico-metodológico, como antagônicas, porém o nosso propósito foi justamente estabelecer estas relações, trazendo para o pesquisador a participação do sujeito, para a pesquisa o pensamento sobre a ação e para a realidade local seu pertencimento ao contexto total.

O trabalho a partir destas categorias remeteu-nos a reflexão acerca do processo de implementação dos projetos sociais e a tessitura da concretização das ações entre Estado, indivíduo e o coletivo.

Conciliar e conectar as necessidades individuais, coletivas e institucionais – do Estado – foram os elementos para os quais colocamos a lente da pesquisa,

buscando compreender esta realidade e a partir dela buscar possibilidades de sua mudança.

Para realizar esta discussão elegemos alguns procedimentos para que direcionasse nosso trabalho de campo. Com relação à comunidade do Casarão, realizamos entrevistas com diferentes atores envolvidos no projeto. São eles: duas professoras coordenadoras – da USP e da UFSCar, duas terapeutas ocupacionais que atuaram no local, e três lideranças da comunidade envolvidas mais diretamente com a execução do Projeto. As entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada, tendo sido gravadas e transcritas.

Para o Programa de Saúde da Família (PSF) lançamos mão, assim como no Projeto Casarão, da técnica de aplicação de entrevistas semi-estruturadas – com gravação e transcrição das mesmas – com diferentes atores do programa, com o intuito de nos aproximarmos daquela realidade e das diferentes visões acerca da implementação do PSF. Foram entrevistados: a Assessora Municipal da Secretaria de Saúde, responsável pela implantação do PSF em São Paulo (ocupou este cargo até fevereiro de 2003); a Diretora do Distrito de Saúde da Mooca – campo desta pesquisa; o Coordenador do PSF no Distrito de Saúde da Mooca; a Diretora da Unidade Básica de Saúde Belém I – local onde a equipe está alocada; e a equipe do PSF (cinco agentes comunitários, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico generalista).

Além das entrevistas, realizamos a observação participante num período de cinco meses (setembro/2002 a fevereiro/2003) acompanhando semanalmente em campo as ações dos Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de nos aproximarmos desses relevantes atores sociais e de sua intervenção em seu contexto. Com isto queríamos conhecer as demandas que a comunidade apresenta a eles e o encaminhamento dado para as mesmas, pesquisando a produção (ou não) de redes sociais de suporte a partir de tal intervenção. Em conjunto com os Agentes Comunitários acompanhamos diversos usuários do serviço. Após conhecer algumas

peças realizamos entrevistas com dez usuários, de diferentes micro áreas de atuação da equipe do PSF, tendo sido entrevistas informais, sem a utilização da gravação como instrumento.

Os roteiros de entrevistas aplicados aos atores escolhidos do PSF e Projeto Casarão (anexos 2 e 3) foram elaborados vislumbrando a possibilidade de se conhecer o processo de implementação dos projetos em análise, o aspecto intersetorial inerente a cada um deles, a participação do movimento popular da região e as ações desenvolvidas para além do escopo central de atuação das intervenções.

Tínhamos como pressuposto que a atuação das políticas e programas sociais na comunidade, realizada em conjunto com o movimento social, produziriam macro interferências nas redes sociais locais.

Como referenciais para a análise das entrevistas elencamos categorias discutidas nos capítulos iniciais deste trabalho, com destaque ao capítulo 1, enquanto bases de leitura das entrevistas realizadas. As categorias são: Estado, cidadania, democracia, direito, movimento social, inclusão e exclusão social. Tais categorias possibilitaram-nos realizar recortes nas falas dos atores entrevistados, tendo como pressuposto os autores escolhidos para o embasamento teórico, utilizando-as como material de análise para as reflexões que foram realizadas.

A pesquisa e observação participante, portanto, através da nossa intervenção e reflexão acerca daquela realidade, possibilitaram-nos tecer as análises que seguem, a partir dos projetos para os quais dedicamos o campo.

Por fim, objetivamos, através dos procedimentos metodológicos apresentados, investigar as possibilidades de criação e/ou ampliação das redes sociais de suporte direcionados para a população daquela área, que se encontra em situação de vulnerabilidade social e/ou desfiliação, conceito que trabalharemos no capítulo 1.

O local da pesquisa

O local em que desenvolvemos os estudos de campo concentra-se na região do Brás, composta pelos bairros Brás e Belém, centro expandido da cidade de São Paulo.

O território do Brás é fruto da industrialização brasileira paulista e seus processos. Esta região, no início do século XX, retratava o típico cenário paulistano da época, com seus imigrantes italianos, com o serviço de transporte por bondes e com sua paisagem formada por cortiços e vilas operárias. O romance ‘Brás, Bexiga e Barra Funda’ (Machado, 1983) detalha a história e as cenas cotidianas das fábricas e cortiços com personagens imigrantes italianos.

A migração e imigração permanecem sendo características peculiares do local. No bairro do Brás, por exemplo, há uma região com alta concentração de bolivianos, a maioria em situação irregular no país e a região do Belém contém um grande número de migrantes de outros estados brasileiros.

Outra característica desta região é a presença de algumas fábricas e indústrias, e um intenso comércio, o que resulta em poucas residências. O resultado deste retrato são logradouros públicos denominados “mortos” no período noturno, quando as atividades de trabalho são diminuídas.

O projeto de revitalização do centro é uma discussão antiga e também pauta atual na Prefeitura de São Paulo. Para tal projeto se estuda a possibilidade de ampliação do número de moradias, para que possa ser otimizada sua utilização durante a noite e potencializada durante o dia, realizando uma revitalização com adensamento populacional.

A habitação no centro da cidade é bandeira de defesa do movimento de luta por moradia da região tendo em seus moradores histórias de longos anos de vivência naquele território.

Recentes pesquisas apontaram uma queda substancial na qualidade de vida oferecida aos habitantes daqueles bairros (Sposati, 2000). Em termos numéricos, o bairro do Brás teve um decréscimo de 20% da sua população entre 1991 e 1996 – sendo que em 1996 havia 26.665 pessoas vivendo no Brás (Folha de São Paulo, 24 set 2000). Esta queda deu-se, possivelmente, por fatores disparados devido ao empobrecimento econômico da região, com cerca de 20% de suas lojas fechadas, o que representa cerca de 3.000 unidades, bem como conseqüente queda do número de empregos no comércio, de 60 mil para 45 mil (Folha de São Paulo, 25 set 2000). A população de rua, contudo, cresceu, abarcando cerca de 11% do total (971 pessoas) da cidade de São Paulo (Sposati, 2000).

Entre outros índices, o Brás é um dos bairros com taxa mais alta de mulheres chefes de famílias, 33,9%, cerca de 2.673 mulheres. Podemos dizer que uma parte destas vivem na unidade habitacional da Celso Garcia, onde observamos um movimento social feito principalmente pela força das mulheres.

Uma outra taxa abaixo do nível médio da cidade relaciona-se com a saúde infantil. O índice de mortalidade de crianças até quatro anos de idade para cada dez mil habitantes vivos, em 1999, foi de 77,66, o segundo pior índice do Município. Apesar de ocupar este lugar, houve um decréscimo de 41,82% neste índice se comparado com 1995, quando ocorreram 119,47 mortes para cada dez mil crianças vivas nesta idade (Folha de São Paulo, 25 set 2000).

Para Sposati (2000 e 2001), os jovens e adultos jovens, com idade entre 15 e 29 anos, são as principais vítimas da exclusão social vivenciada na cidade. Esta faixa etária aumentou populacionalmente na década de 90, enquanto nas outras idades se observou um decréscimo geral da população. Porém, os equipamentos sociais destinados à atenção daquela faixa, especialmente aos jovens, não foram ampliados, tendo como conseqüência um aumento na demanda por serviços, especialmente nas áreas de educação, saúde, lazer, emprego.

Dentre os indicadores apresentados por Sposati (2000) enquanto elementos de exclusão na cidade de São Paulo, a violência foi o índice que teve o maior aumento. O distrito do Brás registrou o maior número de homicídios, sendo que o percentual entre 1996 e 1999 cresceu 149%, passando de 37,50 assassinatos por cem mil habitantes para 93,47 mortes. A taxa de homicídios entre os jovens em 1999 foi de 160,85 por cem mil habitantes na região, caracterizando um dos fatores que coloca a população jovem como uma das principais vítimas da exclusão social.

Esses dados estatísticos apresentam cenas presentes no cotidiano da cidade de São Paulo, tanto na periferia quanto nos bolsões de pobreza no centro, exemplificadoras da desigualdade social existente, demonstrando uma realidade social que traz indicadores a serem trabalhados.

Por fim, trata-se de um espaço histórico-social que contém, até os dias de hoje, a presença dos cortiços, dos migrantes e imigrantes e que produz um imaginário, para o bairro e seus moradores, que vê aquele espaço como sendo de periculosidade, a partir da região empobrecida. Tal fato aponta para um desafio e acena a relevância para nossa aproximação com este território através da análise dos projetos em estudo.

As regiões de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – PSF

A região em estudo está inserida no Distrito de Saúde da Mooca, que é composto pelos bairros: Água Rasa, Belém, Mooca e Tatuapé, totalizando 251.531 habitantes (São Paulo, 2001).

O bairro do Belém, local do nosso trabalho de campo, compreende 37.482 habitantes (São Paulo, 2001) e conta com uma equipe de saúde da família destinada à atuação em bolsões de pobreza desta região.

Os Agentes Comunitários de Saúde dividem-se, no Belém, em seis regiões denominadas micro-área, espaço mais próximo à sua residência e pelo qual são responsáveis no acompanhamento referente ao Programa de Saúde da Família.

A micro-área é composta de, aproximadamente, 200 famílias. Cada agente comunitário responsabiliza-se pelo acompanhamento em uma subárea e os demais membros da equipe (médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem) são referência para todas as famílias da área, no caso do Belém, aproximadamente 1.200 famílias.

No momento em que realizamos o estudo de campo, a equipe do PSF contava com cinco agentes comunitários atuando em cinco micro áreas, estando, portanto, uma subárea sem a cobertura do programa devido ao pedido de demissão de um dos agentes comunitários logo no início de sua implantação. Fomos informados que o sexto agente foi recentemente contratado, tendo já iniciado o trabalho junto ao restante da equipe. Nossas análises, porém, estão referenciadas na atuação dos cinco agentes que acompanhamos e que participam do projeto desde o seu princípio na região, em fins de 2001.

A figura 01 apresenta a cidade de São Paulo e sua subdivisão em distritos de saúde. Em branco está representado o Distrito de Saúde da Mooca, que engloba os bairros do Brás e Belém.

A figura 02 demonstra a extensão da área de atuação do Programa de Saúde da Família do Belém.

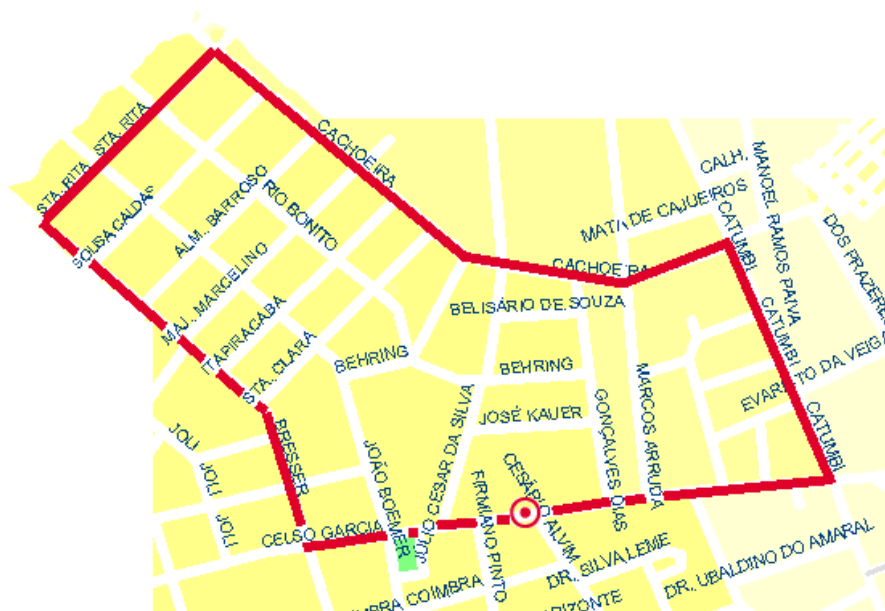
Figura 01 – Mapa da divisão da cidade de São Paulo, segundo os Distritos de Saúde: (em branco: Região da Mooca)



Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo (São Paulo, 2004).

Figura 02 - Micro-região a ser estudada, compreendendo seis áreas de implantação do Programa de Saúde da Família:

(Local apontado com círculo vermelho refere-se à comunidade do Casarão).



CAPÍTULO 1: POLÍTICAS PÚBLICAS E MOVIMENTOS SOCIAIS

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E PARTICIPAÇÃO: ALGUNS APONTAMENTOS

1.1.1 Estado Capitalista e as Políticas Sociais

As questões sociais contemporâneas requerem do Estado moderno a busca de respostas às problemáticas apresentadas pela realidade vivida. Reconhecer a presença de demandas sociais e a necessidade de intervenção estatal sobre essas é condição prévia para se falar sobre políticas sociais.

Para analisar as políticas públicas, neste caso específico referindo-se àquelas de corte social, é necessário compreender “a concepção de Estado e a(s) políticas(s) que este implementa, em uma determinada sociedade, em determinado período histórico” (Höfling, 2001, p.30).

As políticas sociais, no capitalismo, são fruto das mobilizações operárias no período do surgimento da era industrial (Vieira, 1992). As políticas públicas utilizam as políticas sociais como forma de promover o acesso aos bens de consumo coletivo, com maior ou menor retração de sua ação, a depender do exercício do direito de cidadania em dada sociedade. Tal aspecto irá se constituir enquanto uma forma de pressão para a composição das “necessidades” enquanto direcionamento das políticas sociais, no âmbito do Estado capitalista (Offe e Ronge, 1984).

O Estado capitalista contemporâneo, com a componente democrática como pressuposto implícito, é definido por Offe e Ronge (1984) enquanto a forma institucional de poder público que, em sua relação com a produção material,

caracteriza-se basicamente pelas determinantes funcionais: privatização da produção (propriedade privada dos meios de produção); dependência estrutural do processo de acumulação (orçamento do Estado atrelado à acumulação – impostos); e legitimação democrática (mecanismos representativos).

As políticas do Estado capitalista serão definidas como:

“o conjunto de estratégias mediante as quais se produzem e reproduzem constantemente o acordo e a compatibilidade entre essas (...) determinações estruturais do Estado capitalista.(...) existe uma e somente uma estratégia geral de ação do Estado. Ela consiste em criar as condições segundo as quais cada cidadão seja incluído nas relações de troca” (Offe e Ronge, 1984, p. 125, grifos no original).

Neste contexto “a política social é a forma pela qual o Estado tenta resolver o problema da transformação duradoura de trabalho não assalariado em trabalho assalariado” (Offe e Lenhardt, 1984, p.15).

Portanto, as políticas públicas capitalistas visam à manutenção das relações de troca inerentes ao Estado, e as políticas sociais compõem este quadro oferecendo resultados também para a manutenção do Estado capitalista. Para Offe é a conciliação entre as “necessidades” e os “interesses” que movem as políticas sociais.

Dentre todas as modificações e inovações do Estado contemporâneo, é ainda no âmbito do Estado capitalista, apresentado aqui rapidamente segundo o referencial teórico de Claus Offe, que encontramos o desenvolvimento das políticas sociais contemporâneas nas diferentes áreas que esta abrange.

1.1.2 Políticas Sociais: conceitos e a escolha das ações

No âmbito do Estado capitalista é através das políticas públicas de corte social que se observa a ação estatal, via projetos de governo para determinados grupos populacionais que demandem tais ações.

Diversos autores debruçam-se sobre a discussão das políticas sociais, entretanto seu conceito não apresenta um caminho único para análise. Santos (1987) destaca a dificuldade de definição das políticas sociais e os múltiplos conceitos criados não apontando para uma unidade. Marshall (1975, p. 11) ressalta: “Política Social é um termo largamente usado, mas que não se presta a uma definição precisa”.

Nesta discussão Santos (1987) relaciona, então, as falhas do mercado como produtoras, quase que exclusivamente, dos problemas sociais contemporâneos, e define “política social como o conjunto de atividades ou programas governamentais destinados a remediar as falhas do *laissez-faire*” (p. 34). Atribui à relação Estado-Mercado a criação de demandas para ação das políticas sociais.

Outra problemática derivada do binômio Estado-Mercado é a estrutura de escassez que cada vez mais está presente no Estado contemporâneo, fazendo com que haja a necessidade de eleição de parâmetros para o investimento de recursos nas políticas sociais. Santos (1994) classifica a estrutura de escassez em: moderada, crônica, aguda, e total, sendo o nível de gravidade crescente conforme o patamar em que se encontre a estrutura governamental. Em seu texto ‘A trágica condição da política social’ (1987), pontua a escolha da justiça enquanto critério para investimento social, e seu caráter de duas faces, pois privilegiar dada demanda para investimento significa, devido à escassez de recursos vivida, deixar outra demanda sem atendimento. Mas como caracterizar o prioritário? Qual investimento faz-se mais justo? É para estas perguntas que o autor expõe uma condição trágica de escolha.

O investimento nas políticas sociais pode-se dar a partir de um caráter preventivo (que busque a minimização de problemas sociais graves), compensatório (agindo para compensação de problemas sociais), ou redistributivo (transferência de

renda para população à margem do sistema). Todas as áreas são necessárias, contudo os critérios de prioridade são definidos segundo os princípios do governo em ação, passando necessariamente pela questão da escolha de critérios de justiça frente à escassez de recursos (Santos, 1994).

A aplicação destas políticas é dificultada pela pauta da escassez, conforme discutido, e pela sua ocorrência em meio à ordem social, que se caracteriza por ser um sistema aberto e dinâmico com possibilidades de conflito e mudanças permanentes, fazendo com que as reflexões produzidas sejam parciais e tragam, inevitavelmente, um recorte histórico-social.

1.1.3 Estado de Bem-Estar Social: a incorporação de direitos

O Estado de Bem-Estar Social foi implantado inicialmente na Europa no período pós-segunda guerra mundial, contendo particularidades dentro de realidades específicas, de acordo com cada país, e no âmbito de uma historicidade local de cada experiência conhecida.

O *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) baseia-se nas idéias do economista inglês John Keynes, que propunha o estabelecimento de uma política de pleno emprego, sendo o Estado um empregador relevante deste processo, bem como a adoção de uma economia planejada que levasse a uma maior estabilidade e à ampliação da demanda, e que redistribuísse renda em favor dos trabalhadores. Visualizava a criação de equipamentos de consumo coletivo – tais como educação, saúde, habitação, transportes – a serem incorporados culturalmente como ‘direitos de cidadania’ (Lopes, 1999, p.40).

Höfling (2001) discute as políticas sociais com pressupostos coincidentes com o Estado de Bem-Estar Social, e diz:

“[as] políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (p. 31).

King (1988) apresenta o conceito de Estado de Bem-Estar Social *marginal* e Estado de Bem-Estar Social *institucional*, diferenciando-os de acordo com a experiência de cada país na implantação e incorporação das políticas sociais. O primeiro conceito, política *marginal*, relaciona-se a experiências de desenvolvimento de uma cultura política de não incorporação de direitos; e o segundo conceito, política *institucional*, em contraposição diz respeito à formação de uma cultura política de cidadania e prevê maior grau de ação coletiva.

A tese que o autor defende, a partir do estabelecimento deste conceito, é que os países que vivenciaram um Estado de Bem-Estar Social institucional criaram mudanças em seu tecido social e formaram uma cultura política, com a incorporação de direitos sociais, dificultando assim políticas que tenham como objetivo a mudança deste paradigma, evitando críticas conservadoras e tentativas de cortes nos direitos sociais adquiridos e incorporados.

“Um Estado de bem-estar social duradouro gera apoio social para suas instituições e políticas: a provisão pública de bem-estar e serviços sociais torna-se um elemento aceito do papel apropriado para o Estado nas democracias industriais avançadas. A introdução e a consolidação das políticas do Estado de Bem-Estar contribuem, em certa medida, para a difusão de uma ideologia de apoio” (King, 1988, p.63).

Com base neste argumento, Vianna (1997) discute a relação entre economia e o declínio do *Welfare*, apontado como pontos congruentes por muitos atores. Ela questiona o discurso de desmonte fatal das políticas sociais, através de dados estatísticos que demonstram a permanência das principais políticas, – embora algumas apresentem uma queda nos números, não demonstrando, contudo, nenhuma

eliminação – não visualizando diretamente a relação de implantação de políticas econômicas e desmonte das políticas sociais. Seu campo de análise ocorre em “países do Ocidente desenvolvido”, local que referencia “os reais *Welfare States*” (p.157).

Aponta que “o novo contexto econômico lesa a política social, mas não **necessariamente** a destrói. (...) a **necessidade** reside, antes, em encontrar caminhos adequados às realidades singulares de cada um” (Vianna, 1997, p.164, grifos no original). Destaca ainda o papel dos atores sociais envolvidos neste processo e sua atuação na arena política no intuito de criar mecanismos de manutenção do que foi o *status quo* vigente, dificultando atuações que visem a redução de benefícios.

A implantação do Estado de Bem-Estar Social deu-se de forma parcial e tardia nos países da América Latina, locais nos quais não se observa a criação de uma nova cultura política nem a modificação da estrutura social (Draibe, 1997). Isto se deve a não-vivência das políticas sociais enquanto direitos universais de cidadania, pois a implantação de ‘novas propostas’ de redução de direitos sociais são realizadas com uma menor problematização por parte da sociedade.

Vianna (1997) aponta que em países como o Brasil, nos quais as ações públicas se reduzem a poucos benefícios para os pobres, as perdas são redobradas no processo de globalização econômico-financeira e neoliberal. Tais propostas ganham maior estofamento para sua implantação devido à inexistência da contestação que se encontra em países que viveram um Estado de Bem-Estar institucional.

O neoliberalismo foi uma “reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar” (Anderson, 1998, p. 9). Tem como marco inicial a publicação de Friedrich Hayek “*O caminho da servidão*”, de 1944. Suas críticas apontam que o *Welfare* atuava na destruição da liberdade dos cidadãos, sendo necessário a vitalidade da concorrência e um certo grau de desigualdade enquanto valores positivos para o desenvolvimento social.

Com a crise do petróleo em 1973, os neoliberais começam a ganhar espaço e a implantar sua proposta segundo os seguintes princípios: Estado parco em gastos sociais e intervenções econômicas, mas forte no controle dos sindicatos; estabilidade monetária; e taxa natural de desemprego, para criação do exército de reserva. A partir destes buscava-se manter uma desigualdade necessária para o funcionamento do sistema.

King (1988) cita que a Inglaterra, com Margareth Thatcher, assume, em 1979, seu caráter neoliberal e encontra resistência na população em relação à implantação de políticas que prevêm a redução de direitos sociais, não realizando muitas propostas inicialmente planejadas, exemplificando, assim, o caso de países que viveram um Estado institucional e sua reação frente a novas propostas de corte social.

Já na América Latina, Draibe (1993) pontua que as políticas públicas de caráter social inicialmente foram enquadradas dentro da discussão do Estado Mínimo e são submetidas “aos rigores dos ajustes macroeconômicos e à devastação social” (p.92) conseqüentes. Apresentam, então, a “deterioração dos serviços sociais públicos, a par do empobrecimento da população” (p. 101). A partir do início dos anos 90, a agenda neoliberal propõe uma mudança no discurso e passa a integrar e pontuar a necessidade de intervenção com ações nas camadas mais pobres, visando à manutenção da estabilidade política e redução de conflitos. Inicia-se a discussão da focalização das políticas sociais.

Com relação à focalização das políticas, Mendes (1993) pontua:

“a focalização, decorre do fato de que os gastos sociais públicos chegam, em pequena proporção, aos setores pobres da sociedade e que, portanto, para eles, devem ser dirigidos, prioritariamente, os recursos para os programas sociais. Contudo, a pequena força política desses grupos populacionais, decorrentes de sua desorganização, e a pouca sensibilidade social dos neoliberais com relação a eles fazem com que a política de focalização termine por transformar-se numa neofilantropia (p.51)”.

A proposta da focalização abarca o discurso da necessidade de erradicação da pobreza e do atendimento aos mais necessitados, apropriando-se de ideários democráticos e socialistas, dificultando a compreensão das políticas públicas de corte social no neoliberalismo. Entretanto, a conciliação do discurso entre minimização dos gastos sociais públicos e erradicação da pobreza pode levar à:

“segmentação da cidadania que pode ocorrer através da duplicidade da política social: uma política para pobres (em geral uma pobre política) ao lado de uma política para ricos (em geral, rica, sofisticada e muitas vezes também financiada com recursos públicos)” (Draibe, 1993, p.100).

A autora alerta para a possibilidade de que as ações ditas emergenciais venham a ser traduzidas por políticas sociais para pobres seletivamente escolhidos, promovendo uma segmentação da cidadania, e o não conhecimento da política social enquanto direito para todos.

Contudo, tendo a América Latina vivido um Estado de Bem-Estar Social imperfeito (Draibe, 1997), o que para alguns autores impede até de nomeá-lo de “Estado de Bem-Estar”, a implantação do neoliberalismo e a criação de políticas sociais não se configuraram dentro do caráter de instituição de direitos e de uma cultura política. Porém, estes não devem ser argumentos suficientes para se abandonar o ideário de um Estado institucional voltado para a aquisição de benefícios sociais para todos, pois “O Estado de Bem-Estar Social, portanto, continua a ser uma referência decisiva na concretização dos direitos de cidadania” (Vianna, 1997, p.166).

1.1.4 Cidadania e Participação – Os Movimentos Sociais

O conceito de cidadania constitui-se ao longo da história e apresenta diferenças de acordo com o contexto espaço-temporal envolvido. Trata-se de uma

construção sócio-histórica na qual é feita a discussão dos direitos. As manifestações e lutas pela cidadania variam em termos de reivindicações de acordo com este processo vivenciado.

Marshall (1967) traz uma definição clássica para cidadania onde este conceito se traduz no conteúdo da pertença igualitária de uma comunidade política. Esta é medida pelos direitos e deveres que a constituem e pelo conjunto de instituições que é compatível com a eficácia social e política desses direitos e deveres comuns. Subdivide o conceito em: cidadania civil, política e social.

A cidadania civil relaciona-se com os direitos necessários à liberdade individual; a cidadania política refere-se aos direitos de participação no exercício político como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo; e a cidadania social traz o conceito do direito universal de todos cidadãos a um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços.

A tríade teorizada por Marshall, *cidadania civil, política e social*, vem caracterizar o conceito de *cidadania plena*.

“O Estado capitalista (democrático) garante, estruturalmente, a cidadania civil e a política. A outra componente, a cidadania social, não é intrínseca” (Lopes, 1999, p.45). A experiência de aquisição da cidadania social no Estado capitalista deu-se através do Estado de Bem-Estar Social, conforme apresentado acima, e sua incorporação enquanto cultura de direitos criou a instituição da cidadania social, em alguns países, buscando um pertencimento menos desigual a todos seus cidadãos na sociedade.

Dentro do contexto histórico brasileiro a aquisição de direitos fez-se, e ainda é feita, dentro de um processo longo de lutas, com raízes no período colonial passando

por diversos e significativos eventos nos quais as reivindicações concentravam-se, e concentram-se, na busca da cidadania civil, política e social¹.

Esta cultura de direitos relacionada à cidadania social depende, segundo Telles (1994), da:

“constituição de espaços públicos nos quais as diferenças podem se expressar e se representar em uma negociação possível; espaços nos quais valores circulam, argumentos se articulam e opiniões se formam; e nos quais, sobretudo, a dimensão ética da vida social pode se constituir em uma moralidade pública através da convivência democrática com as diferenças e conflitos (...)” (p. 92).

Estes espaços públicos implicam em arenas democráticas que envolvam a participação e a consolidação de instituições compatíveis com a esfera social, priorizando os direitos universais e atuando para a consolidação da *cidadania plena*.

No âmbito dos espaços públicos, a sociedade civil é chamada para participação. Entretanto é necessário que se problematize de qual sociedade civil estamos falando.

Lopes (1991), a partir do referencial teórico de Gramsci, conceitua sociedade civil como:

“conjunto dos organismos ‘privados’ de hegemonia, como sindicatos, igrejas, escola, família, os meios de comunicação, os partidos políticos, através do qual a direção intelectual e moral da classe dominante vai procurar o consentimento, a persuasão, a adesão das classes subalternas ao seu projeto social” (p. 172).

¹ Este tema não será aqui detalhado, embora seja de extrema importância, em virtude dos propósitos deste trabalho. Gohn (1994) traz uma breve perspectiva histórica das lutas no Brasil pela cidadania. Kowarick (2000) traz reflexões sobre o papel da cidadania nas cidades. Carvalho (2001) faz um relevante estudo sobre a constituição histórica da cidadania no Brasil. Estes, dentre outros autores, são referências para o tema.

Para Gramsci, o conceito de Estado dá-se a partir da composição da sociedade civil com a sociedade política, sendo a primeira caracterizada pela persuasão, consenso, hegemonia e a segunda caracterizada como o espaço de dominação e poder (Sameraro, 1999).

“por Estado deve-se entender além do aparelho governamental, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil (...) a direção do desenvolvimento histórico pertence às forças privadas, à sociedade civil, que é também ‘Estado’, aliás o próprio Estado. (...) na noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção” (Gramsci, 1988, p.147-149).

A soma ‘destas sociedades’ possibilita o conflito entre a ideologia dominante e a contra-ideologia criando arenas para ações contra-hegemônicas, colocando, dentre outros temas, a cidadania social como pauta da ordem estatal.

A partir do conceito apresentado, observam-se as experiências dos movimentos e lutas sociais no Brasil, que devido ao crescimento do caráter explorador e espoliativo do capitalismo, incompatibilizando o desenvolvimento de uma cidadania social, formou “elementos para um cenário que cria um novo ator histórico enquanto agente de mobilização e pressão por mudanças sociais: os movimentos sociais” (Gohn, 1992, p.16).

Nos anos 70 e 80 os movimentos sociais crescem e a cidadania passa a ser o lema de reivindicação e luta destes movimentos. “Os movimentos sociais, populares ou não, expressam a construção de um novo paradigma de ação social, fundado no desejo de se ter uma sociedade diferente, sem discriminações, exclusões ou segmentação” (Gohn, 1994, p.8).

Suas reivindicações relacionam-se à aquisição de direitos que permitam a manutenção da vida e do trabalho:

“Tocavam praticamente em todos os pontos do custo da reprodução da força de trabalho: habitação, transporte, creches populares, tarifas de energia elétrica – e numa síntese bem emblemática, o próprio movimento pelo custo de vida, muito forte durante algumas décadas” (Oliveira, 1994, p.4).

Gohn (1994) interpreta a ação dos movimentos sociais como a luta pela cidadania coletiva. Embora o conceito de cidadania por definição já esteja relacionado com conquistas coletivas, a autora destaca que as lutas dos movimentos sociais ultrapassam o conceito de cidadania individual, ou seja, a busca da aquisição de direitos para si, prevalecendo os interesses baseados na comunidade, dentro de um processo que favorece, segundo Sandoval (1998), uma importante relação entre democratização e movimentos sociais, pois:

“a cidadania coletiva privilegia a dimensão sócio-cultural, reivindica direitos sob a forma da concessão de bens e serviços, (...) reivindica espaços sócio-políticos sem que para isto tenha que se homogeneizar e perder sua identidade cultural” (Gohn, 1994, p.2).

Os movimentos sociais são compostos por membros da sociedade civil, com uma particularidade de organização e influência histórica no país que caracterizam as ações desenvolvidas por estes grupos.

O conceito de sociedade civil enquanto componente atuante em conjunto com a sociedade política prevê a participação na elaboração de políticas públicas, principalmente as de corte social que visam à realização de benefícios para seus cidadãos.

Contudo, as proposições atuais para a sociedade civil diferem-se das proposições e lutas abarcadas historicamente pelos movimentos sociais no Brasil.

A política neoliberal vivenciada hoje, conforme referência acima, impulsiona a sociedade civil para participação, colocando-a enquanto categoria antagônica à sociedade política, ou seja, a proposta não consiste em viabilização conjunta de políticas públicas, e sim da administração pela sociedade civil por si só de demandas

anteriormente consideradas do escopo estatal. Estes valores vão ao encontro do princípio neoliberal de diminuição de gastos com políticas sociais e liberdade para a sociedade resolver os problemas encontrados e vividos nela.

Telles (1998) aponta os perigos desta “outra forma de gestão do social, uma gestão das populações pobres” (p. 112), que para Draibe (1993) fragmenta a cidadania, descaracterizando os princípios de universalidade, igualdade e justiça social “podendo até erodir a própria noção de direitos e cidadania pela neutralização da tessitura democrática construída na interface entre Estado e sociedade moral” (Telles, 1998, p.113).

O campo da filantropia muitas vezes traz apenas o apelo da solidariedade bloqueando a dimensão política necessária para a discussão das políticas sociais (Telles, 1998).

É necessário retomarmos o conceito de Estado proposto por Gramsci e requalificarmos os papéis da sociedade civil, sem criarmos com isso uma categoria que se conceitua na oposição à ação estatal, como proposto pelo neoliberalismo, nem tão pouco defendermos a eliminação do Estado enquanto instância de intervenção nas questões sociais.

Draibe (1997) propõe a investigação destas novas modalidades de participação social e Offe (1998) pontua que os problemas de um país não serão mais resolvidos somente pela ação estatal ou do mercado. Este último autor ressalta a necessidade de haver uma conjugação entre Estado, Mercado e Comunidade com o intuito de se buscar soluções integradas.

A partir da complementaridade das categorias citadas por Offe, Estado e Comunidade, o referencial gramsciano atua enquanto alternativa para novos encaminhamentos.

Tem-se, contudo, um cenário de diferentes proposições, sendo que em uma encontra-se a ordem neoliberal utilizando-se de conceitos como o de cidadania para a

desarticulação de políticas públicas e responsabilização da sociedade civil para a gestão de algumas temáticas, e, em outra, é ainda através do conceito de cidadania que se questiona e problematiza as ações conjuntas entre sociedade civil e política para elaboração e gestão das políticas sociais, onde:

“é certo que direitos e cidadania significam um modo de nomear (e imaginar) as formas pelas quais as relações sociais podem ser reguladas e construídas regras civilizadas de sociabilidade - e é exatamente por esse ângulo que estamos sendo desafiados no núcleo mesmo de nossas questões” (Telles, 1998, p. 116).

Portanto, a cidadania é uma categoria importante para investigação e debate no âmbito da consolidação de políticas públicas voltadas para a diminuição das desigualdades sociais.

Afonso (2001) lembra-nos que o surgimento histórico do conceito de cidadania é ancorado no capitalismo e nem sempre tem atuado para inclusão de todos seus cidadãos, e reflete:

“a existência de um terreno de disputa onde se processam os confrontos sociais, políticos, econômicos e culturais (...) enquanto construção democrática de novos direitos (...) categoria dinâmica e inacabada, fortemente permeável às lutas sociais (p. 22)”.

É a categoria “*cidadania*”, juntamente com a categoria “*democracia*”, que precisam ser ressignificadas, recolocadas e reproblematicadas com o intuito de que as discussões e ações tenham como meta a *cidadania plena* aqui descrita.

Benevides (2003) pontua que a “*cidadania ativa*” só será atingida a partir do exercício da democracia, que necessita ser constantemente aplicada para ser incorporada. Para tanto, considera imprescindível um processo de educação política

que objetive a mudança da cultura estabelecida, baseada em princípios patrimonialistas e clientelistas, através de novas formas de participação popular.

Participação é um relevante aspecto da categoria democracia aqui compreendida como: “(...) um importante instrumento de ampliação do conceito de cidadania que, dessa forma, expande-se para o terreno da própria produção do direito” (Moisés, 1990, p.7).

A democracia é demasiadamente simplificada se analisada apenas a partir dos representantes eleitos pelo voto, enriquece-se, contudo, se ampliada à influência dos participantes nos processos de decisões relevantes para a coletividade, para os negócios públicos.

Cidadania e democracia compõem o ressignificado de princípios e o estabelecimento de paradigmas para a discussão da *cidadania plena*.

A constituição da *cidadania plena*, enfocando uma política social de direitos, remete à experiência do *Welfare State*. Na América Latina o Estado de Bem-Estar Social ocorreu a partir de um “modo imperfeito e deformado” (Draibe, 1997, p. 3) nos anos setenta, apresentando um caráter centralizador, corporativista e com pouca participação da sociedade na implantação e operação dos programas sociais. Entretanto, é a experiência do *welfare* europeu que nos referencia a possibilidade de aquisição de uma política social de direitos que influencie na cidadania social da população.

As políticas sociais apresentam limites que se esbarram na condição da política econômica, todavia, a “vontade política dos governos e das organizações da sociedade, interessados na reestruturação e renovação da solidariedade” (Draibe, 1997, p. 10) são potencializadores para superação de seus limites promovendo maior equidade social, sendo o Estado este elemento de potencialização para diminuição de níveis de exclusão.

Draibe (1997) aponta a necessidade de reformulação das políticas sociais na América Latina, pensando em programas de proteção baseados numa política de emprego, programas sociais universais e programas de combate à pobreza; e como diretrizes para a reorganização das políticas sociais destaca: a descentralização; a conjugação de esforços públicos e privados com parcerias e participação social de diferentes níveis da sociedade civil; a integração de programas e o reordenamento dos gastos públicos.

Essa autora vislumbra, nas políticas sociais, um “conjunto de programas e ações continuadas no tempo, que afetam simultaneamente várias dimensões das condições básicas de vida da população” (p. 14), e são a possibilidade de criação de um sistema de proteção social na América Latina.

O espaço de ação de intervenção estatal, incluindo aí a sociedade civil, pode produzir experiências que caminhem na aquisição de direitos e, conseqüentemente, na ampliação da cidadania.

Dentro da proposta de um reordenamento das políticas sociais, a participação popular é a força motriz que pode exigir do Estado políticas que não apresentem apenas o caráter compensatório, mas que se desdobrem para a ampliação de direitos. Os movimentos sociais são, para alguns autores, “movimentos de superfície”, devido à questão da fragmentação da participação e do não aprofundamento de suas problemáticas. No entanto, “essas experiências permitem – e isso não é pouco – o pensamento e a imaginação política, pelos horizontes que descortinam para a invenção histórica” (Telles, 1994, p. 100).

É a organização e a participação popular que nos permite falar em sociedade civil emergente, na qual as relações sociais são mediadas pelo reconhecimento de direitos e interesses, e que abrem brechas para a construção de espaços públicos nos quais o conflito seja legitimado e as medidas de equidade e justiça permeiem um debate constante. Enfim, este conceito de sociedade civil é que cria condições para se

construir a noção de bem público que permita a pluralidade e a defesa de interesses através do embate.

A organização social constituída a partir de uma nova institucionalidade das políticas sociais, conforme sugerido por Draibe (1997), conjuga sociedade civil e sociedade política contribuindo para uma ampliação da cidadania.

Para isso é necessário haver o debate de estratégias que tenham na ação política a possibilidade de ser “a arte de fazer possível o desejável” (Kowarick, 2000, p.132).

“No momento em que as teorias libertárias perderam, temporariamente, suas capacidades de dinamização social e política, resta o enfrentamento com o capitalismo realmente existente, agora em sua ofuscante fase neoliberal. Resta ainda o ideário de uma concepção que se constrói a partir da luta da sociedade civil e que passa necessariamente, e cada vez mais, pela questão da democracia” (Kowarick, 2000, p.134).

O fortalecimento do ideário constituído a partir da sociedade civil tem o fim de impulsionar e possibilitar a criação de novas formas de sociabilidade que inovem a sociedade moderna dentro dos parâmetros de comunidade e vida coletiva.

Entende-se, por fim, que é a partir da rearticulação da política econômica e social, conjugada com a participação da sociedade civil, que se busca a construção da cidadania plena visando ao estabelecimento de uma sociedade mais justa, mais solidária e menos desigual.

1.2 EXCLUSÃO SOCIAL, INCLUSÃO, VULNERABILIDADE E DESFILIAÇÃO

O termo exclusão social nos remete a uma série de debates a respeito de sua história, concepção e abordagem. A partir dos anos 80, acentua-se a preocupação acadêmica com o conhecimento e a interpretação da situação de exclusão social, suas características e conseqüências. Tais estudos têm o objetivo de apontar e compreender as desigualdades de distribuição de renda na sociedade capitalista em que vivemos e os processos decorrentes a partir da desigualdade intrínseca ao sistema.

Martins (1997) aponta duas vertentes para análise do conceito de exclusão: a vertente econômica e a sociológica, não sendo possível o detrimento de uma em função da outra para a compreensão de tal fenômeno.

A primeira utilização do termo exclusão social deu-se por René Lenoir no livro *Les Exclus: um français sur dix*, a partir de influência da terminologia trabalhada por Foucault, como banimento, reclusão e expulsão (Escorel, 1999, p.51).

Porém a própria existência da categoria exclusão social é um debate para alguns teóricos. Martins (1997) inicia a discussão pontuando a necessidade de análise do *processo* de exclusão, criticando a explicação de todos problemas sociais através do conceito de exclusão. Para ele:

“exclusão é apenas um momento de percepção que cada um e todos podem ter daquilo que concretamente se traduz em privação: privação de emprego, privação de meios para participar do mercado de consumo, privação de bem-estar, privação de direitos, privação de liberdade, privação de esperança. É isso, em termos concretos, que vulgarmente chamamos de pobreza” (p.18, grifos no original).

Oliveira (1997), baseado nos conceitos de Marx, questiona a existência dos excluídos do ponto de vista teórico-metodológico, referindo-se à funcionalidade desta situação para o sistema capitalista, pois servem como exército de reserva, bem como servem à economia como mão-de-obra super explorada para utilização nos processos de acumulação.

Castel (1997a) propõe a utilização reservada do termo exclusão devido à heterogeneidade de seus usos e retoma a visão acima apresentada de que: “falar de exclusão conduz a autonomizar situações-limite que só têm sentido quando colocadas num processo” (p.19). Ressalta a possibilidade de que esta análise isolada pode ser transformar numa “armadilha”, tanto para a reflexão sobre seu conceito quanto para as ações planejadas para seu enfrentamento.

Destaca três subconjuntos para os processos que realmente considera como os de exclusão. Inicia com a *supressão completa da comunidade*, exemplificando com a expulsão dos judeus, a condenação à morte, e o genocídio, como processos naturalmente excludentes. Segue através do conjunto de práticas de exclusão que constrói *espaços fechados e isolados da comunidade*, como os guetos, asilos para loucos, prisões. E por fim, apresenta a categoria que considera mais praticada atualmente enquanto exclusão, que é o status especial que permite o *indivíduo existir na comunidade, porém com privação de certos direitos* – o que não deve ser confundido com a subcidadania – e exemplifica com o caso dos indígenas no processo de colonização, a privação para as mulheres do direito ao voto etc.

Contudo, Castel (1997a) não identifica nestas categorias aqueles que hoje são chamados de excluídos, como por exemplo, os desempregados e jovens em situação de vulnerabilidade social. Ele aponta que a categoria trabalho apresenta uma relevante função integradora na sociedade, pois deparamo-nos com uma estrutura social que apresenta como princípio o trabalho, pois trata-se de uma sociedade salarial (Castel, 1998). Entretanto, vivemos num momento de precarização do trabalho enquanto categoria social, acompanhado de uma crise da sociedade salarial,

ocasionados por uma economia pós-industrial geradora de desemprego estrutural e uma precarização dos empregos restantes frente à “flexibilização do mercado de trabalho” (Castel, 1998, 1997b). A nova conjuntura apresentada para as relações de trabalho tem trazido um perfil de pessoas que não têm lugar na sociedade, os “sobrantes” (Castel, 1997b), “supranumerários” (Castel, 1998), aqueles “tomados supérfluos, desnecessários ao processo produtivo” e passam a ser “inúteis ao mundo”.

“[O trabalho] É o pilar de sustentação da coesão social que está em crise. De forma tal que o que vem a unificar todas as manifestações da nova pobreza sob a categoria de exclusão social é que se trata dos ‘sem trabalho’, dos supérfluos e desnecessários ao mundo da produção e sem perspectiva de (re)inserção ocupacional” (Escorel, 1999, p.55).

Alguns autores discordam da utilização do conceito da precarização da sociedade salarial, como Demo (2002), ao apontar a necessidade de se debater a crise do Estado de Bem-Estar Social, através do aspecto do pleno emprego, e pontua que se empobrece o tema quando se propõe, em suas palavras, a substituição da luta de classes pela sociedade salarial.

Entendemos que uma discussão não necessariamente se sobrepõe a outra, pelo contrário, complementam-se no desafio da compreensão das complexas estruturas da sociedade moderna.

A mudança da categoria trabalho traz a configuração de uma “nova questão social” (Rosanvallon, 1998 e Castel, 1997b), na qual o conceito de exclusão se apresenta insuficiente para uma explicação das desigualdades sociais observadas, as quais têm se destacado como problemas sociais de grande relevância em diferentes espaços. Não se trata apenas de uma exclusividade de países periféricos (Oliveira, 1997), pontua-se um desafio global no debate do trabalho enquanto categoria social, no nível macro-estrutural, e na sua dimensão de promoção de proteção social.

A estrutura macro-social é extremamente relevante para a compreensão da situação, porém as estruturas locais, que se alocam na dimensão micro-estrutural cotidiana, também influenciam e relacionam-se com os fatores no campo macro, constituindo assim os elementos formadores dos processos sociais de ‘exclusão’. A família, os espaços comunitários, o sindicato, os equipamentos sociais que compõem as políticas públicas, constituem os vínculos sociais das pessoas, influenciando no seu processo de inserção social. A conjugação entre os níveis macro e micro-estrutural será também apresentada pelo conceito desenvolvido por Castel.

O autor (1994 e 1997c) define quatro zonas para conjugar conceitualmente o duplo processo em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional. Estas zonas apresentariam graduações em cada um desses eixos, sendo variável em: “trabalho estável, trabalho precário, não trabalho; inserção relacional forte, fragilidade relacional, não inserção” (Castel, 1997c, p.23). Define:

“Acoplando estas graduações duas a duas obtemos três zonas, ou seja, a zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), a zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e a zona de marginalidade, que prefiro chamar de zona de desfiliação² para marcar nitidamente a amplitude do duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional” (p.23, grifos no original).

A quarta zona referida seria a zona de assistência, na qual o indivíduo necessita de subsídios públicos para se manter inserido econômica e socialmente.

Os limites entre estas zonas são muito porosos havendo um percurso constante de algumas pessoas entre a zona de vulnerabilidade e desfiliação, na qual é encontrado um duplo processo de fragilização social. Não se tem, portanto, limites

² O termo desfiliação não existe em português, o original, “desaffilié” em francês, tem sido traduzido no Brasil como desfiliação ou desafiliação, por não ter sido encontrado nenhum termo que se aproximasse a seu sentido. Neste texto optaremos pelo uso do termo desfiliação.

rígidos para tais categorizações e conceitos, na prática cotidiana são permeados de idas e vindas entre as diferentes categorias.

Esquemáticamente poderíamos categorizar as zonas em um gráfico que demonstram o perambular entre elas:

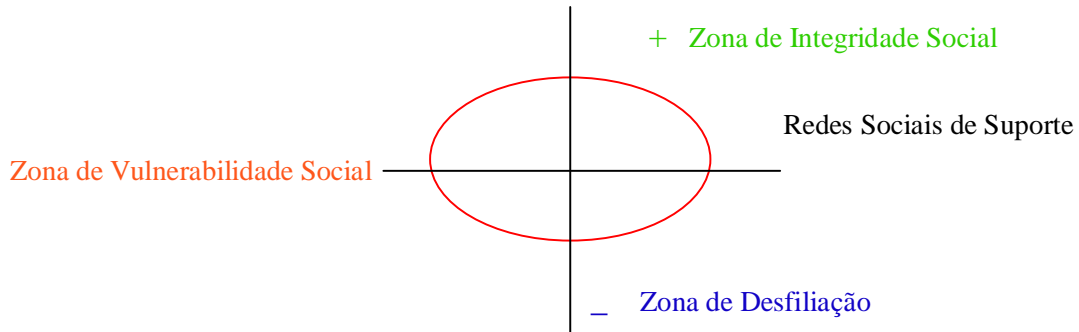


Figura 03 – Zonas de inserção/desfiliação, segundo o conceito de Castel

Vale ressaltar que os padrões de integração da sociedade brasileira sempre foram restritos, comparados aos padrões franceses pré-estabelecidos pelo autor, e a zona de assistência nunca apresentou uma dimensão de integralidade no atendimento (Kowarick, 2002).

Escorel (1999) apresenta como sugestão, ao debater o conceito de desfiliação de Castel, o uso do termo “desvinculação” uma vez que se refere à ausência de vínculos com o trabalho e com as relações sociais.

Os conceitos das zonas sociais, através da inclusão da inserção relacional no debate, remetem-se também às redes de sociabilidade, de solidariedade, ou as redes sociais de suporte, nas quais os indivíduos estão envolvidos. Esta é a estrutura que age no contexto micro-social, no local, e que se conjuga ao macro na junção de fatores influentes nos processos sociais.

Fatores gerais da macro-estrutura influenciam majoritariamente os grupos populacionais, tal aspecto relevante não pode ser ignorado em qualquer análise. Contudo, olhar para a micro-estrutura possibilita uma ampliação da compreensão dos processos de desfiliação. Rosanvallon (1998) destaca a importância da análise também dos aspectos individuais:

“Não tem sentido tentar compreender os excluídos como uma categoria. São os processos de exclusão que é preciso levar em conta. A situação desses indivíduos deve ser compreendida a partir de certas rupturas, das crises e perturbações que vivenciaram. São os afastamentos e as diferenças que os marcaram (...). O importante é, em primeiro lugar, analisar adequadamente as trajetórias que conduzem às situações de exclusão (...). Daí a nova importância das noções de precariedade e vulnerabilidade” (Rosanvallon, 1998, p. 154, grifos no original).

Uma das perguntas que se faz nesta pesquisa refere-se à possibilidade de criação e/ou ampliação das redes sociais de suporte através de políticas e projetos sociais direcionados a grupos populares.

Para Castel (1994) a “proteção aproximada” (p.42) para a constituição das redes sociais de suporte é composta por duas dimensões básicas: a família e a cultura. A família é um dos elementos mais decisivos para esta proteção e a cultura seria a dimensão de partilhar valores, os espaços de constituição das redes de solidariedade, de possibilidade de criação de novos suportes sociais.

A discussão da inclusão e/ou inserção social passa atualmente por uma inclusão, definida por Martins (1997), como marginal. A naturalização da pobreza, através de sua banalização e conformismo (Escorel, 1999) tem (re)produzido subcidadãos não ampliando a discussão dos direitos. É necessário que o debate retome ao princípio do *direito a ter direitos*.

Kowarick (2002) faz um ensaio sobre a atual situação social e pontua a discussão dos direitos dentro de um processo de “descidadanização”. Para ele, as

formas de vulnerabilidade social relacionadas ao emprego e à proteção social produziram um campo centrado na:

“questão da fragilização da cidadania, entendida como perda ou ausência de direitos e como precarização dos serviços coletivos que garantiam uma gama mínima de proteção pública para grupos carentes de recursos privados – dinheiro, poder, influência – para enfrentar as intempéries nas metrópoles do subdesenvolvimento industrializado” (Kowarick, 2002, p.15, grifo no original).

Escorel (1999) sintetiza a categoria ‘exclusão social’ como:

“A exclusão social significa, então, o não encontrar nenhum lugar social, o não pertencimento a nenhum tops social, uma existência limitada a sobrevivência singular e diária. Mas, e ao mesmo tempo, o indivíduo mantém-se prisioneiro do próprio corpo. Não há (mais) um lugar social para ele, mas ele deve encontrar formas de suprir suas necessidades vitais e sobreviver sem suportes estáveis materiais e simbólicos. A ausência de lugar envolve uma ‘anulação’ social, uma diferença desumanizadora, que reveste seu cotidiano com um misto de indiferença e hostilidade” (p.81).

O processo de exclusão/desfiliação não está somente associado à crise da sociedade salarial, mas também, e de forma relevante, à crise das sociabilidades, da solidariedade, das reivindicações e da participação.

Esta é uma das pautas atuais para a compreensão da dinâmica social e dos processos de inclusão, exclusão e vulnerabilização social.

CAPÍTULO 2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E A PROPOSTA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: A CONSTITUIÇÃO DO DIREITO SOCIAL

O acesso à saúde no Brasil percorre uma trajetória que vai *da filantropia ao direito*, configurando-se a primeira como traço determinante para a maioria absoluta dos brasileiros e estando ainda bastante presente em muitas ações.

Neste percurso vários fatos contribuíram para a constituição do imaginário brasileiro no que se refere ao conceito de saúde e de assistência à saúde. É relevante destacar que o conceito de saúde, assim como outras vertentes das políticas sociais, sempre estiveram relacionadas ao contexto econômico brasileiro da época.

Entre o final do século XIX até meados da década de sessenta o modelo econômico concentrava-se na economia agroexportadora, sendo até os anos trinta baseada no café. O fator preponderante da agroexportação demandava ações de saúde que, sobretudo, promovesse uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias, através do controle de doenças que pudessem prejudicar a exportação. Configura-se assim um modelo sanitarista campanhista (Mendes, 1993) que tinha como viés de intervenção as grandes campanhas com o intuito de erradicação das doenças infecto-contagiosas.

Surgem, na década de vinte, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que consistiam em um seguro para trabalhadores do setor privado, garantindo pensões, aposentadorias e assistência médica a filiados e dependentes, financiados através de contribuição compulsória estipulada contratualmente (Merhy, 1997 e

Lopes, 2001). Em meados da década de trinta passa-se a se constituir agrupamentos por categorias profissionais – como marítimos, bancários, industriários etc – formando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Oferece-se não apenas as aposentadorias e pensões, mas também um sistema de assistência à saúde para aqueles que se encontrassem nas estruturas destas categorias profissionais (Lopes, 2001).

Nesse contexto, a noção de assistência médica para o trabalhador é tida naquele imaginário como um direito derivado do contrato de trabalho, uma contrapartida à contribuição de parte do salário, diferentemente da assistência médica de natureza pública e filantrópica, a ser oferecida à população carente, fora do mercado formal de trabalho (Lopes, 2001).

“A saúde não é, portanto, um direito de cidadania a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado; não é sequer um direito do trabalhador - o que se criou foi um conceito muito mais restritivo, o da assistência médica, vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal, ou uma dádiva piedosa, caso contrário. A assistência médica - e a garantia da saúde em geral - eram vistos como pertinentes à esfera privada e não à pública” (Lopes, 2001, p.24-25).

O controle financeiro dos IAP's passa, a partir da década de quarenta com a emergência do populismo, a contar mais enfaticamente com a participação do Estado na estrutura tripartite.

O processo de industrialização, iniciado a partir dos anos cinquenta, induziu o aparecimento da assistência médica e da Previdência Social (Mendes, 1993).

Na década de sessenta passa-se pelo processo de substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que se propõe a realizar a uniformização dos serviços (Mendes, 1993).

A década de setenta viveu a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1993), que se constituiu a partir de ações de um subsistema estatal simplificado e ações majoritárias de um subsistema privado contratado e conveniado, com financiamento público e privado de atenção médica supletiva.

Este modelo esgota-se no final da década de setenta, segundo Mendes (1993), tendo como pano de fundo a crise fiscal do Estado, com fortes repercussões na Previdência Social, e como tema central a não-resolubilidade do modelo.

A partir dos anos oitenta inicia-se o processo de redemocratização do país, com a reconquista inicial da cidadania política. É nesta época que toma grande impulso a discussão da reforma sanitária brasileira dentro do chamado ‘processo de abertura democrática’ e sob pressão dos movimentos populares e da sociedade civil (Lopes, 2001).

“Os novos horizontes trouxeram à cena política novos atores e diferenciados projetos. A par do extraordinário fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 70, revigorou-se também o sindicalismo: ambos puderam afinal eclodir publicamente, após décadas de repressão. A crise e os sucessivos escândalos na Previdência Social - foco de fantástica corrupção, clientelismo político, desvio de recursos públicos para outras finalidades e má administração - e o aumento do contingente de excluídos que só tinham acesso a serviços de saúde de segunda categoria ou à filantropia, eram razões mais que suficientes para que as forças sociais que discutiam a questão saúde se estruturassem para debatê-la em processo que, a partir de conferências municipais e depois estaduais, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, realizada em 1986, congregou delegados de todo o país” (Lopes, 2001, p.27).

As teses centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde tinham como princípios a universalização do atendimento à saúde, a descentralização administrativa, a participação comunitária e a redefinição paradigmática da atuação do Estado na área, visando à construção da cidadania e a garantia da saúde – para além da atenção médica – como um direito de cada brasileiro e um dever do Estado.

Constituídas em seu relatório final – apresentado como documento oficial em 1987, foram elementos que se tornaram poderosos instrumentos de pressão em dois eventos de grande significado, um no Executivo e outro no Legislativo (Lopes, 2001).

Em 1987, o governo implantou o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que reforçou uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS, em 1983), de aumento de repasses financeiros da União para estados e Municípios.

Em 1988, a Constituição Brasileira referendou a nova lógica, criando o SUS – Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes gerais apontadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde, constituindo-se num novo paradigma para a saúde.

A saúde passa a ser direito de todos, sem quaisquer discriminações, a ser ofertada pelo Estado (Brasil, 1990a). O SUS deverá ser estabelecido através de uma rede de serviços regionalizados, hierarquizados e descentralizados, com participação dos usuários.

“Há inegáveis ganhos teóricos na conquista de um reconhecimento legal, juridicamente consagrado, do direito à saúde como um elemento de cidadania plena” (Lopes, 2001, p.28).

O SUS apresenta doutrinas que englobam: a *universalidade*, entendida como direito de **todo** cidadão; a *equidade*, sendo que não haverá discriminação para o atendimento e todos deverão ser atendidos conforme suas necessidades; e a *integralidade*, através do atendimento aos indivíduos enquanto seres bio-psico-sociais. (Brasil, 1990a, grifos nossos).

Os princípios norteadores são o de *regionalização* e de *hierarquização*, que prevêm a organização dos serviços em níveis de complexidade tecnológica crescente, em uma área geográfica delimitada e com a análise das demandas da população local; *resolubilidade*, sendo a exigência para resolução dos problemas de saúde apresentados; *descentralização*, com o intuito de redistribuição das

responsabilidades quanto às ações e serviços; *complementariedade do setor privado*, mediante o contrato com o serviço público quando este necessitar de algum serviço que não dispõe; e o *controle social*, proposto através dos conselhos de saúde, com o intuito de atuação dos membros da sociedade civil na formulação de estratégias e no controle e execução das políticas, preconizado pela lei 8.142, que regulamenta o SUS (Brasil, 1990a).

Com isso, propõe-se uma nova atenção à saúde, que objetiva promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Dessa forma são introduzidas, na saúde pública, medidas que possibilitam a prestação de serviços antes somente ofertados pelo setor privado, tanto filantrópico quanto lucrativo. São criados novos serviços e introduzidos novos técnicos, passos para a discussão de um novo pressuposto que não encontre como único viés, saúde enquanto ausência de doença (Lopes et al., 2000).

2.1.1 Atenção primária e o Programa de Saúde da Família – PSF

A forma de atendimento prevista pelo SUS enquadra-se nos princípios da regionalização e da hierarquização dos serviços, conforme acima descrito, prevendo uma gama de equipamentos sociais que se destinem à prestação de serviços em saúde.

Utiliza-se como critério o agrupamento dos equipamentos sociais segundo sua localização geográfica e população abrangida, formando assim os Distritos de Saúde (Cohn e Elias, 1996).

A partir de então a assistência será oferecida através dos serviços de *atenção primária*: a saúde no nível do distrito (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, e outros); *atenção secundária*: destinado a especialidades e atenção hospitalar, abrangendo uma área maior de atuação que a distrital; e *atenção terciária*: destinada à atuação através de equipamentos especializados (Cohn e Elias, 1996).

Este sistema é pensado no formato de uma pirâmide estando a atenção primária em sua base, sendo a porta de entrada para o sistema, e a área responsável pelo maior percentual de atendimento no sistema de saúde.

Esferas de Atendimento:

Terciário (5%)

Secundário (15%)

Primário (80%)

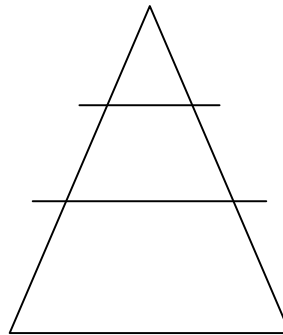


Figura 04 – Esferas de atendimento em Saúde – (Conforme Cohn e Elias, 1996, p.65).

As ações de atenção básica devem ser descentralizadas e territorializadas, e organizadas de acordo com a demanda local. Isto significa dizer que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem prover intervenções que sua comunidade demandar, tendo **toda** a população acesso a este serviço.

O Programa de Saúde da Família (PSF) trata-se de uma alternativa para a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (Alves Sobrinho, 2002).

O PSF, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), são inspirados no modelo britânico, no qual a porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde dá-se de forma regular, por meio da ação do médico generalista, responsável por uma população determinada – o médico de família. Baseiam-se também em experiências bem sucedidas no Ceará e na Paraíba, a partir de 1990, com a implantação do PACS. A partir de 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família – PSF, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2001a).

O incentivo financeiro para a implantação do PSF e do PACS em todos os Municípios brasileiros é legalizado através da Norma Operacional Básica (NOB) 96 (Brasil, 1997), que cria um acréscimo no percentual do montante do Piso Assistencial Básico – verba destinada à aplicação em atenção básica. Esta dotação é progressiva, aumentando de acordo com o percentual de população coberta pelas equipes de saúde da família.

Merhy e Bueno (2003) criticam a NOB 96 por priorizar uma “cesta básica” financiada pelo Estado, ferindo os princípios do SUS e sendo condizente com uma proposta de reforma do Estado de acordo com os princípios neoliberais.

O principal objetivo do PSF é definido pelo Ministério da Saúde:

“(...) a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa (Brasil, 2001a, p.5)”.

Ainda em relação aos objetivos do Programa de Saúde da Família, este diz se traduzir como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”, (Brasil, 2003). Essa estratégia apresentada oficialmente pontua as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade de Saúde da Família, que vem substituir a UBS, e também no domicílio das famílias atendidas pela Equipe de Saúde da Família.

A equipe mínima é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O

número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para cada 550 pessoas acompanhadas (Brasil, 2001a). Outros profissionais poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família, de acordo com as necessidades e possibilidades locais (Brasil, 2001a).

O Agente Comunitário de Saúde é uma pessoa da própria comunidade que recebe qualificação específica, passando a fazer parte da equipe de saúde local; atende os moradores em cada casa, dando atenção a todas as questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. Exige-se do ACS a residência na comunidade há pelo menos dois anos, que tenha 18 anos ou mais, saiba ler e escrever, e que tenha disponibilidade de tempo integral para o PSF (Brasil, 2001b).

A cobertura nacional do PSF, em março de 2000, dava-se em 38% dos Municípios brasileiros (Brasil, 2001a). Para se ter uma idéia do crescimento do programa no país, o atendimento cresceu de 1,1 milhão de pessoas por 328 equipes em 1994 para 20,6 milhões de habitantes atendidos por 5.957 equipes em 2000 (Brasil, 2001a). Em março de 2004 os números já eram de 94 milhões de pessoas atendidas, aproximadamente 54,2% da população brasileira, por 19.503 equipes, atuando em 91,2% dos Municípios brasileiros (Brasil, 2004). Dados que representam, entre os anos de 2000 e 2004, um aumento de 456% da população assistida e um crescimento de 328% no número de equipes atuantes.

O Programa de Saúde da Família enraizou-se como uma política nacional na atenção à saúde das pessoas. Isso se deu, dentre outros fatores, pelos incentivos financeiros promovidos pelo Ministério da Saúde, desde o início de sua implantação. Tem-se, mesmo com mudanças de gestão nas cidades, e até no Ministério da Saúde, a continuidade da diretriz de atenção via o PSF.

2.1.2 O Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo

A cidade de São Paulo esteve entre os anos de 1996 e 2000 sem receber recursos federais e estaduais referentes ao Sistema Único de Saúde. O não repasse de verbas se deu devido à opção política, do então prefeito Paulo Maluf, em realizar a implantação do Plano de Atendimento à Saúde – PAS, projeto que não agregava os princípios constitucionais do SUS, caracterizando-se como um sistema paralelo de saúde no país, que não atuava na diretriz de saúde enquanto direito público.

"Concretamente, o PAS era um modelo de convênio de cooperativas (...) entre a Prefeitura do Município de São Paulo e a Cooperativa de Desenvolvimento da Comunidade. Esta união visava proporcionar serviços de natureza preventiva e de assistência médica, ambulatorial e hospitalar à população (...). As críticas ao PAS prosseguiram após sua implantação e tinham como ponto fundamental o fato de ser um serviço de pronto-atendimento, com controle empresarial de uma cooperativa. Dentro desse sistema perdia-se o princípio de atenção integral à saúde e trabalhava-se com o conceito de saúde enquanto ausência de doença. Nesse sentido, um serviço de pronto-atendimento mostrava-se aparente e temporariamente eficaz na resolução dos problemas da população, sendo que os casos graves – por exemplo, os portadores de HIV e câncer – eram encaminhados ao que restava do SUS na cidade (Lopes et al., 2000, p52-53)".

No início de 2001, na atual gestão municipal, o então Secretário da Saúde Eduardo Jorge Alves Sobrinho anuncia a realocação do SUS na cidade, a estruturação dos Distritos de Saúde e a implantação prioritária do Programa de Saúde da Família.

"(...) a implantação da saúde da família é a principal tarefa que nos propomos, e que uma vez cumprida, pode mudar não só o Sistema de Saúde, mas afetar positivamente a qualidade de vida do cidadão, humanizar o atendimento, e despertar iniciativas e energias populares hoje reprimidas e represadas" (São Paulo, 2001).

O plano inicial da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2001–2004 previa a implantação de 1.750 equipes de saúde da família na cidade com 10.496 agentes comunitários, propiciando uma cobertura para aproximadamente sete milhões de paulistanos. A prioridade inicial foi nas regiões mais carentes da cidade (São Paulo, 2002a). A “missão social” do PSF paulistano era de cuidar de 100% dos indivíduos SUS-dependentes, ou seja, aqueles que não dispõem de nenhum tipo de plano de saúde, sendo dependentes do sistema público no Município, estimado em seis milhões de pessoas (Souza, 2002, p.41).

Os eixos norteadores do PSF em São Paulo são (São Paulo, 2002b, p.6):

- Conceito de saúde como qualidade de vida, com atenção centrada no coletivo e no individual;
- Garantia do princípio de hierarquização da rede, contando com serviços para referência e contra-referência;
- Intervenções interdisciplinares com a percepção do indivíduo em sua integralidade;
- Fortalecimento das ações intersetoriais na perspectiva de valorização do espaço local;
- Incentivo à participação popular.

Segundo Souza (2002) o desafio está na reorganização da atenção básica, para que esta não exclua a população que realmente necessita dos serviços de saúde, otimizando os resultados e ampliando a assistência, e seja “o farol que iluminará os demais pontos do sistema, assegurando, dessa maneira, o acesso universal e a integralidade da atenção – pilares fundamentais do SUS” (p.48).

Para operacionalização do PSF na cidade foram feitas parcerias com doze instituições filantrópicas que contratam as equipes de saúde da família, a partir do repasse financeiro da Prefeitura. A contratação dos profissionais, administração do

programa, capacitação e supervisão do trabalho são de responsabilidade de cada distrito de saúde conveniado às entidades parceiras.

A contratação de funcionários do PSF por instituições filantrópicas foi um modelo adotado no cenário nacional, o qual a cidade de São Paulo seguiu.

Esta forma de contratação remete-nos a discussão das terceirizações e do papel do Estado na viabilização das políticas públicas e a atual pauta de corte neoliberal. A proposição do enxugamento da ação estatal dá-se através, dentre outros aspectos, da lei de responsabilidade fiscal, sendo que o Estado passa a repassar sua função de contratação e viabilização pública das políticas para organizações da sociedade civil.

Porém, é o Estado quem viabiliza economicamente estas organizações, promovendo sua sustentabilidade. O repasse de recursos financeiros para as contratações de trabalhadores tem a finalidade de que estes realizem serviços de natureza pública, no espaço público e para o Estado, fator que compõe uma contradição, uma vez que os trabalhadores têm vínculo empregatício em organizações privadas da sociedade civil.

Esta atividade está cada vez mais comum no escopo estatal, não compondo apenas a viabilização do Programa de Saúde da Família, e sim efetivando diversos programas e projetos nascidos no escopo estatal, porém realizados através das parcerias ‘público-privado’. Faz-se necessário realizar a discussão de qual o papel destas parcerias naquilo que tange as políticas sociais.

Esta nova configuração das políticas representa uma diminuição dos direitos dos trabalhadores enquanto servidores públicos, causando um “rebaixamento da sociedade salarial”, além de passar para as mãos de outros aquilo que é responsabilidade estatal: a implementação e gerenciamento das políticas públicas, com enfoque aqui para aquelas de corte social.

Através das contratações pelas parcerias com as entidades filantrópicas, modalidade adotada pela cidade conforme dissemos, até agosto/2002 São Paulo contava com 483 equipes de PSF, 129 equipes de PACS, totalizando a atuação de 3.764 agentes comunitários de saúde distribuídos nos 41 distritos de saúde que compõem o Município (São Paulo, 2002a).

2.1.3 Educação Popular em Saúde

Introduzir a temática da Educação Popular neste trabalho tem a finalidade de se investigar as ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde e suas interfaces com o campo da educação popular, uma vez que eles são da comunidade atuando no programa e também está previsto, pelas diretrizes nacionais do PSF, aprimorar o potencial dos aspectos de educação popular inerentes a sua proposta (Chiesa e Veríssimo, 2001).

A discussão do papel e relevância da educação popular é um tema com histórico nas áreas de educação e saúde, e vem evidenciando e sublinhando suas interfaces.

Tais interfaces estão presentes quando se parte de um conceito de educação e saúde que ultrapassam as visões mais tradicionais como o conceito de educação bancária e saúde enquanto saber oriundo da clínica para a promover a ausência de doença.

Partindo de uma perspectiva em que a educação é vista numa concepção problematizadora, libertadora e que gera autonomia, segundo os preceitos de Paulo Freire, e a saúde balizada no seu princípio da integralidade e num conceito ampliado para sua definição, encontramos vários pontos de conexão que atuam “para a construção de processos de participação como uma prática social de organização da vida cotidiana ampliando, por exemplo, a participação da população no acesso e gestão de bens e serviços públicos” (Sophia, 2001, p.6).

Nesta perspectiva a educação popular em saúde conceitua-se enquanto um “campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do dia a dia da população” (Sophia, 2001, p.5). Sendo que sua experiência acontece quando o trabalho profissional funde-se com a cultura e educação popular local.

O termo ‘educação popular’ começa a ser usado a partir da segunda metade dos anos sessenta, sendo precedido, a partir do final da década de cinquenta, pelas experiências de ‘educação de base’ e ‘educação de adultos’. Tinham como meta os princípios da construção de uma sociedade mais justa e democrática (Gadotti e Torres, 1994).

O educador Paulo Freire é apontado como símbolo do desenvolvimento do trabalho a partir dos saberes populares, trazendo para a arena aquele para a qual as ações são direcionadas e pensadas no contexto das diferentes intervenções (Brandão, 2001).

Princípios como a valorização do saber popular, o estabelecimento de relações horizontais entre técnicos e população, cultura local, vínculo, participação dos grupos populares em prol de determinadas reivindicações e seus processos educativos inerentes, movimentos sociais, dentre outros, são temas norteadores deste campo.

Valla (2000) enfatiza também que o estímulo à participação e à organização popular não está relacionado somente com processos pedagógicos e de protagonismos, mas também com a ausência do Estado no não cumprimento de seu papel de desenvolvimento de políticas públicas, sendo que, por exemplo, moradores de determinados locais acabam por se organizar para buscar alternativas e garantir condições mínimas de vida. “(...) as autoridades querem a participação popular para solucionar problemas para os quais não dão conta” (Valla, 2000, p.21).

A situação assinalada pelo autor presume um conceito de Estado e o papel da participação popular para sua composição, pois, através do tema da participação, esta

perspectiva vê nos grupos populares a obrigação de solucionarem seus próprios problemas. Fator que deturpa o conceito de Estado que adotamos neste trabalho, o conceito de educação popular e a dimensão de processo educativo na perspectiva da aquisição do direito e da cidadania (Valla, 2000).

Vasconcelos (2001a) diz que a educação popular:

“busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (p.15).

O ponto de partida para o trabalho encontra-se no saber anterior das classes populares para que a educação popular seja um:

“processo pedagógico que valoriza a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas de educandos e o diálogo entre saber popular e o saber científico” (Vasconcelos, 2001a, p.16).

Contextualiza-se, portanto, a educação popular na dimensão da educação não-formal a partir das lutas cotidianas constituírem-se enquanto um dos elementos para um processo de educação através das ações coletivas, tendo a luta pela cidadania enquanto objeto impulsionador das práticas (Souza, 2001). “A educação não-formal tem sempre um caráter coletivo, passa por um processo de ação grupal, é vivida como práxis concreta de um grupo, ainda que o resultado do que se aprenda seja absorvido individualmente” (Gohn, 1999, p. 104).

O eixo educativo do qual se fala encontra-se na perspectiva sintetizada por Paulo Freire (1997, 2002) “baseada no reconhecimento e valorização do potencial humano para criatividade e liberdade” (Vasconcelos, 2001b, p. 154).

A educação em saúde dá-se a partir da contribuição das disciplinas das ciências sociais e educação no interior do setor saúde. Este processo pode ser analisado sobre dois pilares, o primeiro baseado na cultura e autonomia, conforme as diretrizes acima apresentadas, e o segundo direcionado para a formação de condutas (Sophia, 2001).

Quando se analisa sobre este primeiro pilar insere-se no setor saúde uma dimensão pedagógica que não a acompanha tradicionalmente. A formação dos profissionais que operacionalizam o setor saúde, em grande parte dos casos, compreende uma visão unilateral do saber que não se referencia na promoção da autonomia, distanciando-se, portanto, dos processos de educação popular. Pensar numa dimensão pedagógica da clínica e do cuidado pressupõe que o profissional inicie seu trabalho a partir da perspectiva do outro, no contexto do outro.

O agente comunitário de saúde traz em si a cultura e o saber local. Potencializá-lo para o desenvolvimento pedagógico do cuidado centra-se em promover o desenvolvimento comunitário.

No segundo pilar, formador de condutas, encontra-se a origem da discussão dos processos de educação e saúde. Este é marcada por um histórico que traz um discurso e prática normatizadores e higienistas, os quais viam no indivíduo e nos seu *locus* de habitação, as causas e as soluções dos problemas de saúde, sem analisar o contexto sócio-econômico envolvido (Smeke e Oliveira, 2001).

Nasce daí os “preceitos do bem viver” (Peregrino, 2000) amplamente divulgado até nossos dias, os quais normatizam e ditam a forma saudável de se viver, sem ofertar a autonomia de escolha e sem analisar as possibilidades locais, nem sempre condizentes com o prescrito. O comportamento individual de risco é

interpretado como causa única das doenças e conclui com a culpabilização do indivíduo, utilizando a educação enquanto instrumento horizontal de formação do ‘correto’.

Os processos educativos em saúde, a partir da linha normativa apresentada, especificam uma atuação que enfoca somente a atenção individualizada, dentro do conceito do binômio saúde-doença, reduzindo as potencialidades do processo educativo que poderia ser desenvolvido.

A consolidação do Sistema Único de Saúde pressupõe o conceito da determinação social da doença, em contraposição ao conceito da história natural da doença (Smeke e Oliveira, 2001), requalificando o discurso e potencializando a atuação no âmbito da educação popular.

O Estado concentra um relevante papel de ator no processo social, sendo as políticas públicas o meio de execução da intervenção, cuja atuação será caracterizada pelo princípio norteador da gestão em questão. Não reduzindo os conceitos para a individualização e determinação simplistas do processo saúde-doença, a educação popular assume papel relevante na função de interventor e demandante de ações. Neste paradigma, o usuário do serviço assume o papel de responsável pelo controle social, princípio do SUS.

A partir do pressuposto do significativo papel da educação popular e dos processos envolvidos nos projetos em análise, trabalha-se na perspectiva de investigação dos processos coletivos de educação, mais especificamente da educação não-formal, no espaço do movimento social, bem como na atuação do agente comunitário de saúde no desenvolvimento de suas funções no Programa de Saúde da Família – PSF.

Chiesa e Veríssimo (2001) vêem no PSF um espaço privilegiado para o desenvolvimento da prática educativa, possibilitando a ampliação e fortalecimento da participação comunitária. Para Sophia (2001) o PSF é apresentado enquanto principal

estratégia para reorientação do modelo assistencial concentrando em si um ambiente favorável para o desenvolvimento da educação popular.

O agente comunitário tem a função de acompanhar as famílias de sua comunidade, investigando os índices de saúde, ofertando informações, realizando processos educativos, possibilitando o acesso até a unidade de saúde, realizando ações de pequena complexidade, viabilizando a entrada do profissional na casa das pessoas, dentre outras funções.

Também lhes é atribuído o papel de incentivo a participação comunitária e desenvolvimento da organização local.

Vemos que estas funções são extremamente relevantes, porém em alguns momentos ocupam posições contraditórias, pois lançam sobre o agente a responsabilidade de desenvolvimento de diferentes papéis.

Para que o agente desenvolva todas estas ações é necessário que lhe seja ofertado processos contínuos de formação, baseados na perspectiva da educação popular, uma formação que parta daquilo que o agente vive no cotidiano de seu trabalho na sua comunidade, das demandas que a população lhe apresenta, para que se aja na produção de uma dimensão pedagógica cotidiana da educação e do cuidado que seja efetiva enquanto resolutividade para a população local.

Porém, isto precisa ser uma opção dos gestores conduzindo o processo na direção do desenvolvimento da educação em saúde, pois apenas atribuir as funções ao agente e esperar pela sua efetivação sem lhes auxiliar com instrumentos para o desenvolvimento de suas diferentes funções significa sobrecarregar as pessoas mais frágeis do projeto e não investir na concretização de suas proposições.

A região de nosso estudo insere-se num território em que a maioria dos agentes comunitários são lideranças locais em seu contexto. Esta particularidade facilita algumas dimensões pensadas para o trabalho do agente. Contudo, tal fato por si só não garante a operacionalização de processos de educação popular, participação

e desenvolvimento comunitário a partir do PSF. É necessário um investimento do nível gestor para estas ações, potencializando a particularidade deste local, campo em que as ações encontram-se facilitadas pela presença do movimento social popular.

O agente comunitário, enquanto um membro da própria comunidade, representa a cultura e o saber local, conforme dito, sendo potencialmente um agente para introdução de novos conceitos e práticas para a comunidade. Porém, sua figura sozinha não garante a instalação do processo de educação em saúde na comunidade, para que tais processos ocorram será necessário uma condução do programa nesta direção pelos atores locais, dos dirigentes aos executores, criando espaço e valorização para o fomento do processo.

A educação popular em saúde embute no PSF uma possibilidade de desenvolvimento, porém requer formação e investimento deste princípio enquanto diretriz para o seu desenvolvimento.

CAPÍTULO 3: MOVIMENTO POPULAR DE MORADIA E DEMANDAS SOCIAIS

3.1 O MOVIMENTO SOCIAL DE MORADIA EM SÃO PAULO

3.1.1 Os movimentos sociais populares urbanos no Brasil

As Sociedades Amigos de Bairro – SAB – tiveram relevância no debate do acesso à cidade, estando presentes no cenário brasileiro desde as primeiras décadas do século. Desenvolveram-se intensamente a partir de 1945, com o regime populista, momento em que o voto era barganhado por melhorias urbanas (Gohn, 1992), sendo que o movimento popular contava, naquela contexto sócio-histórico, com o apoio da Igreja Católica. As SABs foram permeadas por ações clientelistas do Estado, favorecendo determinados segmentos em detrimento de outros, o que levou à sua desarticulação e enfraquecimento (Ottman, 1995), estando, entretanto, ainda presentes no cenário urbano.

A desarticulação promovida entre as SABs e o Estado, abriu espaço para a emergência, na década de cinquenta, da Igreja Católica enquanto forte elemento nas redes de apoio aos movimentos populares. Tal fato se fortalece com o surgimento da Teologia da Libertação que cria, anos mais tarde, a Ação Popular. Dentre os objetivos da Ação Popular, que priorizava a discussão da efetivação da revolução popular, estava o de levar educação para populações rurais. Atuou vários anos criando *locus* de educação e discussão de direitos entre a população, gerando os novos movimentos sociais aos quais abrigava em espaço físico e espiritual-ideológico, mas seu trabalho foi comprometido devido à repressão da ditadura militar (Ottman, 1995).

Durante o regime ditatorial, com a intervenção militar no país, os movimentos sociais viam no Estado um opositor comum, causa acima de sua bandeira particular de luta (Oliveira, 1994 e Ottman, 1995). Porém o grande risco da repressão, somado ainda ao não fortalecimento de uma via político-sindical, fez com que as ações dos movimentos, nessa época, fosse de pequena expressividade (Gohn, 2001).

Foi nos anos setenta que no Brasil, assim como em outros países da América Latina, os movimentos sociais destacaram-se em expressividade de lutas, fazendo reivindicações trabalhistas, através das ações dos movimentos sindicais; bem como em torno das condições para reprodução da força de trabalho, estando a visibilidade maior nos movimentos de periferia, que se encontravam organizados pela luta para aquisição de bens de consumo – tais como moradia, saúde, educação, transporte etc. (Oliveira, 1994).

Na década de oitenta foram vividos anos que representaram a retirada do apoio da Igreja Católica aos movimentos, apesar da resistência de significativos participantes e lideranças internas, em virtude da crise do setor progressista e prevalência do conservador. Esta lacuna deixada é ocupada com mais ênfase, embora já houvesse a atuação anterior neste cenário, por partidos políticos, assessorias, e ONGs, que trabalharam com diversas lideranças.

A nova Constituição brasileira, em 1988, representa a assunção de direitos, incorporando à proposta de participação popular, sendo que os movimentos sociais são reconhecidos, a partir de então, na categoria de participantes.

Nos anos noventa a ênfase da maior parte dos movimentos sociais está na centralidade de ações direcionadas por e para as lutas de grupos específicos, como: feministas, homossexuais, negros, ecologistas, pacifistas, dentre outros (Schere-Warren, 1994).

Os movimentos buscam soluções e alternativas através de ações e estratégias que constroem identidades coletivas que implicam no acesso à cidade e à cidadania (Gohn, 2001, 1991 e Schere-Warren, 1994).

“(...) este conjunto de valores e forma de atuação abertas ao pluralismo, criam um campo político e ético apropriado para a articulação de forças sociais múltiplas e diversificadas, permitindo assim a formação de redes e de parcerias ao nível da esfera pública” (Schere-Warren, 1994, p. 8-9).

Gohn (1991) relata que o projeto transformador dos movimentos, ou seja, o conjunto de propostas e diretrizes que explicam e organizam sua práxis, permitem avanços como: a descoberta dos direitos sociais dos oprimidos pelos oprimidos, consciência da segregação social, constituição de novos sujeitos históricos que aparecem de forma coletiva, constituição de uma identidade popular, alteração da lógica de apropriação e uso do espaço urbano, dentre outros. Para Ottman (1995) a luta dos movimentos representa um aprofundamento do processo democrático e a produção de bens e serviços mais igualitários no sistema capitalista.

No Brasil, as principais lutas sociais foram, e continuam sendo, relacionadas ao trabalho e à espoliação urbana produzindo duas frentes mais atuantes de movimento: o movimento operário e o movimento popular. Oliveira (1994) expõe que o movimento sindical interroga a grande burguesia e o Estado, ambos de forma pública, e considera o questionamento e lutas pela mudança do *status quo* as raízes para o desenvolvimento da sociedade civil e para a redefinição de um Estado diferente da proposta neoliberal.

Kowarick (2000) correlaciona o movimento operário com o movimento popular, colocando-os no âmbito das lutas sociais e questionando seus desencontros e ações díspares.

O movimento operário sindical teve sua maior expressão entre 1978-80 com as greves dos metalúrgicos no ABC paulista, culminando na histórica paralisação de 41 dias em São Bernardo do Campo. O movimento operário contava com o apoio das organizações de bairros, local onde se iniciaram as primeiras aglutinações que culminaram nas greves (Kowarick, 2000).

Os movimentos sociais populares organizados a partir dos bairros, por sua vez, são muito mencionados entre o fim da década de setenta e durante os anos oitenta (Sandoval, 1998), quando se apresentam em grande número (movimento por água, esgoto, asfalto, luz, transporte, creche, moradia etc.) e são analisados como forma inovadora de construção da cidadania, e assim focados como um dos atores sociais relevantes do processo histórico.

Os movimentos sociais foram objeto de estudo de vários pesquisadores na década de oitenta, anos descritos como a década da participação popular, frente à discussão da 'década perdida', no âmbito econômico (Gohn, 2001). Entretanto, os anos noventa são interpretados por algumas teses com desesperança e decréscimo nos movimentos. Os autores analisam influentes externos como a crise econômica, o desemprego, a queda do muro de Berlim, a descrença na política e no Estado, a implantação do Estado neoliberal, como fatores que influenciaram para a desmobilização vivenciada pelos movimentos populares (Gohn, 1994). Os aspectos internos são vistos como os predominantes da crise, circundam o fato de os movimentos não terem autonomia, estando sempre dependentes das assessorias, partidos, igrejas, corporativismos, e a vinculação de lideranças com partidos políticos que assumiram cargos públicos gerando uma diminuição da participação popular (Gohn, 1997).

A produção de uma mudança de cultura é também discutida por Gohn (1992) apontando a necessidade de redefinição de valores e conceitos.

“o que está em pauta é justamente a busca da redefinição desta cultura, introduzindo-se novas formas de pensar a questão da coisa pública e a questão dos direitos dos indivíduos e da coletividade, os vícios da cultura vigente perpassam as novas práticas. E estes vícios estão presentes nas crises dos movimentos populares (...)” (p.111).

A teoria do ‘fim dos movimentos sociais’ é questionada por alguns autores (Gohn, 1992; Ottman, 1995), propondo a relação dos movimentos às suas características cíclicas, de fluxo e refluxo, ressaltando as vivências coletivas e solidárias como influenciadores e potentes articuladores para os movimentos.

Os movimentos sociais populares apresentam uma importante trajetória de luta pela cidadania na história do Brasil, sendo que atualmente fala-se de uma crise geral de participação. Todavia, os movimentos populares podem ser analisados enquanto agentes possuidores de uma “potencialização de reivindicações que se articulam em formas organizativas capazes de abrir espaços sócio-políticos sólidos e coletivos” (Kowarick, 2000, p.57), que possam tencionar discussões sobre os processos contemporâneos de cidadania e direitos.

3.1.2 Trabalhador e Cortiço: uma realidade ainda presente

As formas criadas e recriadas de moradia em São Paulo têm longa história, relacionando-se ao início do processo de industrialização, datado do final do século XIX, tempo em que as pessoas buscavam alternativas de habitação para estar em locais acessíveis ao trabalho.

O cortiço é a forma de habitação proletária mais antiga na cidade de São Paulo, iniciado na época citada, e mantido até os dias atuais. Caracteriza-se pela divisão de uma área em cubículos, onde cada família reside com a divisão de áreas molhadas, como banheiros e pias.

“Nos seus traços gerais, o cortiço é caracterizado como habitação coletiva situada num lote de terreno onde coabita involuntariamente grande contingente humano que precisa dividir banheiros, torneiras, tanques e outras áreas de uso comum. Marcada por péssimas condições de habitabilidade quanto aos seus aspectos físicos, insalubre, sem as mínimas condições higiênicas, esta modalidade de moradia apóia-se no aluguel de cômodos de mínimas dimensões onde, em situação de flagrante promiscuidade, se espreme grande quantidade de pessoas de sexos e idades diferentes” (Kowarick e Ant, 1994, p.86).

Esta forma de habitação surge, no início do processo de industrialização, como “a mais viável para o capitalismo nascente reproduzir a classe trabalhadora a baixos custos. Estima-se que a terça parte das habitações existentes em São Paulo era composta de cortiços” (Kowarick e Ant, 1994, p.74).

Os moradores de cortiços eram vistos como ‘perigosos’ para a sociedade, pois habitavam locais insalubres e de propagação de doenças. Porém, havia também uma ‘doença social’ que se temia, pois os cortiços eram também reconhecidos como local de habitação dos anarquistas (Valladares, 1994).

Dáí surge o discurso de higienização trazido pelos sanitaristas, cuja ação visava especialmente os cortiços, pois estes continham os ‘vírus’ a serem combatidos.

“O que os médicos haviam diagnosticado como foco das epidemias era também, e sobretudo aos olhos da elite política nacional, ‘o berço do vício e do crime’ pois era aí que residia e se concentrava o que se chamava de ‘classe perigosa’ ” (Valladares, 1994, p.86).

“Ser morador do cortiço implicava (e implica) em ‘exclusão/marginalização social’, pois nele reconhecia-se o operário visto como anarquista” (Barros et al., 2003a, s/p.). O imaginário social instaurado constituiu-se (e ainda constitui-se) na conexão ente morador de cortiço, pobreza, e pessoa ‘perigosa’ à sociedade.

Esta relação direta advém do conceito de vilas operárias, local compreendido como espaço do mundo do trabalho, da moral, e da ordem; em contraposição aos

cortiços, local da ‘vadiagem’, da ‘amoral’, da ‘desordem’ que deveria ser reprimido e controlado para não comprometer a ordem instaurada (Valladares, 1994). Os moradores de cortiço inseriam-se no mundo do trabalho a partir da realização de atividades temporárias, o que não permitia sua inserção em vilas operárias, característica associada, à época, aos ‘marginais’ e/ou ‘vagabundos’. Este imaginário consolidado permanece até os dias de hoje, fazendo com que os moradores de cortiços sejam vistos a partir de um estigma que os associa à vadiagem.

As ações sanitárias de Oswaldo Cruz, cujo *locus* principal de intervenção era os cortiços, visavam combater as doenças contagiosas. Para tanto, realizavam invasões nas casas para vacinar as pessoas, removendo agentes possibilitadores de transmissão, utilizando o poder da lei, mas atingiam também os valores morais das pessoas, os quais eram desconsiderados (Carvalho, 1987 e Valladares, 1994).

A habitação em cortiço, contudo, permaneceu como o tipo de habitação dominante da classe trabalhadora nas grandes cidades brasileiras até a década de 50, quando a acumulação industrial adquire novos contornos, produzindo o processo de metropolização-periferização da cidade, onde o parcelamento da habitação é substituído (sem excluí-lo) pelo parcelamento do solo das múltiplas e distantes periferias, onde, destituídas de serviços básicos, os operários constroem suas casas próprias (Kowarick e Ant, 1994).

As políticas públicas de habitação financiadas pelo Estado não chegaram à população que apresentava pequenas condições financeiras e moradias precárias. Entre 1937 e 1964, apenas 141 mil unidades habitacionais foram construídas no Brasil, para uma população estimada em aproximadamente 70 milhões de pessoas – segundo dados do Censo de 1970 – e as unidades habitacionais construídas eram destinadas, em sua maioria, para a classe média (Kowarick e Ant, 1994).

A partir de 1964 os investimentos públicos em habitação ampliaram-se, porém permaneceram dirigidos à população da classe média e alta da cidade, como visto nas

políticas do Banco Nacional de Habitação (BNH), que dentre as 5,6 milhões de residências criadas, 80% foi direcionada às classes acima citadas, e apenas 20% destas moradias eram para a população com renda entre 3 e 5 salários mínimos (Kowarick e Bonduki, 1994).

Como consequência deste longo período de pouco investimento público em moradia popular, a cidade de São Paulo teve um crescimento desmensurado de favelas, cortiços, bem como a periferação dos operários, os quais construía suas casas “com as próprias mãos”.

“periferização: o crescimento rápido e desordenado das franjas metropolitanas a partir de processos de parcelamento do solo levados a cabo por pequenos e médios agentes imobiliários que se especializaram em “driblar” a legislação urbanística, criando loteamentos irregulares, muitas vezes clandestinos. Periferização refere-se também ao processo de segregação espacial da classe trabalhadora, empurrada cada vez mais para longe da área central da cidade, confinada em espaços marcados pela escassez de serviços urbanos e equipamentos de uso coletivo” (Valladares, 1994, p. 102).

A moradia na periferia caracterizava-se pela autoconstrução em locais desprovidos de saneamento básico e energia elétrica. Isto deu origem, na década de setenta, a movimentos populares organizados para obter água, esgoto e regularização de terrenos clandestinos (Gohn, 1991), além da luta pelo fim do regime militar, que era uma proposta consensual entre os movimentos populares.

No início da década de oitenta, estes movimentos aglutinaram-se e formaram os movimentos de associações comunitárias (mutirões). Gohn (1991) pontua esta como uma forma de organização popular mais desenvolvida por incorporar vários movimentos e ampliar um mínimo de direitos a requerer.

Gohn (1991) relata que:

“Enquanto foi possível autoconstruir nos terrenos clandestinos – à custa de enorme esforço familiar –, invadir áreas, levantar barracos, alugar cortiços e pardieiros, a situação ia se ajeitando. Mas a crise habitacional dos anos oitenta afunilou ou eliminou as alternativas. E a mobilização popular adveio como conseqüência” (p. 165).

O movimento de moradia em São Paulo divide-se em três grandes grupos: movimento pelo acesso à terra; movimento pela posse da terra: favelas; e movimento pela construção da moradia popular: mutirões comunitários (Gohn, 1991), sendo que o último foi o qual demarcou uma história mais atuante nos últimos anos (Barros et al., 2003a).

Em 1985 dá-se o surgimento oficial do Movimento pela Construção por Auto-Ajuda, decorrente da criação de uma coordenadoria geral dos movimentos por moradia, que desencadeia uma série de reuniões organizativas. Em 1986, com algumas construções sob este sistema em andamento, o então prefeito de São Paulo, Jânio Quadros, publica um edital suspendendo o processo de construção por mutirão e abre licitação pública para empreiteiras construírem casas populares na periferia. O Movimento pela Construção por Auto-Ajuda realiza uma série de protestos públicos que levam o prefeito a revogar o decreto e a manter o sistema anterior. O Movimento era então apoiado por vários setores da sociedade civil (Gohn, 1991).

Em 1989 tem início a gestão do Partido dos Trabalhadores na Prefeitura de São Paulo. Gohn (1991) e Bonduki (2000) fazem uma avaliação bastante positiva dessa gestão com relação aos avanços no campo da moradia popular, devido à criação de programas efetivos de construção por mutirões, com propostas vindas e viabilizadas pelos movimentos sociais, realizados tanto na periferia quanto na região central da cidade, (Bonduki, 1999). Veras (1994), aponta também a gestão do Partido dos Trabalhadores na cidade como o meio de participação ofertado à população e utilizado por esta no que se relaciona ao planejamento urbano.

Os dados estatísticos relacionados à moradia em São Paulo demonstram que:

“Segundo dados levantados pela FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), em 1994, para a Secretaria Municipal de Habitação (FSP, 04/06/2000; Revista Veja, 26/04/2000), metade da população da cidade de São Paulo – cerca de 5,5 milhões de pessoas - mora em habitações irregulares, o que inclui: loteamentos ilegais (3 milhões de pessoas), favelas (1,9 milhão de pessoas) e cortiços (600 mil, dados estes do CDHU – Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo). A Prefeitura não têm estimativas da variação dessa população nos últimos cinco anos, mas trabalha-se sob a perspectiva de aumento crescente. O crescimento médio anual, verificado nas favelas entre 1973 e 1993, foi de 17,8%” (Barros et al., 2003a, s/p).

Contudo, a União dos Movimentos de Moradia (UMM) e a Central de Movimentos Populares estimam que a população encortiçada nos bairros centrais de São Paulo chega a um milhão de pessoas e não 600 mil, como considera a CDHU. Embora o número de cortiços na cidade tenha se mantido nos últimos anos, a concentração de moradores em cada unidade tem aumentado. Além disso, hotéis e pensões clandestinos do centro funcionam como cortiços e mantêm populações fixas, o que não seria considerado nas contagens oficiais (Luiz Gonzaga da Silva, Gegê, Presidente do Movimento de Moradia do Centro, 2000³).

“Centenas de milhares de paulistanos amontoam-se em minúsculos cubículos. Condição imposta pelo próprio padrão periférico, seus limites e contradições, e pelo padrão de acumulação, suas acelerações e crises. Condições impostas pelas políticas econômicas e sociais, pois mesmo na grande São Paulo, coração industrial do país, cerca de metade das famílias mais pobres angaria apenas a quinta parte da renda da RMSP, enquanto os 10% mais ricos abocanham 30% do total de riqueza da metrópole” (Kowarick e Ant, 1994, p.88).

O histórico apresentado com relação à moradia e às políticas direcionadas para a habitação retrata um contexto de pouco investimento público para as camadas populares e os caminhos encontrados por estes habitantes das cidades para tentar viabilizar o morar, sendo as favelas e os cortiços as ações mais emblemáticas. A

³ SILVA, L. G. (Luiz Gonzaga da Silva, Gegê). Comunicação pessoal, 21 jul. 2000. 9p.

organização popular em torno da luta pela moradia passa a ser uma tentativa para aqueles que se encontram em condições de pouca habitabilidade.

Os movimentos sociais de luta pela moradia urbana atualmente concentram-se em diferentes regiões da cidade de São Paulo, com reivindicações específicas a depender das particularidades de cada território. Os movimentos concentrados na região central têm a peculiaridade da luta pela aquisição da moradia no centro da cidade (englobando o centro propriamente dito e o centro expandido). Por terem sua origem nos cortiços, em sua maioria em locais que facilitem o acesso ao trabalho, mantém esta reivindicação na barganha com o poder público para a construção de novas moradias a partir da ocupação de edifícios públicos e/ou privados, que se encontrem vazios.

Organizam-se em torno da União de Movimentos por Moradia (UMM), a qual é composta por diferentes subgrupos que se unem e centralizam suas ações na UMM. Os grupos presentes na região central atualmente são: Unificação da Luta de Cortiços (ULC), Movimento de Moradia no Centro (MMC), Fórum dos Cortiços e Movimento dos Sem-Teto no Centro (MSTC).

3.1.3 Continuar a luta: a discussão de ‘outras’ demandas sociais para além da casa

A conquista dos direitos sociais dá-se num escopo contínuo que ultrapassa os limites das bandeiras de luta dos diferentes movimentos sociais. O movimento por moradia tem na aquisição da casa seu objetivo maior, porém, o cotidiano traz problemáticas constantes que instigam a continuidade das reivindicações em prol da melhor qualidade de vida.

Quando iniciamos a intervenção direcionada a crianças e adolescentes junto ao movimento de moradia, tópico que abordaremos nos próximos itens, questionamo-

nos sobre quais eram as interpretações daquelas lideranças sobre o processo contínuo de luta pela cidadania e quais eram as perspectivas para além da conquista da casa, conquista esta que por si só constitui um elemento de extrema relevância enquanto luta organizada via movimento social.

A fim de conhecer alguns elementos para a qualificação destes questionamentos, entrevistamos, no ano de 2000, lideranças de diferentes subgrupos do movimento de moradia da região central de São Paulo. Sendo eles: Unificação das Lutas de Cortiços (ULC), Movimento de Moradia no Centro (MMC) e Fórum dos Cortiços. Com o intuito de contribuir para a reflexão das necessidades reivindicadas pelos movimentos de luta por moradia, lançaremos mão de trechos de algumas destas entrevistas.

A pauta sobre as demandas sociais para além da conquista da casa é discutida pelas lideranças como componente do rol de reivindicação de moradia digna. Os bens e serviços sociais são analisados como necessários pela população, trata-se de um esforço que almeja a conquista da cidadania plena, a luta contra a espoliação urbana buscando o acesso à terra e aos bens coletivos em torno desta. Isto se incorpora naquilo que é definido como lutar pela moradia:

“não basta ter a casa se você não tem a condição plena de manter a sua casa, porque você tem a sua casa e tem que ter o que pôr dentro da sua casa, tem que ter como manter a casa, não adianta ter as quatro paredes em si, que é o que eu digo a casa em si, e a partir das quatro paredes você tem uma chamada casa, que para mim não pode ser chamada de casa, pode ser chamada de abrigo, e um abrigo que pode tornar-se provisório, porque se você não tem salário justo, digno para você pagar a prestação da sua casa, você pôr o necessário dentro de casa, você vai acabar perdendo este abrigo e em curtíssimo espaço de tempo, não dá para dizer que a casa ela é as quatro paredes e aí o cara estando desempregado tá bom, (...) ele acaba indo para a rua, por isso eu avalio que a casa é uma parcela de um conjunto de coisas para um ser humano ter cidadania e dignidade, o que muita gente trata de cidadania é ter a casa, para mim a casa é um endereço para onde você vai dirigir a cidadania, dignidade de um ser humano, de uma pessoa, então a partir daí você tem que ter saúde, ter educação, ter lazer, salário justo principalmente, enfim o direito à

vida” (Luiz Gonzaga da Silva, Gegê, liderança do Movimento de Moradia no Centro, p.1-2).

Todavia, o que observamos é uma dificuldade na manutenção da organização coletiva em torno das articulações e ações para as demais questões sociais. O movimento realiza o discurso da necessidade de maior envolvimento com outras áreas que os atingem diretamente, porém até então as mesmas permanecem no nível do discurso, tendo, na prática, experiências mais isoladas e pontuais do que diretrizes de ações pautadas e executadas. Tal fato é também reconhecido pelas lideranças do movimento (Maria Salomé de Barros, Liderança do Mutirão Celso Garcia, Unificação das Lutas de Cortiços, p.2)⁴.

As discussões das questões que atingem o dia-a-dia das pessoas aparecem também nos espaços de organização interna do movimento, como as assembléias, momento de encontro, debate, planejamento e troca que permeia a vida pessoal dos militantes. As problemáticas em debate envolvem aspectos da vida privada, bem como da vida coletiva, para além da falta de moradia.

Algumas lideranças valorizam a discussão de outras demandas por compreender que o debate é um estágio inicial para que o movimento incorpore suas demais necessidades enquanto objeto de luta. Gegê⁵, coordenador do Movimento de Moradia no Centro, pontua a intensificação das discussões enquanto elemento de aprimoramento da cidadania.

Podemos interpretar os espaços criados pela organização do movimento popular enquanto potencialidades de desenvolvimento de educação não-formal para com seus membros, por propiciar a aquisição de uma cultura política (Gohn, 1999) e debate a respeito de classes sociais, direitos e formas de se trabalhar pela mudança social.

⁴ BARROS, M. S. B. (Maria Salomé Brito de Barros). *Comunicação Pessoal*, 19 jul.2000. 5 p.

⁵ SILVA, L. G. (Luiz Gonzaga da Silva, Gegê). *Comunicação pessoal*, 21 jul. 2000. 9p.

Observamos também a valoração educativa do movimento popular nas falas de suas lideranças quando abordam o simbolismo da participação no movimento social. A partir de seu ponto de vista pessoal, relacionam diretamente a participação ao sentido de sua vida. Uma das entrevistadas utiliza a palavra *escola* enquanto termo de explicação a respeito das mudanças adquiridas em sua vida pela participação social, enfatizando o caráter educativo do processo de aprendizagem desenvolvido no movimento em que participa.

“Maravilhoso. (...) naquela época eu falava assim: ‘o dia que eu terminar meu apartamento, eu entro dentro, fecho a porta e não quero ouvir mais nada de movimento’, mas só que quando você entra e se vê realizada, você vê o tamanho da necessidade dos que estão lá fora e aí não dá para parar, então hoje eu acho que a minha vida sem movimento não tem nem sentido” (Maria Salomé Brito de Barros, Mutirão do Casarão da Celso Garcia, ULC, p. 4-5).

“Para mim foi uma coisa muito boa porque eu era uma dona-de-casa, não trabalhava, vivia muito fechada dentro de casa, eu não tinha clareza de muitas coisas que eu tenho agora, e conhecer e encontrar pessoas, ter a participação em muitos lugares, conversar com os advogados, com vereador, deputado, e assim sentar e saber conversar com as pessoas, então é uma luta pela moradia e ao mesmo tempo se torna uma escola para as pessoas que têm vontade de aprender,(...) sair e dizer: ‘eu vou para a luta quero minha moradia e quero aprender, para entender o rumo que a luta está tomando’ (Floriana Berenice Pinto Nogueira Feliciano, liderança da ocupação do prédio do Banespa, Av. Celso Garcia, ULC, p. 7).

Sandoval (1989 e 1994) pontua os fatores impulsionantes para a participação no movimento social, caracterizando o agrupamento em comunidade, os laços de solidariedade trilhados, a formação de redes sociais, e a criação de ações coletivas, apontando: “pode-se dizer que as pessoas seriam mais predispostas a não participar do que ao contrário” (1989, p.62), porém estes fatores inicialmente citados criam modificações no cotidiano e ressignificação das trajetórias de vida (Sandoval, 1989 e 1994), conforme exemplificado pelos depoimentos acima.

Prado (1994) trabalha a questão da formação da consciência e da aquisição da noção de direitos a partir da participação no movimento popular. Tal fato é também apresentado pelo discurso de uma liderança da Unificação de Lutas de Cortiços (João Batista de Assis⁶) que aborda o conhecimento sobre direitos a partir do seu envolvimento pessoal, e posterior participação, no movimento de luta por moradia. Esta liderança sublinha o aspecto da aquisição de conhecimento enquanto elemento motivador para a continuidade no movimento, com o intuito de propiciar às outras pessoas a mesma oportunidade de aprendizado e formação de consciência que usufruiu.

Manfroi (1997) faz um ensaio sobre os sujeitos militantes e corrobora com os autores acima, discutindo a subjetividade do sujeito, numa perspectiva individual, e a sua ação coletiva, demonstrando uma relação entre estes aspectos e o projeto pessoal de vida de cada indivíduo militante.

“podemos dizer que ele cria um território existencial através dos grupos aos quais pertence, formando discursos e signos. A partir de sua inserção social, ele cria novos universos de referência que se constroem na sua relação com o outro. Daí em diante, emergem ‘novos devires’, ou seja, os projetos pessoais e coletivos são constantemente resignificados, o que faz surgir outras dimensões cotidianas deste mesmo projeto” (p.270).

Os movimentos sociais são elementos possibilitadores de aumento da democratização e da introdução de novos atores na arena política, criando inovações sociais.

“os movimentos sociais influenciam a democratização. Primeiramente, quando os movimentos sociais defendem o direito de cidadania, explicitamente demandam e ganham a extensão de um ou mais dos quatro elementos para a democracia (...) segundo, quando os movimentos causam um aumento na participação e disputa política; e terceiro quando os movimentos sociais introduzem na arena política

⁶ ASSIS, J. B. (João Batista de Assis). Comunicação pessoal, 15 jul. 2000. 4p.

demandas pró-ativas mudando as prerrogativas dos donos do poder e sua sustentação através das elites, confrontando uma classe defendida raramente pelo mais institucionalizado nas elites de oposição" (Sandoval, 1998, p.173)⁷.

Retornando à discussão das demandas dos movimentos de moradia, observamos que as suas estratégias concretas de ações visam ao alcance de suas metas através da criação de formas de negociação para a luta pela conquista da casa própria. Porém, com relação aos temas que objetivam a aquisição de benefícios para além da casa, há uma lacuna relacionada à não incorporação desta discussão, dentre os militantes do movimento. Em alguns momentos, são criados espaços de discussão, algumas pessoas são inseridas para a participação em conselhos públicos, contudo, a consolidação e o desenvolvimento da luta pela moradia de forma plena, incorporando a extensão das conquistas de cidadania, são aspectos ainda pouco desenvolvidos no interior dos movimentos sociais de moradia.

São debates que permeiam o imaginário cultural presente no cotidiano das pessoas, principalmente das lideranças, convergindo com o sentimento comunitário, com as possibilidades de criação de alternativas de geração de renda, com as questões vivenciadas pelas crianças e pelos adolescentes, dentre outros tantos temas, que constroem o coletivo no debate sobre direitos, cidadania plena e melhoria da qualidade de vida.

⁷ Tradução livre.

3.2 A ASSOCIAÇÃO DE CONSTRUÇÃO POR MUTIRÃO DO CASARÃO: A CASA PRÓPRIA ENQUANTO UM SONHO CONQUISTADO ATRAVÉS DA LUTA

A Associação de Construção por Mutirão do Casarão, um dos espaços de nossa pesquisa, foi formada a partir da organização dos moradores de cortiços da cidade de São Paulo, através dos movimentos por moradia e dos trabalhadores, via sindicatos, com apoio de entidades sem fins lucrativos e não-governamentais, na busca de políticas e projetos específicos.

Barros et al. (2003a) apresenta esta Associação, informando se tratar de uma entidade civil sem fins lucrativos, formada por moradores de cortiços dos bairros do Brás, Mooca e Belém, região do centro expandido da cidade de São Paulo, que se organizaram coletivamente para buscar a solução de um problema comum: moradia digna e de qualidade na cidade. Em 1990, aprovaram um convênio com a Prefeitura de São Paulo (gestão 89/92), através da Secretaria de Desenvolvimento Urbano, para a construção de habitações pelo sistema de mutirão com autogestão.

Foi um projeto-piloto estabelecido em 1991, prevendo seu término no prazo de dois anos. Em paralelo ao mutirão da comunidade do Casarão, realizou-se o mutirão Madre de Deus, na região da Mooca, que contava com 65 famílias. Ambos projetos eram propostas piloto da gestão municipal, com a intenção de criar experiências que pudessem vir a direcionar a política pública municipal no campo da habitação. O mutirão Madre de Deus foi finalizado ainda em 1992.

O Projeto Casarão, assim como o Mutirão Madre de Deus, planejavam a construção de moradias para a população de baixa renda na região do centro expandido da cidade, não sendo necessário, portanto, o investimento em infraestrutura local, uma vez que se trata de regiões com equipamentos sociais.

Na comunidade do Casarão tem-se uma edificação, cuja construção data do início do século XX, local em que grande parte dos atuais moradores do Conjunto Habitacional residiu e onde se iniciou o cortiço do Brás e um dos berços do Movimento de Luta por Moradia Urbana da região (Barros et al., 2003a).



Figura 05 – Foto do Edifício do Casarão.

A Associação de Construção por Mutirão do Casarão é formada por 182 famílias e o projeto habitacional previa a construção de 182 unidades de apartamentos, com 32m² cada, na região central da cidade de São Paulo, entre os bairros do Brás e Belém. Localiza-se na avenida Celso Garcia, uma das principais avenidas histórico-industriais da cidade. A proposta arquitetônica foi realizada pela equipe de cortiços da HABI – Superintendência de Habitação Popular da Secretaria de Desenvolvimento Urbano da Prefeitura do Município de São Paulo e previa a implantação, além da infra-estrutura básica e de equipamentos e espaços coletivos comunitários, de quatro prédios de cinco pavimentos cada, a serem construídos em alvenaria estrutural armada (Barros et al., 2003a).

Além dos espaços de uso privado o projeto contemplava os seguintes equipamentos de uso coletivo: praça central com cabines telefônicas, creche, lavanderia comunitária e área para a secagem de roupas, salões sociais e lojas comerciais.

Em 1993, a gestão 93/96 da Prefeitura de São Paulo paralisou o convênio com a Associação do Casarão, alegando irregularidades. Após longa análise do TCM (Tribunal de Contas do Município de São Paulo) a Associação teve suas contas totalmente aprovadas e, em maio de 1996, o convênio com a Prefeitura foi retomado (Barros et al., 2003a).

O sistema de construção habitacional por mutirão e autogestão é uma das formas de programas de moradia e qualidade de vida recomendada pela ONU (Organização das Nações Unidas) para os países de terceiro mundo, tendo sido referendado pelo HABITAT II – II Encontro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos, realizado em Istambul, em 1996.

A obra se desenvolveu nos finais de semana, com trabalho dos mutirantes (membros das 182 famílias), e durante a semana, por meio de mão-de-obra especializada contratada. Embora não tendo sido concluída a construção dos apartamentos e das áreas comuns, dado que o orçamento previsto pelo convênio – paralisado por três anos – não sofreu correção monetária, as 182 famílias mudaram-se para a Unidade do Brás, em 1997 (Barros et al., 2003a).

Em 2001 foi assinado um novo convênio com a Prefeitura de São Paulo, através da Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Urbano, com destinação de verba para o término da obra. Até então não havia sido concluído alguns itens extremamente relevantes para a moradia, como: a rede de esgoto local, o sistema hidráulico, as áreas coletivas, e o serviço de acabamento nos prédios. A maior parte do projeto pôde ser finalizada com o retorno de destinação de verba, em 2002,

porém, não como havia sido projetado originalmente, mas propondo oferecer condições mínimas de habitabilidade.

A experiência do mutirão do Casarão, originalmente denominado de ‘Projeto-Piloto de Alternativa de Habitação Popular para Áreas Encortiçadas’, durou dez anos até a sua conclusão, demonstrando uma ação política que falhou pela mudança de gestões de governo, inviabilizando a idéia inicial de expansão da experiência.

O projeto original, em 1991, previa o acompanhamento dos trabalhos por uma assessoria técnica, que exercia a função de monitoramento da construção das unidades habitacionais e garantiria a participação da população. Ainda como parte do convênio estabelecido junto à Prefeitura de São Paulo, a assessoria técnica seria responsável pelo desenvolvimento de um trabalho social durante o tempo de execução das obras e da duração do convênio, devendo contratar um técnico para este fim (Comarú, 1998).

“Uma idéia comum é que o mutirão, que impõe a necessidade de organização das famílias em processo de construção (orientada pela Assessoria Técnica), para execução das suas habitações, pode ser uma excelente oportunidade de abordagem de outros temas e ir além do problema da moradia” (Comarú, 1998, p.74).

Desde a época da obra, impulsionada pela exigência do convênio, a Associação desenvolve projetos para seus mutirantes e familiares, por eles denominados ‘sociais’. Durante a construção havia uma organização prévia daqueles que ficariam com as crianças para que os demais pudessem atuar na construção, tinham uma cozinha comunitária que provia a refeição de todos, faziam grupos de alfabetização de adultos em horários alternativos, recebiam palestras de temas relacionados à educação, saúde, nutrição, dentre outras atividades.

Formou-se, no início do mutirão, uma instância interna de moradores responsável pelo planejamento e execução do trabalho social, o subgrupo

denominado de 'Integração Social', que é composto pelos coordenadores da Associação, os quais se responsabilizam especificamente pelo gerenciamento de atividades que promovam a “integração social”.

Entre 1993 e 1996 a obra permaneceu suspensa pela nova gestão na cidade, conforme relatado anteriormente; em 1996, quando retornou suas atividades, a Integração Social reestruturou-se em comissões, mas “a Associação e a Assessoria Técnica não dispunham de recursos para a remuneração de uma equipe multidisciplinar para o trabalho da Integração Social. Mesmo assim, alguns profissionais contribuíram voluntariamente” (Comarú, 1998, p.79).

A continuidade destes trabalhos, após a conclusão do período das obras – no final de 1996 – ficou a depender da aprovação de projetos enviados a entidades financiadoras, os quais não obtiveram respostas, levando, assim, à interrupção dos trabalhos iniciados. A Integração Social manteve-se enquanto subgrupo da coordenação de moradores, porém com poucas atividades desenvolvidas.

Em 2001, com a assinatura de um novo convênio para a conclusão das obras, o item trabalho social não foi contemplado, mesmo com a presença e desenvolvimento de um trabalho direcionado às crianças e aos adolescentes através do Projeto Metuia.

Dentre os vários projetos do denominado “Projeto de Cidadania Integral”, desenvolvidos pela Integração Social, para os quais buscavam parcerias e recursos para a execução, objetivava:

“a transformação real da qualidade e da perspectiva de vida e de mundo das 182 famílias e aproximadamente 900 pessoas da Associação, através de um conjunto integrado de ações promotoras dessa melhoria. Busca criar e desenvolver ações fundamentadas na capacidade de aprendizagem das pessoas para o trabalho e para a vida independente, humana, solidária e com consciência crítica do mundo e da sociedade.” (Associação de Construção por Mutirão do Casarão, 1996, p.14)

Gohn (1991) aponta que os Movimentos de Ajudas Mútuas – Mutirões, não requerem apenas casas, compõem um projeto em sua práxis, buscando soluções para problemas comuns, como ocorre no Mutirão do Casarão.

“(...) o mutirão não tem um significado só econômico, de redutor de custos. Ele tem fundamentalmente, um significado sociopolítico de agregador de solidariedades (...)” (Gohn, 1991, p. 165).

Desde 1997, o condomínio tem buscado formas de se organizar e garantir qualidade de vida, acesso a serviços e participação social plena. Ali convivem como moradores cerca de 600 pessoas, sendo que quase 300 na faixa etária entre 0 e 21 anos (Lopes et al., 2001). É neste espaço de organização social e reivindicações que buscamos compreender o entrelaçamento de diferentes atores, propostas, reivindicações e experiências.

3.3 PROJETO CASARÃO – CENTRO DE CULTURA E CONVIVÊNCIA DA CELSO GARCIA: A INFÂNCIA E A JUVENTUDE EM PAUTA

3.3.1 Projeto Metuia

O Projeto Metuia é um “Grupo interinstitucional, de estudos, formação e ações pela cidadania de crianças, adolescentes e adultos em processo de ruptura das redes sociais de suporte, formado por docentes, discente e profissionais da área de terapia ocupacional ligados às universidades: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Universidade de São Paulo (USP)” (Barros et al., 2002, p.365). Trata-se de um grupo que se propõe a discutir o campo social e suas interfaces com a terapia ocupacional.

“A terapia ocupacional é um campo de conhecimento e intervenção em saúde, em educação e na ação social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social” (Barros et al., 2002, p.366).

A efetivação deste trabalho tem produzido e/ou auxiliado algumas experiências no campo social através da intervenção de terapeutas ocupacionais, como foi o desenvolvimento do Projeto Casarão, que passamos em seguida a apresentar.

O Projeto Casarão foi elaborado e executado pelo Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia.

3.3.2 A inserção na comunidade

A entrada do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia na comunidade do Casarão deu-se a partir de um convite dos membros da comunidade local.

Numa reunião do Fórum de Cidadania da Mooca – espaço de encontro regular da sociedade civil organizada da região para discussão de problemas do bairro – um dos subprojetos do Metuia, que trabalhava com adolescentes em situação de rua, realizou uma apresentação de capoeira, atividade desenvolvida pelos adolescentes daquele projeto.

As lideranças locais da comunidade do Casarão, que participam de diversos espaços de discussão coletiva – sendo o Fórum de Cidadania da Mooca um deles – identificou algumas semelhanças do trabalho apresentado pelo Núcleo, com as demandas que percebia em sua comunidade, convidando-o, então, para uma conversa acerca da possibilidade de desenvolvimento de um projeto com as crianças e adolescentes residentes no Casarão.

Inicialmente relatavam uma demanda vaga nas quais referiam a busca de uma parceria em termos de produção de propostas de soluções para os problemas relacionados com suas crianças e adolescentes, seus filhos e netos, problemas os quais vinham percebendo em seu meio social.

A partir daí, o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia inicia a aproximação com a comunidade e a construção do que posteriormente veio a ser denominado Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia.

3.3.3 A pesquisa-ação enquanto metodologia de entrada e aproximação com a comunidade: conhecendo e sendo conhecidas ⁸

A nossa participação no Projeto Casarão iniciou-se com a realização de uma pesquisa junto à comunidade local, no ano de 1999⁹.

Esta pesquisa foi realizada pelo Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia em conjunto com os representantes dos moradores, que compunham a Integração Social.

Objetivava iniciar a inserção dos membros do Núcleo junto à comunidade local, conhecendo e sendo conhecidas pelos moradores do condomínio, tentando a aproximação com a realidade ali vivida, bem como traçar um perfil inicial das crianças, adolescentes e jovens, no sentido de saber quantos eram, onde estavam e o que faziam, assim como o contexto no qual se inscreviam as expectativas e compreensões dos adultos do condomínio a respeito das necessidades de suas crianças e de seus adolescentes e jovens (Lopes et al., 2001).

A pesquisa foi realizada em 1999 baseando-se num roteiro de entrevista e observação semi-estruturado, o qual foi realizado em aproximadamente 85% dos domicílios.

As pesquisadoras eram sempre acompanhadas de um morador representante da Integração Social, que as apresentava e as introduzia para a população. A conversa com os moradores para responder ao roteiro elaborado foi feita nos finais de semana, com o intuito de que os moradores locais pudessem ser encontrados.

As visitas propiciaram uma aproximação entre as pesquisadoras e os moradores, conforme esperado, bem como deram início ao processo de inserção no condomínio como um todo, e não apenas entre aqueles representantes da Associação

⁸ Utilizamos a palavra no feminino pelo grupo ter sido composto por mulheres.

⁹ A efetivação desta pesquisa, assim como os dados obtidos a partir dela, fizeram parte do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos (PIBIC/CNPq/UFSCar), o qual integramos no período de 1999 a 2001 (Lopes e Malfitano, 2000).

de Construção por Mutirão do Casarão, que haviam procurado o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia.

Possibilitaram, também, a obtenção de dados quantitativos referentes à população local, em especial as crianças e os adolescentes, sinalizando algumas situações, que, na época, demonstravam a necessidade de serem aprofundadas (Lopes et al., 2001).

Após a conclusão e sistematização da pesquisa, o Núcleo USP/UFSCar do Metuia elaborou um projeto de intervenção direcionado às crianças, aos adolescentes e suas famílias (Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia – Barros, 1999) que foi discutido e aprovado numa assembléia dos moradores da Associação de Construção por Mutirão do Casarão. O edifício do Casarão, antigo cortiço dos moradores do condomínio, foi escolhido como símbolo do projeto e *locus* para a realização do mesmo.

A proposta do projeto e as ações desenvolvidas estão abaixo descritas.

3.3.4 O Projeto Casarão: revisitando princípios e propostas

Os princípios, objetivos e a proposta efetiva do Projeto Casarão encontram-se publicado em Barros et al. 2003a, sendo que abaixo segue uma transcrição do projeto por compreendermos a relevância de seu conhecimento em detalhes para o debate feito neste trabalho.

Princípios

- Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, devendo ser compreendidos em sua história, desejos, experiências e necessidades que, por sua condição peculiar de desenvolvimento, exigem cuidados e formas de abordagens especiais;

- A socialização, a educação, a auto-educação e a afetividade são instrumentos preciosos na busca da produção de possibilidades para sua emancipação pessoal e social;
- A participação e o envolvimento da comunidade, do planejamento à gestão, construindo seu próprio projeto e definindo sentidos, são imprescindíveis e representam as bases fundamentais deste projeto;
- A problemática da infância e da adolescência não se separa das condições de vida de seus genitores ou pais sociais, e, portanto, da política econômica e da história do Brasil;
- A formação continuada é condição para a crítica e análise permanentes do trabalho e da ação social;
- A busca da transdisciplinariedade representa uma forma de evitar reducionismos e corporativismos. (Barros et al., 1999, p.5).

Objetivos

- Trabalhar com as crianças e adolescentes do Conjunto Habitacional da Celso Garcia, buscando fortalecer sua história pessoal e social e construir espaços adequados ao seu crescimento e desenvolvimento afetivo, cognitivo, social e econômico;
- Contribuir para produzir reflexões e elaborar propostas para a atenção à infância e à juventude;
- Criar espaços de acolhimento e acompanhamento de crianças e adolescentes, que se encontrem em situações de fragilização e de vulnerabilidade afetiva, cognitiva ou social;
- Criar possibilidades para a constituição de indivíduos cidadãos e para a emancipação pessoal e social através de projetos de melhoria de qualidade de vida;

- Encaminhar e acompanhar as crianças e adolescentes para serviços competentes: saúde, educação, lazer, cultura e esporte, jurídicos;
- Constituir-se, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, em espaço de formação e sensibilização para profissionais recém-formados e graduandos em diferentes campos do conhecimento que atuem com crianças e adolescentes, bem como para profissionais de nível médio;
- Criar alternativas para um maior enriquecimento do cotidiano, proporcionando oportunidades para a expressão criativa e individual para crianças e adolescentes, envolvendo-os em projetos que considerem seu contexto, processo e dinâmica;
- Desenvolver atividades como instrumento de auto-valorização, visando a ampliação dos espaços sócio-culturais e a emancipação pessoal e social em projetos individualizados (compartilhados e contextualizados) de melhoria de qualidade de vida (Barros et al., 1999, p.6).

Propostas de Ação

O Projeto Casarão prevê intervenções organizadas através de cinco programas de atuação (*Ações Territoriais, Atividades no Condomínio, Atenção e Prosseguimento Individualizado, Acompanhamento Institucional e Formação, Pesquisa e Registro Sistemáticos*) articulados entre si de modo a complementarem-se e com orientação de coordenadores e mini-equipes de trabalho que realizarão ações integradas no território e locais, mantendo observação sobre as demandas individuais e de acompanhamento institucional (Barros et al., 1999, p.7).

Programa 1 – Ações Territoriais

O reconhecimento do território e sua apropriação pela comunidade nos remete à possibilidade de resgate histórico e conjuntural deste Movimento e seus moradores.

Trata-se do processamento de ações integradas que combatam a exclusão e a indiferença e levem ao caminho da participação. O sentimento de *pertencimento* está referido a situações nas quais nos reconhecemos, facilitando nossa capacidade de interagir com o Outro e com o meio.

- *Ações Territoriais*: deverão ser realizadas junto com os moradores da própria Unidade Habitacional no sentido de sensibilizar e buscar apoio de: - comerciantes, empresários e trabalhadores da região; - instituições que compõem a rede de recursos públicos e comunitários (serviços de saúde, educação cultura e esporte, apoio jurídico, conselhos de direito) em prol da viabilização do projeto.
- *Oficinas Itinerantes*: realizadas na comunidade como grupos de integração e em parceria com instituições como Terapia Ocupacional – USP/UFSCar e aquelas freqüentadas pelas crianças e adolescentes como as Oficinas Culturais do Estado, as ONGs, as Creches, as Escolas, os Centros de Juventude etc. Nelas deverão ser promovidas oficinas que busquem a integração e o desenvolvimento de projetos conjuntos (Barros et al., 1999, p.7-8).

Programa 2 – Atividades no Condomínio

ESPAÇOS DE CONSTRUÇÕES COLETIVAS – todas as idades

- *Construindo Nossa História*: Organização e resgate de material impresso, iconográfico e de transmissão oral da história do Movimento, da construção por mutirão e da comunidade moradora, constituindo parte da Biblioteca do Casarão;
- *Biblioteca*;
- *Aprender é Desvendar o Mundo*: Espaço de apoio ao aprendizado e às atividades escolares e promoção de formação e estudo;
- *Ler e Escrever Nossa Realidade*: Espaço de alfabetização tomando como base os princípios da pedagogia de Paulo Freire;

- Oficina de Formação e Multiplicadores: Formação continuada de operadores sociais, dirigida a moradores, com possibilidade de bolsas àqueles que se integrem nas equipes de trabalho;
- Espaço de Cultura Brasileira;
- Reciclagem: Discussão de questões fundamentais de meio ambiente. A coleta seletiva de lixo e o seu reaproveitamento podem viabilizar uma resposta para algumas das necessidades da comunidade (confeção de papel reciclado, construção de brinquedos e objetos de utilidade através do reaproveitamento de materiais);
- Grupos de Tecnologias Populares e Geração de Renda.

ESPAÇOS DO ADOLESCENTE (14 a 18 anos)

- Espaço Aberto: grupo de discussão e organização das atividades dirigidas para o adolescente. A partir de reuniões semanais, pretende-se formar grupos de interesse que serão concretizados em outros períodos com o apoio dos Operadores Sociais e Oficineiros. A criação desse espaço está diretamente ligada à estratégia de sensibilização e manutenção dessa faixa etária na construção de propostas e sua ampliação para o restante da comunidade. Este é o ponto de encontro e de partida para a elaboração e execução de projetos diferenciados.
- Oficinas de Expressão livre:
 - Oficina de imagem: Através de instrumentos apropriados desvendar e registrar o território, investigando e identificando-o sobre a óptica de quem a ele pertence e deseja conquistá-lo;
 - Ateliê de criatividade e arte;
 - Espaços musicantes: Exploração de sons e ritmos musicais para sensibilização e percepção musical. Apoio aos grupos musicais já existentes (três bandas);

- Ateliê do corpo.

ESPAÇOS DA MENINADA (7 a 13 anos)

- *Ateliê e Oficinas de Experimentação Livre*: espaço onde serão oferecidos materiais e propostas diversificadas para experimentação das crianças desta faixa etária, podendo ser matriz de outros grupos de interesse.

ESPAÇOS DA CRIANÇA (3 a 6 anos)

- *Ateliê e Oficinas de Experimentação Livre*;
- *Espaços do Livre Brincar*: espaços a serem construídos junto com os moradores da Unidade da Celso Garcia, buscando alternativas para a falta de espaços onde as crianças possam brincar livremente. Nesses espaços encontrariam a disposição brinquedos e materiais para exploração e brincadeira;
- *Espaço Interativo*: incentivo à construção de brinquedos e à brincadeira entre pais e filhos, adultos e crianças, constituindo um espaço de troca e orientação.
- *Espaço Alternativo de Acolhimento*: espaço a ser construído junto com os moradores da Unidade da Celso Garcia visando o acolhimento de crianças em situações especiais (dia de reunião da creche, espera por vaga, situação de desemprego da mãe etc) (Barros et al., 1999, p.8-11).

Programa 3 – Atenção e Prosseguimento Individualizados

Estudo e definição do técnico de referência para crianças e adolescentes que apresentem necessidades específicas e/ou especiais permanentes ou transitórias. Serão oferecidas propostas de atenção individualizada, elaboração de projetos pessoais e orientação grupal (Barros et al., 1999, p.11).

Programa 4 – Acompanhamento Institucional

Para todas as crianças que participam do projeto serão implementadas ações de acompanhamento institucional: jurídico, educacional e de saúde através de ações de apoio a familiares ou a responsáveis, ações de apoio a estudo formal e à formação pessoal mais abrangente (Barros et al., 1999, p.12).

Programa 5 – Formação, Pesquisa e Registro Sistemáticos

É fundamental registrar de maneira sistemática todas as atividades para pesquisa, análises e avaliações. Neste sentido, pretende-se criar e implementar instrumentos para registro das atividades desenvolvidas e para seguimento dos processos das crianças e adolescentes, a partir de várias modalidades: Livro-Agenda; Estatísticas; Estudo de Caso; Acompanhamento de Programas; Registro Imagético em fotografia e vídeo (Barros et al., 1999, p.13).

Estratégias de Implantação

O Núcleo USP/UFSCar do Metuia iniciou o trabalho com as crianças e adolescentes ainda em 1999, porém com atividades pontuais, tendo em vista a disponibilidade de recursos humanos para a realização do trabalho.

Em 2000, a Secretaria Estadual de Cultura, através da Oficina Cultural Amácio Mazaroppi – localizada na região do Casarão, fez uma parceria com as universidades envolvidas, disponibilizando agentes culturais (em média 12hs/semana/semestre) para a realização de oficinas na própria comunidade, parceria de extrema relevância para execução do trabalho.

Foram então definidas algumas atividades desenvolvidas no velho Casarão e também nas dependências do condomínio. Esse foi o início da implantação do Projeto Casarão, cujo objetivo era a constituição de um Centro de Cultura e Convivência

planejado e gerenciado com os moradores do núcleo habitacional da Celso Garcia. Entre as iniciativas realizadas, podemos citar as oficinas: Brincando na Praça; Espaço Aberto; História e Memória; Danças Afro-Brasileiras; Capoeira; Dança de rua e Hip-Hop; Reciclagem e Empapelamento; Teatro e Artes Circenses e Brinquedos e Brincadeiras; realizamos ainda atividades: territoriais; de acompanhamento institucional e individual; bem como de formação, pesquisa e registro das atividades. O trabalho desse período (2000-2002) tornou-se possível pela parceria estabelecida entre a Associação, os Departamentos de Terapia Ocupacional da UFSCar e da USP e a Oficina Cultural Amácio Mazzaropi da Secretaria de Estado da Cultura de São Paulo (Barros et al., 2003a).

Em paralelo ao início da implantação do projeto, o Núcleo USP/UFSCar do Metuia buscou apresentar o Projeto Casarão em diferentes fóruns com o intuito de alcançar financiamento para sua continuidade. Houve uma resposta positiva de uma Organização Não-Governamental holandesa, a qual financiou a instalação e funcionamento da oficina de reciclagem no período de um ano, contudo, o objetivo deste órgão não se remetia a experiências em longo prazo.

O Núcleo investiu majoritariamente na possibilidade de uma parceria junto a Prefeitura Municipal de São Paulo, através do contato com diferentes secretarias. Foram estabelecidas parcerias, porém, estas não levaram à viabilização do financiamento necessário à efetiva instalação do Projeto Casarão (Barros et al., 2003b). Apesar da proposta ter sido bem avaliada pelos órgãos públicos contatados, alegaram falta de recursos. A Secretaria Municipal de Saúde, através do Distrito de Saúde da Mooca, foi o espaço no qual mais longamente o Núcleo USP/UFSCar do Metuia trabalhou na constituição do projeto para um financiamento, entretanto tal proposta não se viabilizou.

Devido às dificuldades encontradas para o financiamento da proposta, o Núcleo optou pela implementação parcial do Projeto Casarão, priorizando as atividades (culturais e de convivência) no próprio condomínio e acompanhamento

individualizado de algumas crianças, adolescentes e suas famílias (Barros et al., 2003a).

Em quatro anos de execução, vimos que a implementação de ações em comunidades definidas permite ser muito precisa, eficaz e capilar no reconhecimento de necessidades e na resolução dos problemas – sem ser onerosa em termos de recursos materiais e humanos. Além disto, revelou-se como estratégia potencializadora de recursos locais, individuais e grupais, contribuindo para a ampliação, o fortalecimento e a ressignificação de redes sociais e afetivas nas quais estão inseridas crianças e adolescentes (Barros, 2003b).

Frente à impossibilidade de financiamento do projeto do Centro de Cultura e Convivência, o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia decidiu apoiar a comunidade a fim de que ela própria pudesse coordenar as atividades culturais desenvolvidas no condomínio, até que fosse viável retomar ao projeto anterior. Desde o início de 2003, o Núcleo tem assessorado o trabalho conduzido pela própria comunidade, não estando mais à frente da execução do projeto.

Em reunião com o Grupo de Integração Social da Associação de Construção por Mutirão do Casarão, o Núcleo decidiu que um grupo de jovens e adultos assumiriam a responsabilidade pela coordenação de algumas atividades coletivas. Para tanto, contou-se com o apoio da Oficina Cultural Amácio Mazaroppi para dar continuidade às oficinas culturais realizadas e manter as iniciativas já consolidadas e incorporadas no cotidiano local. Para viabilizar tais atividades, o Núcleo USP/UFSCar do Metuia disponibilizou materiais permanentes e de consumo. Foi definido que uma reunião mensal seria necessária, a fim de acompanhar as atividades em andamento.

Havia também grupos mais independentes que se constituíram no processo, que mantiveram suas atividades de forma autogerida num salão de uso coletivo local.

O desenvolvimento de ações e programas de intervenção naquela comunidade, com um viés sobre a convivência e a qualificação do cotidiano, vislumbra o fortalecimento das redes sociais de suporte daquelas crianças, adolescentes e suas famílias.

CAPÍTULO 4: ATRÁS DA PORTA QUE SE ABRE: OS PROJETOS EM ANÁLISE

4.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NA REGIÃO DO BELÉM

A região em que realizamos o estudo aqui relatado conta com uma equipe de saúde da família composta por cinco agentes comunitários de saúde, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico, conforme descrito nos “Procedimentos Metodológicos”.

Como visto anteriormente, os agentes comunitários de saúde devem ser pessoas da própria comunidade. Na equipe em estudo, três deles são membros do movimento social de luta por moradia urbana, organização popular mais expressiva na região.

4.1.1 Visões do PSF – dos formuladores aos Agentes Comunitários de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001a), o PSF caracteriza-se como ações para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.

No município de São Paulo, a coordenadora do Programa de Saúde da Família (2002/02-2003) apresenta-o como:

“o PSF é uma proposta de reorganizar o modelo assistencial para dar conta das diretrizes do SUS (...) eu entendo que em 1988, quando foi conquistado o Sistema Único de Saúde, reconhecendo o direito à saúde da população, foram definidos

princípios e diretrizes para atender este direito, a questão da descentralização dos serviços, da equidade das ações, integralidade da atenção, uma série de questões foram colocadas, mas certamente havia um ponto que eu acho que foi o que mais demorou para se estruturar que é sobre qual modelo assistencial a gente organiza os serviços, então para dar conta disso o PSF aparece em 1994, para responder uma lacuna de uma diretriz nacional em termos de modelo de atenção em saúde. Ele é importante porque incorpora princípios, (...) trabalha com a perspectiva de território de adscrição de clientela, ele dá um passo adiante que é colocar uma equipe com uma prática generalista para monitorar e cuidar dos problemas prevalentes da população, num dado território. Nesse sentido o PSF também reproduz experiências internacionais, porque o modelo de saúde da família não nasce no Brasil, a gente tem experiências no final da década de 50 no Reino Unido, depois em Cuba, e agora na Espanha, no Canadá, têm diversas experiências internacionais, o que eu acho que o Brasil agrega é o agente comunitário de saúde, que aqui tem e em outros lugares não têm, e que eu acho que isso é fundamental para não ser um modelo centrado na assistência, mas para incorporar as questões de promoção de saúde também” (Anna Maria Chiesa, p. 1).

As diretrizes do SUS são lembradas e apontadas como objetivos do PSF, sendo tais argumentos congruentes com aqueles apresentados pelos documentos do Ministério da Saúde. A proposição do programa aparece, segundo os atores locais, enquanto alternativa de modelo para estruturação do atendimento em saúde.

Para o coordenador do PSF do Distrito de Saúde da Mooca:

“o PSF é como um modelo de atenção, como uma forma de reorganizar os serviços, e também como uma diretriz, é uma diretriz da Secretaria da Saúde nesta gestão, e a gente pensa que ele vai para além de um modelo porque além de reorganizar o serviço de saúde, também acaba enfocando as questões do território, que é também uma coisa que a gente neste momento está mexendo, você vê, por exemplo, que a primeira questão que foi colocada pela secretaria foi a criação dos distritos de saúde, daí a gente partiu para subprefeitura, que é uma maneira de você mexer com o território geográfico, mas também você mexe com a vida das pessoas” (Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, p.1).

Carvalho (2003), conceitua modelo de atenção à saúde como “um conjunto de princípios e diretrizes dados por uma opção política, que se traduz na organização dos serviços de saúde, segundo componentes tecnológicos e assistenciais” (p.4).

A discussão de modelos é pauta no cenário atual para aqueles que buscam encontrar formas de viabilizar o Sistema Único de Saúde, de efetivar o direito previsto em lei para ações, serviços e práticas concretas.

“a construção de novos modelos technoassistenciais evidencia uma questão central: a necessidade de transformar o modo como se estruturam as práticas de saúde, a partir das formas cotidianas de operar o trabalho em saúde, da relação entre os serviços e a demanda, da percepção e da relação com o objeto de trabalho: a vida e o sofrimento das pessoas e da coletividade” (Nicácio, 2003, p.89).

Mas será que a implantação de um novo modelo é elemento suficiente para provocar tal modificação? Será o Programa de Saúde da Família um modelo eficaz para a atenção à saúde?

Uma das críticas direcionadas ao PSF assinala a questão apresentada, pontuando os seus limites enquanto modelo, sendo uma das dificuldades o fato de um modelo único ser a diretriz da atenção básica em nível nacional. Não podemos fazer com que a experiência de um modelo de atendimento transforme-se no “modelo ideal”. É necessário lembrar que fatores de risco e algumas enfermidades exigem modelos mais complexos, e as ações devem ser diferenciadas de acordo com a demanda de cada território (Campos, 1997).

Alguns aspectos são ressaltados por Franco e Merhy (2003) na discussão do PSF, dentre eles: não propor ações nos microprocessos cotidianos, apresentar um caráter compulsório de atendimento independente do desejo da pessoa assistida, excessiva valorização do médico generalista, engessamento da diversidade de atuação do SUS na extensão territorial brasileira, dentre outros. Esses autores propõem a

mudança de modelo a partir do investimento nos trabalhadores que realizam o cotidiano dos equipamentos sociais, através da modificação dos processos de trabalho.

“É preciso mudar os sujeitos que se colocam protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautado pela solidariedade, cidadania e humanização da assistência” (Franco e Merhy, 2003, p.115-116)”.

Nicácio (2003) corrobora com estes argumentos dizendo que a mudança só ocorre quando o cotidiano dos serviços, a responsabilidade profissional e a aproximação dos sujeitos com o resultado de seu trabalho acontecem, não sendo um fim a designação de um novo modelo, e sim o início para a implantação de novas propostas.

Na intervenção realizada diretamente por e para pessoas, a subjetividade ganha espaço singular, tendo recursos como o acolhimento, a escuta e o vínculo, o lugar de instrumentais relevantes para os resultados da política pública. O PSF não propõe a discussão de tais aspectos, não realiza questionamentos aprofundados das necessidades do cotidiano dos serviços, somente pauta para si ser a proposição de mudança de modelo.

A diretora do Distrito de Saúde da Mooca pontua a expectativa de tal mudança:

“o Programa de Saúde da Família é o programa que vai reestruturar toda a assistência à saúde, (...) a partir de uma assistência mais humanizada, com vínculo, onde se potencializa a resolutividade da atenção (...), de fato é o programa que vai reestruturar a assistência à saúde em todos os níveis porque se a assistência básica

tem alta resolutividade, não precisa tanto da secundária e terciária, então vai inverter hoje a assistência focalizada no sistema hospitalocêntrico, inverter para a promoção, a prevenção e assistência à saúde” (Rosana Magalhães Gaeta, p.1)

A visão dos atores locais traz princípios concomitantes com os dos gestores, sendo que para a coordenadora da equipe em estudo:

“O PSF é uma nova maneira de cuidar da saúde da população, ele vem delimitando área, (...) fazendo parte da construção do Sistema Único de Saúde. (...) somos responsáveis pela população adistrita. É uma nova maneira, o médico é generalista, ele não é aquele médico que antigamente era o clínico, ou pediatra, ou ginecologista não, ele trata da família como um todo, da pessoa como um todo, então todas patologias passam por nós, e nós cuidamos de todo mundo da nossa área, e nosso principal objetivo é a prevenção, a gente ainda não conseguiu só trabalhar com prevenção porque a população é muito carente, então nós temos uma demanda alta, mas estamos caminhando com as duas coisas: a prevenção e o tratamento” (Rita Lese Curi, enfermeira coordenadora da equipe do PSF do Belém, p.1).

Para o médico do programa:

“[O PSF] é principalmente um programa social, uma tentativa de moralizar o atendimento, (...) a qualidade não é totalmente doada para o indivíduo que vem procurar o serviço, que vive em geral em local muito carente, então eu vejo que o Programa da Saúde da Família pode resgatar essa qualidade, eu acho que o termo, se pudesse definir, se pudesse usar uma palavra, eu diria que é o resgate da qualidade, (...) proximidade, essa é uma outra palavra interessante para ser usada, você fica muito próximo de quem te procura, você fica próximo do Posto, na residência, você participa, compartilha da intimidade do indivíduo, você cria um vínculo muito forte e isso dá uma confiança muito grande (...). Existe um elemento que é chave e esse elemento se chama agente de saúde, esse indivíduo, essa pessoa, mulher ou homem, é a pessoa-chave, porque ela é quem vincula o resto da equipe com o paciente, então se houver harmonia entre a equipe de saúde (...), se houver entrosamento, se houver respeito, se esse pessoal aprender que você está procurando dar mesmo o melhor de si para aqueles que eles representam, porque eles são da comunidade, então eu vejo que o serviço flui muito bem, esses indivíduos são chave no processo” (Oswaldo Ditolvo Júnior, p. 2-3).

O *resgate de qualidade*, citado pelo médico da equipe, enquanto elemento de trabalho no sistema público não se dá, porém, somente pela criação de um novo modelo. O atendimento universal com qualidade é princípio do SUS e para que se concretize é necessário a consciência dos trabalhadores, atores protagonistas neste cenário.

Outro princípio do SUS, o acesso, é também abordado pelo PSF, uma das auxiliares de enfermagem aponta-o:

“o PSF é trazer mais a população para dentro da Unidade de Saúde, porque às vezes nem tudo é doença, mas por ‘n’ fatos que não é doença mesmo, política e tudo que acarreta o dia da pessoa, acaba deixando-a doente, eu acho que no PSF a pessoa tem com quem conversar, quem dar atenção, e um profissional da saúde acaba vendo que o problema dela não é tanto saúde, ela estava precisando conversar para esclarecer, para pedir, eu acho que o PSF é um pouquinho de cada coisa, é saúde, é assistência social, assim vai ajudando, formando um conjunto para estar amenizando os problemas da população (Davis Gozzo Farias, p.1)”

A intersectorialidade e a necessidade de conexão com demais áreas é também lembrado acima pela auxiliar de enfermagem, porém ela vê no PSF a junção das funções, quando sublinhamos a necessidade de integração das demais áreas para complexificação do atendimento. Toda a demanda não pode, e não é, de responsabilidade “só” da saúde, porém permanece relevante a lembrança dos demais campos de intervenção na definição do PSF.

Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a definição do programa encontra-se pautada por diferentes aspectos sobre os quais aprendem e apreendem com relação ao trabalho que desenvolvem:

“[O PSF] humaniza muito o sistema, quando você é tratado através do PSF tem muito acolhimento, o médico te conhece, você conhece o médico, você tem mais

humanização, é uma coisa que dá mais segurança, (...) então o PSF trata do indivíduo por inteiro, não é por metades, não é por partes, ele trata o indivíduo no seu todo” (Andressa Cristina dos Santos, p.1).

“é um programa que está ajudando as pessoas, para prevenção na saúde” (Dinalva Nascimento Gonçalves, p.1).

“eu vou dizer um negócio para você, eu acho o PSF, se ele for implementado igual é o projeto, eu acho que é uma grande esperança para a saúde, uma solução, se implementado do jeito que ele tem que ser” (João Batista de Assis, ACS, p.1).

O agente comunitário João toca num aspecto relevante ao abordar o tema das políticas públicas, que é a diferença entre aquilo que é planejado e o que efetivamente se desenvolve. Esta situação ocorre em todas as áreas da política pública e apresenta, como conseqüência de tal fato, a necessidade de acompanhamentos, análises e avaliações dos projetos enquanto formas de se buscar a aproximação entre o idealizado e o executado (Aguilar, 2001).

No projeto do PSF, uma de suas idealizações consiste na valorização da prevenção enquanto prioridade para o programa. Uma das ACS reconhece a relevância desta discussão, porém a sua realidade local é outra e questiona:

“o PSF para mim é um programa de prevenção, a idéia é prevenir, mas nós encontramos as áreas com outro tipo de problema, a idéia é prevenir mas no momento a gente não está só com o trabalho de prevenir, a gente está com o trabalho de cuidar mesmo, porque a gente achou a saúde muito defasada, e o pessoal muito sem assistência, completamente abandonado, porque infelizmente a saúde vinha nesta situação, e isso é de longa data, não é de agora, o PSF hoje é a idéia de uma reconstituição” (Maria Salomé Brito de Barros, p.1).

A diretora técnica da Unidade Básica de Saúde do Belenzinho, na qual está alocada a equipe do PSF, ressalta apenas o aspecto da prevenção:

“o atendimento pelo PSF é você atender a necessidade da população que está próxima da unidade e você fazer um trabalho preventivo com essa população, você atende uma população na unidade que você não sabe dela, ela vem numa consulta e vai embora e você nunca mais a vê, ela abandona o tratamento, e essa população que nós vamos atender no PSF é uma população cadastrada, vai ter uma vigilância epidemiológica, ela pode estar apresentando problemas que não está valorizando o tratamento no momento; é um dever do PSF fazer com que ela valorize o seu tratamento, eu acho que basicamente você pode resumir o PSF como atendimento preventivo, atendimento de busca ativa da necessidade da população e trabalhar na prevenção da doença, não deixar a doença se instalar” (Ana Maria Augusta Silveira, p.4).

Esta fala nos suscita, a partir de um enfoque dado à função de ‘vigilância’ do programa, para a discussão da dimensão de atuação do PSF. É importante frisar que o programa deve direcionar-se para a ampliação do leque de possibilidades de conhecimento da população, para que ela escolha os caminhos a percorrer. A depender do modo de orientação para atuação, corremos o risco de intervenções disciplinadoras que venham para determinar o ‘certo’. Campos pontua tal fato como a necessidade de:

“investir não somente na dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública (vacinas, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direitos e donos de uma capacidade crítica de reflexão e eleição mais autônoma de modos de levar a vida” (Campos, 2000, p. 229).

Para que a atuação do PSF não se dê numa perspectiva disciplinadora, respeitando-se as escolhas individuais, é necessário o estabelecimento da escuta daquele do público-alvo do programa: a comunidade. Peregrino (2000) relata um trabalho realizado com agentes comunitárias de saúde no Rio de Janeiro, no qual a

doença era sempre o foco da discussão local no discurso da comunidade e pondera que “trazendo à cena grupos populares que ponham em xeque os limites dos conceitos abstratos, prescritos pelas instituições de saúde” (p.84) poderemos caminhar para atingir os objetivos relevantes dos programas, porém compreendendo seus limites e preservando seus usuários.

4.1.2 Agentes Comunitários de Saúde: demandas para além da saúde básica

Conhecer quais são as formas de encaminhamento dadas pelo Programa de Saúde da Família para as demandas que se apresentam para além da saúde básica é uma das nossas principais indagações para realização deste trabalho, uma vez que vivenciamos, enquanto atores, a construção de um projeto com viés intersetorial para atenção à infância e juventude na região, território, aliás, caracterizado enquanto um bolsão de pobreza no centro expandido da capital paulista (Sposati, 2001).

Faz-se necessário, porém, iniciar a partir da conceituação de saúde básica e o que a partir daqui denominaremos de *ação de saúde básica* e *ação básica de saúde*. O que aparenta ser uma simples inversão de palavras revela uma diferença de conteúdo significativa para esta discussão.

Segundo documentos do Ministério da Saúde, a atenção básica dá-se num aspecto amplo, não restringindo níveis de atenção:

“ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (...) A ampliação desse conceito se torna necessário para avançar na direção de um sistemas de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente” (Brasil, 1999¹⁰ apud Souza, 2002, p.157).

¹⁰ *Manual para Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 1999, 40p.*

Para o Programa de Saúde da Família são previstas ações básicas regulamentadas por uma complementaridade da NOB/96, o Manual de Organização da Atenção Básica, que discrimina tais ações, entre as quais não estão incluídas, por exemplo, a Saúde Mental, a Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a Assistência Odontológica, dentre outras.

Segundo os princípios do Sistema Único de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem prover todas as intervenções sem complexidade tecnológica que dada comunidade demandar, ou seja, todos, o que significa toda a população, devem ter acesso a este serviço, lembramos a necessidade de se sublinhar a palavra **todos**. A rede básica prevê um modelo que é “(...) incompatível com a idéia de que tudo que é básico é também barato, pobre e primário” (Campos, 1989, p. 57), “E afirmamos que atenção básica à saúde não quer dizer saúde pobre para os pobres, não quer dizer apenas o nível primário do sistema de serviços de saúde (...)” (Souza, 2002, p.158).

A *ação de saúde básica* refere-se a intervenções que digam respeito ao oferecimento de assistência para problemáticas ou doenças relacionadas aos componentes da saúde clínica, tais como: atenção a doenças infecto-contagiosas, saúde da criança, vacinação, diabetes, hipertensão, pré-natal, dentre outras.

Já as *ações básicas de saúde* estão relacionadas com as demandas daquela população de acordo com suas características sócio-culturais e econômicas. Trata-se da ampliação do conceito de saúde, que não se restringe à ausência de doença, pois tem como desafio a integração de toda a população no território e a atenção a esse grupo populacional. Aproxima-se, portanto, do conceito de Unidade Básica de Saúde (UBS), como local de promoção da saúde segundo a demanda local.

Vale ressaltar que esta discussão não tem por objetivo valorizar uma ação em detrimento da outra. Pelo contrário, nosso objetivo é destacar a importância de ambas, discutindo assim as políticas e o papel igualmente relevante das *ações básicas de saúde*. Precisamos avançar no imaginário cultural sobre o conceito de saúde,

ampliando a discussão para a o campo da promoção da saúde, da qualidade de vida e da integração social.

Tem-se, contudo, uma contradição entre aquilo que é oficialmente definido enquanto atenção básica – aproximando-se do conceito de *atenção básica em saúde* – e o que é ofertado para a população através do PSF no primeiro nível de atenção – atenção mais vinculada à *saúde básica*.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são o elo inicial do trabalho, aqueles que recebem e encaminham as demandas individuais e coletivas da comunidade, e aqueles que serão os principais porta-vozes do modelo de saúde ofertado. Os ACS passam por um processo de formação em saúde para o início de seu trabalho. Eles têm a importante função de promover o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, inclusive daquelas que não o fazem pelas mais diversas razões, especialmente porque não conseguem, ou porque não acreditam na resolutividade de seus problemas por esses serviços. Sendo assim, seu trabalho embute um dos princípios diretores do SUS, a universalização.

A presença dos cortiços – principalmente daqueles ligados ao movimento de moradia – e a entrada dos ACS em tais espaços têm possibilitado que a discussão do direito à assistência a saúde se dê em um lugar aonde a população raramente chega até os equipamentos devido, principalmente, ao estigma que trazem consigo por serem moradores de cortiços.

Deparamo-nos com situação igualmente delicada em uma das micro-regiões que pesquisamos, onde vivem muitos imigrantes ilegais bolivianos. A ACS local (Sônia Regina Carbamim) relata que inicialmente não era nem recebida por esta população, em função do medo que tinham frente à presença de uma pessoa que, em princípio, era vista como ‘policia’; mas hoje, já conseguiu esclarecer o papel do seu trabalho e levar muitos à Unidade de Saúde. Ainda não é permitida sua entrada em

muitas casas, locais onde trabalham clandestinamente, mas nas “portas de entrada” das casas acontecem conversas e orientações.

Um caso emblemático foi o de uma boliviana grávida, convencida pela agente comunitária a fazer o pré-natal na unidade próxima à sua residência. Fez o pré-natal na UBS, o parto normal no hospital da região e recebeu um enxoval para o bebê a partir da articulação prévia da ACS junto ao serviço de assistência social do hospital. A mãe deu o nome da agente comunitária para a filha, dizendo querer homenageá-la. A criança continua a ser acompanhada pela agente, porém ainda não foi permitida a sua entrada nesta casa, pois este é possivelmente um local de trabalho clandestino. É na porta de entrada que se efetiva o local de intervenção, o acompanhamento permitido e utilizado para as ações necessárias.

Histórias de vida como essa demonstram a possibilidade de cuidados que o PSF pode promover para aqueles que não acessariam espontaneamente o serviço, resultado que se torna possível a partir de sua ação no território, ampliando as possibilidades de escolha ao alcance da população local.

Nesta promoção do acesso de todos aos serviços de saúde são priorizadas as questões de saúde básica. São investigadas as possibilidades de doenças, auxilia-se na detecção, encaminha-se para procedimentos. Sendo esta uma tarefa relevante do ACS uma vez que, através desta intervenção, ele ajuda a melhorar os índices epidemiológicos de saúde da sua comunidade.

Porém, as demandas que são apresentadas ao ACS não se restringem às *ações de saúde básica*, como o exemplo acima apresentado demonstra, não se restringem nem ao campo da saúde. O ACS é visto pelo seu ‘vizinho’ como alguém que pode auxiliá-lo, pois está inserido em um serviço de caráter público, o que facilita a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demandas estas que podem ou não estar relacionadas a *ações de saúde básica*, mas que são, na maioria das vezes, ações sociais básicas.

Quando perguntamos aos ACS quais eram as maiores demandas locais, eles pontuaram: “as relacionadas à saúde?”. Na sequência enumeraram as incidências epidemiológicas de sua comunidade; em seguida, entretanto, apontaram “outras demandas” cujo auxílio para o encaminhamento também são chamados a intervir, tais como: casos de pessoas portadoras de deficiência ou transtorno mental, a questão da violência doméstica, das drogas, do cortiço, da fome, da falta de vaga em creches etc.

“falta de emprego, a moradia ruim, que moram em quartinho apertadinho para um monte de gente, os banheiros, não, o banheiro, que é um banheiro só para cem famílias, então o pessoal reclama muito de estar naquela situação e não poder melhorar” (Dinalva Nascimento Gonçalves, ACS, p.5).

- Entrevistador: “No cadastramento que vocês foram fazer na comunidade qual foi a problemática que vocês mais encontraram?”

- ACS: “Você quer saber do quê, de doença?”

- Entrevistador: “Também”

- ACS: “Bastante pessoas hipertensas, diabéticas, você entrando assim nas pensões, você vê a situação que uma pessoal mora, porque quando você bate numa casa é difícil a pessoa deixar você entrar, quando você entra na pensão você vê a situação” (Andressa Cristina dos Santos, ACS, p.5).

“na realidade minha comunidade é uma carência muito grande de todas as áreas, da criança ao adulto, porque nós não tínhamos nenhuma estrutura, tinha só a Unidade Básica que a pessoa só vinha quando estava doente, (...) ou se não ia no hospital, por sinal na nossa ficha, o cadastramento que eu fiz, a maioria do povo ia direto para o hospital e hoje a nossa idéia é tirar as pessoas do hospital e trazer para a Unidade Básica, (...) mas lá dentro tem o problema de creche, tem o problema de escola, temos muitos adultos analfabetos, não temos lazer, praticamente nós não temos nada, as pessoas infelizmente da minha micro-área são pessoas que vieram de cortiços, aí são pessoas que tem um pensamento diferente da realidade da vida, eles estão acostumado com outro padrão de vida, está um pouco difícil para a gente reverter este quadro, a gente não está tendo também oportunidade de fazer o trabalho por falta do respaldo que a gente não teve, e ainda não temos nenhuma estrutura do PSF, o PSF da nossa área está muito desestruturado, mas a gente espera que cada dia as coisas vão melhorando e chegue um ponto que a gente possa fazer o trabalho com perfeição, não está dando ainda” (Maria Salomé Brito de Barros, ACS, p.1).

As demandas que ultrapassam o âmbito da saúde básica são muitas vezes encaminhadas e não reconhecidas como trabalho da alçada dos agentes comunitários, como parte de sua função. Eles buscam informações com os profissionais da equipe, pedem apoio para esclarecimento de dadas problemáticas, perguntam sobre demais equipamentos sociais que desconhecem e orientam a população. A maioria, no entanto, só reconhece a sua ação profissional quando se trata de encaminhamentos para demais serviços de saúde. A discussão da promoção de demais ações para além da saúde básica não está no rol daquilo que por eles é reconhecido como trabalho, fazendo-se, contudo, muitas vezes presentes na prática cotidiana.

Apenas uma agente enfatizou seu trabalho no encaminhamento das questões para além da saúde.

“é um dever, porque na realidade do nosso trabalho a gente não tem obrigação com a doença, nós só temos obrigação com a saúde, a idéia é cuidar da saúde, e não da doença, então nós temos que procurar ver se a gente localiza creche para estas crianças serem atendidas, nós temos que procurar orientar os pais na alimentação, a gente tem o dever e a obrigação de ajudar a orientar, problemas de drogas que é um problema seríssimo que nós não estamos preparados ainda para enfrentar, (...) o agente comunitário ele é responsável por muitas coisas dentro da micro-área dele, e é tanta responsabilidade que a gente tem medo de não conseguir assumir nem a metade dos problemas que a gente encontra” (Maria Salomé Brito de Barros, ACS, p.2).

Documento produzido pelo Ministério da Saúde dirigido aos ACS ressalta a relevância do papel do agente enquanto elemento de ligação entre as demais áreas, apontando a intersetorialidade enquanto estratégia de trabalho para ampliação da ação em saúde. Exemplifica com experiências nacionais nas quais houve o trabalho dos ACS em campanhas como “Toda criança na escola”, “Natal com Paz”, dentre outras (Brasil, 2000, p.14-15).

A intersetorialidade é também apontada pelos gestores municipais do nível central.

“um dos avanços que o PSF representa no setor da saúde é a participação do agente, o que for da instância de atendimento da área de saúde a gente vai buscar solucionar, a questão que depender de outros setores tem a perspectiva da intersetorialidade, o agente não é só um elo entre a equipe e a população, mas ele é também uma pessoa da população que tem uma importância para estar discutindo as causas dos problemas de saúde e para estar mobilizando outros setores de políticas públicas no enfrentamento de outras questões” (Anna Maria Chiesa, Coordenadora do PSF da Prefeitura Municipal de São Paulo, p.3).

Na cidade de São Paulo o encaminhamento do trabalho intersetorial vem se dando através da discussão e implantação das subprefeituras.

“reorganizar o sistema para que a demanda que o PSF encontra seja atendida na sua integralidade e intersetorialidade. (...) o governo vem com uma proposta maior que é da subprefeitura, onde todos os setores do governo estão discutindo as necessidades do território, o PSF vem qualificar esta discussão, porque se ele sabe que numa família ou ‘n’ famílias daquela região que ele trabalha, há uma carência de escola e as crianças ficam em casa, nos cortiços, e etc, ele vai dar dados para qualificar o desenvolvimento sustentável daquela região” (Rosana Magalhães Gaeta, Diretora do Distrito de Saúde da Mooca, p.3).

Porém este é um processo que se inicia na cidade, no qual pudemos observar pequenos movimentos na direção das ações intersetoriais, mas ainda sem resultados efetivos. Continuando nas palavras da Diretora do Distrito de Saúde da Mooca:

“as políticas públicas só vão ter sucesso a longo prazo” (Rosana Magalhães Gaeta, p.3).

No Belém a equipe do PSF iniciou contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social na tentativa de agilizar os encaminhamentos das situações sociais mais graves detectadas pelos ACS. Segundo os próprios agentes, já contavam com uma parceria com o programa de bolsa alimentação – que se destina a oferecer um

valor monetário para mães de bebês recém-nascidos sem condições financeiras para subsistência – e negociavam o encaminhamento de moradores para receberem cestas básicas, e para o programa bolsa escola – que se dedica ao oferecimento de um valor monetário mensal para a família e (re)inserção das crianças na escola.

A necessidade de ações concretas para viabilizar o trabalho intersetorial está representada pelas palavras do coordenador do PSF do Distrito de Saúde da Mooca.

“a gente ainda está no momento de levantar quais são esses problemas na interfaces, (...) enquanto saúde que outros atores eu posso reunir para resolver este problema, com quem eu já conto e com quem eu preciso captar, (...) isto está subsidiando uma outra discussão que vai além da equipe, quer dizer, é uma atuação de território com esse agente comunitário e com todos os atores que estão nele. (...) o agente comunitário traz [a demanda], (...) a gente tem que pensar que outros recursos sociais são colocados neste distrito e que merecem que pelo menos a gente se aproxime e conheça o que eles estão fazendo” (Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, p.12-13).

Também a diretora técnica da Unidade de Saúde ressalta a relevância da possibilidade da intersetorialidade nos princípios do PSF.

“o PSF tem que trabalhar entrelaçado com outras secretarias, na medida que o agente comunitário está levantando um problema, (...) tem que trabalhar de uma maneira integrada com a secretaria de habitação, por exemplo, para ver o que se pode fazer para melhoria daquela habitação, para a infra-estrutura da rede de água, esgoto, luz, (...) então o agente comunitário tem a importância grande de trazer a realidade, a fotografia daquela região, e a saúde não pode achar que ela vai resolver aquilo sozinha porque não vai mesmo, mas ela vai ser um veículo muito importante de levantamento desses problemas, (...) o PSF vai ter condições de dar essa cobertura, de buscar as parcerias para poder melhorar essas condições, eu sei por exemplo de um posto do PSF que os agentes comunitários levantaram um grande número de analfabetos dentro da área cadastrada e eles foram em busca de uma parceria e montaram um curso de alfabetização dentro da Unidade de Saúde em horários que não tinha atendimento, eles foram treinados, fizeram uma parceria com uma universidade, foram treinados, e estão atuando como monitores de alfabetização, então cada região vai exigir de você uma postura diferente, de acordo com a necessidade da população” (Ana Maria Augusta Silveira, p.5).

Potencializar o trabalho dos ACS, valorizar a aproximação com a real demanda da população e, a partir daí, buscar ações intersetoriais, pode ser um caminho para a melhoria da qualidade de vida e para a ampliação das redes sociais de suporte da população atendida.

O ACS faz parte, muitas vezes, da rede pessoal daquele que ele atende, agora profissionalmente. Por esta característica de liderança do agente, fator presente na região em que estudamos, sua participação local antecede – evidentemente em outro nível de comprometimento – a sua função enquanto ACS. Ele já é conhecido, tem vínculos, entra na casa das pessoas.

Castel, como citado no capítulo 1, compreende as redes sociais e pessoais de suporte como elementos fundamentais na definição de maior ou menor vulnerabilidade daquele que tem uma integração precária ao mundo do trabalho, como elementos que podem impedir o que esse autor conceitua como desfiliação.

O espaço comunitário destes agentes inscreve-se, na maioria das vezes, em uma zona de vulnerabilidade relacional, tendo a política do PSF a possibilidade de, caso ultrapasse os limites da *saúde básica*, contribuir para o fortalecimento das redes sociais de suporte comunitárias.

O desenvolvimento e aprimoramento da *saúde básica*, evidentemente, interferem e produzem melhorias na qualidade de vida de determinada comunidade. É um ganho de extrema relevância acompanhar a vacinação dos bebês, controlar o índice de doenças crônicas, evitar proliferação de epidemias, como temos vivenciado recentemente com a dengue, dentre outros tantos exemplos.

Todavia, o escopo de ação pode ser ampliado e criar desdobramentos que interfiram no cotidiano e vida das pessoas em outros aspectos, atuando nas suas redes pessoais, produzindo significantes não só objetivos, mas também subjetivos, potencializando a ação da política pública implementada.

O trabalho de acompanhamento às famílias vivendo em situação peculiar de vulnerabilidade social, “numa perspectiva de não se restringir ao controle de problemas de saúde específicos”, busca “apoiar a luta desses moradores pela vida, entendida de forma mais ampla” (Vasconcelos, 2001b, p.152).

O problema daquelas famílias nem sempre poderão ser “curados”, mas certamente poderão ser “cuidados”.

“Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, dos problemas passíveis de ser enfrentados, pondo-se à disposição de acordo com as condições exigidas por eles e não nas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço. O sofrimento não se anula, mas começa-se a remover-lhe motivos e mudam-se as formas e o peso com que esse sofrimento entra no jogo da vida da família” (Vasconcelos, 2001b, p.153).

Na dimensão do ‘cuidar’ vemos a possibilidade de intervenções na comunidade, no âmbito interdisciplinar, dentro do que estamos entendendo como luta pela vida.

A atuação a partir desta perspectiva, segundo Vasconcelos (2001b), utiliza como eixo a educação, nos preceitos da autonomia, liberdade e criatividade, baseados em Paulo Freire.

Os limites das ações no campo da saúde e a necessidade de discussão num escopo mais amplo são também parte da fala de alguns agentes comunitários. Um ACS relatou-nos o caso de três crianças de uma mesma família, em sua micro-área, que sofrem de isolamento social em virtude de uma série de privações familiares. Ele encaminhou-as à Unidade de Saúde, e estão recebendo atendimento médico e psicológico, mas pontua:

“o que mais ajudaria essas crianças é se você tivesse um lazer, uma coisa diferente, uma cultura diferente, que a gente não tem aqui este tipo de coisa para resolver, tem

o médico, o psicólogo, a parte da homeopatia aqui está cuidando das crianças, então as crianças, uma de 7 e a outra de 8 [anos], e a menina de 1 ano, mas eu acho que seria melhor ter um lazer, um lugar onde você possa desenvolver mais, uma atividade diferente do que eles fazem no dia-a-dia, acho que seria melhor” (João Batista de Assis, ACS, p.3).

Tem-se, portanto, pautada a discussão da intersetorialidade enquanto elemento potencializador das ações em políticas públicas, analisando, neste caso, a partir das políticas de saúde, almejando sua ampliação, que poderia resultar em benefícios para a população atendida. Nesta discussão, o ACS pode ocupar um espaço fundamental de mediador entre a comunidade e o poder público, ampliando suas funções para um *agente comunitário social*, articulador de melhorias, contribuindo para a promoção das políticas sociais no nível local.

O ACS pode ainda ser um articulador das redes de solidariedade existentes, contribuindo para o fortalecimento das mesmas.

Sposati¹¹ (1990 *apud* Vasconcelos 2001b) classifica os níveis de solidariedade das classes populares nas seguintes categorias: solidariedade parental e conterrânea, marcado pelos laços familiares e conterrâneos; solidariedade apadrinhada, laços mantidos com outras classes sociais, como empregado-empregador; solidariedade missionária, desenvolvida pelas igrejas; solidariedade associativa, relacionada às comunidades organizadas, como os movimentos sociais.

Complementaríamos tais classificações com o acréscimo da solidariedade por afinidade e convivência, desenvolvida principalmente entre vizinhos, fator extremamente presente nas comunidades que acompanhamos, sendo que no Casarão esta dimensão acopla-se à solidariedade associativa.

¹¹ Pesquisa “Os padrões de reprodução social na Sociedade Previdência”, realizada em 1990 sob a coordenação da professora Aldaíza Sposati (PUC-SP).

Contudo, reconhecer o ACS enquanto parte desta comunidade e atribuir-lhe o papel de contribuir para a ação a partir das redes de solidariedade, é passo inicial para efetivação do trabalho.

A resignificação do paradigma norteador das ações do PSF, ressaltando a importância do papel do Agente Comunitário de Saúde, pode vir a ser um importante instrumento para o fortalecimento das redes sociais de suporte da população atendida.

4.1.2.1 Atenção à infância e à juventude

A atenção à criança sempre esteve na pauta dos programas das Unidades Básicas de Saúde, principalmente relacionada ao acompanhamento de bebês no primeiro ano de vida, com enfoque no monitoramento das vacinações. A atenção aos jovens tem no acompanhamento de adolescentes grávidas em programas de pré-natal uma priorização, devido ao risco que estão submetidas.

Evidentemente este é um quadro genérico das ações desenvolvidas, tendo em diversas outras experiências locais a ampliação do oferecimento da assistência para esta camada da população.

A Unidade Básica de Saúde do Belenzinho, local em que está alocada a equipe do PSF em estudo, não oferecia nenhuma ação específica para criança e jovens, a não ser as citadas acima.

A área de abrangência circunscrita no território em estudo (figura 02, p.14) apresenta uma densidade populacional variável tendo uma grande concentração de idosos, e também uma densidade alta de crianças e adolescentes em comunidades específicas. Na comunidade do Casarão, por exemplo, há 43,30% da população com idade entre 0 e 21 anos (Lopes e Koketsu, 2003).

O maior índice de crianças e adolescentes encontra-se nas áreas de maior concentração de pobreza, o que certamente implica na necessidade de ações para esta população.

A equipe do Programa de Saúde da Família reconhece que o acesso das pessoas nesta faixa etária ao serviço é precário. A apresentação da maior demanda que envolvem as crianças e adolescentes foi verbalizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e dizem concentrar-se na: busca por vagas em creches – com relação às crianças mais novas, ausência de espaços de lazer na região, e no uso e abuso de substâncias psicoativas (referidas enquanto drogas) por adolescentes das micro-áreas.

O encaminhamento de tais questões não tem sido realizado. Havia uma proposta de projeto no Distrito de Saúde da Mooca que buscasse criar um serviço que atendesse adolescentes com envolvimento de uso de substâncias psicoativas, porém não houve efetivação até o período em que estivemos em campo, exceto por algumas ações pontuais em comunidades, como no Casarão.

O trabalho com adolescentes foi também lembrado pelo coordenador do PSF enquanto desafios a serem abordados pela equipe.

“outra questão são os adolescentes, a gente esteve recentemente lá no Casarão numa oficina com adolescentes, num psicodrama coletivo, sobre a questão do porquê o adolescente não vai na unidade. Ou se ele vai, não é atendido, por que isso acontece? E a gente viu os adolescentes (...) reclamarem das mesmas coisas que a gente, eles fazem as mesmas críticas que a gente faz do serviço, ‘esse serviço que não sai do serviço’, ‘esse serviço não propõe alternativas viáveis para as pessoas estarem lá’. (...) uma adolescente, por exemplo, colocou a questão dela ter transado e querer usar métodos contraceptivos, e a preocupação de ir ao posto e não ser compreendida, (...) ela trazia a questão de qual era a autonomia dada para o adolescente, como é que ele vai interferir no serviço, e foi muito legal essa discussão, a gente tirou uma agenda a partir disso que eu acho que neste momento está muito frágil, essa agenda precisava ser melhor amarrada, (...) eles [os adolescentes] ficaram inclusive de ir na unidade discutir com a equipe, não sei se ocorreu este desdobramento” (Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, p.24-25).

É dado pela lei, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), que a abordagem a crianças e adolescentes é prioridade em todos os serviços, e estando num território de vulnerabilidade social, como este, a situação apresenta-se ainda de forma mais gritante. A não-problematização do trabalho com esta demanda empobrece os resultados possíveis da política proposta.

A ampliação do leque de ações, visualizando a ampliação das redes sociais de suporte locais, passa por essa população na promoção de *atenção básica em saúde* para todos.

4.1.3 Lideranças do movimento popular enquanto Agentes Comunitários de Saúde

Documentos apresentados pelo Ministério da Saúde apontam o perfil do Agente Comunitário de Saúde enquanto alguém que exerça uma liderança em sua comunidade (Brasil, 2000 e 2001b).

“Quem é o agente comunitário? É alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como um elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o saber popular” (Brasil, 2001b, p.78).

A comunidade em que trabalhamos apresenta a particularidade de pertencer a um território com a experiência do movimento social de luta por moradia, conforme já destacamos, tendo três lideranças de diferentes comunidades que compõem o Programa de Saúde da Família na função de agente comunitário.

O perfil de liderança, portanto, está para além dos princípios pensados, atingindo a organização social e luta coletiva por um bem próprio, sendo aqui a moradia a bandeira de luta.

Dos cinco agentes comunitários que acompanhamos, duas nunca tiveram nenhuma ligação com o movimento social organizado, estando em suas comunidades há bastante tempo.

- Entrevistador: “Você mora há quanto tempo nesta comunidade?”

- ACS: “Eu moro desde 1976, há 26 anos, então eu conheço quase todo mundo, o Belenzinho inteiro. Onde eu passo todo mundo fala ‘nossa a Nalva devia ser uma vereadora’ porque todo mundo daqui me conhece”.

- Entrevistador: “E o que você fazia antes?”

- ACS: “Eu era vendedora de cocada, então já conhecia todo mundo do bairro, (...) aí era conhecida como a tia da cocada, agora eu sou agente de saúde (risos)” (Dinalva Nascimento Gonçalves, ACS, p.2-3).

- ACS: “eu sou da micro-área 2, que está dividido em micro-áreas e eu pego a R.Boemia, Almirante Barroso, que é o pedaço onde eu moro, R. Souza Calda, Rio Bonito, e eu faço essa área”.

- Entrevistador: “certo, e há quanto tempo você mora lá?”

- ACS: “lá eu moro há 17 anos. Antes disso eu era auxiliar de escritório e trabalhei numa firma por 23 anos” (Sônia Regina Carbamim, ACS, p.1).

As histórias de vida das agentes influenciam no desenvolvimento de seus trabalhos, sendo que o trânsito adquirido na comunidade e o conhecimento local permitem maior ou menor envolvimento e desdobramento de suas ações.

Os outros Agentes Comunitários de Saúde pertencem ao Movimento de Luta por Moradia Urbana, através da Unificação das Lutas por Cortiços – ULC. Encontram-se em ‘estágios’ diferentes da luta pela casa.

Maria Salomé, por exemplo, está no movimento de moradia há treze anos, e é agente na comunidade do Casarão, local já conquistado e construído por mutirão, com as pessoas morando em seus apartamentos.

João pertence ao movimento há seis anos, e é ACS de uma região que contém um prédio que foi readaptado e construído apartamentos para moradia para mais de sessenta famílias do movimento, inclusive representa a sua conquista pela casa, (no final de 2002 – data da entrevista – a edificação estava em fase de construção¹²). Maria Salomé e João são lideranças da ULC nos bairros Brás, Belém e Mooca e permanecem trabalhando para auxiliar outras famílias na conquista da casa própria.

Andressa, por fim, completou dois anos de participação no movimento no início de 2003 e está lutando para aquisição de sua casa.

Quando perguntado a estes atores sobre a influência de participar do movimento e estar na função de Agente Comunitário de Saúde, todos apontam congruências nos trabalhos desenvolvidos.

“claro que influencia, eu vejo assim, aqui depois que eu passei a trabalhar, aprendi muita coisa, lá mesmo no movimento já aprendi muitas coisas, aprendi um pouco de política também, a gente já passa a entender várias coisas, o porquê de se estar junto, o porquê de ser organizado, quer dizer tudo que é organizado a gente pode conseguir mais rápido, uma força e uma união, (...) trabalhar com as pessoas que já trabalham com a gente (...) eu acho que tem tudo a ver” (Andressa Cristina dos Santos, ACS, p.4).

“a experiência que eu peguei dentro da moradia, o trabalho social que sempre existiu; eu era uma pessoa muito fechada, muito tímida, eu tinha dificuldade para falar com as pessoas, e o movimento de moradia me ajudou muito, fiz vários seminários sobre moradia, comunicação, expressão, melhorei bastante, para eu entrar no PSF acredito que a moradia me ajudou bastante” (João Batista de Assis, ACS, p.6).

¹² O edifício foi inaugurado no início de 2003 e é conhecido pelo movimento local como “Banespa”, pois a edificação abrigou, no passado, uma agência do Banco Banespa, o prédio encontrava-se em desuso quando ocupada pelos atuais moradores. A edificação localiza-se na Av. Celso Garcia, vizinha a comunidade do Casarão.

“com os pais a gente tem um bom relacionamento e um bom conhecimento da vida de cada um por causa da participação conjunta, porque os pais são pessoas que eu conheço há aproximadamente 12 ou 13 anos, os pais, os adultos, aí vem as crianças e os adolescentes que eu conheço há quatro ou cinco anos, mas para mim é fácil me aproximar deles pelo relacionamento que eu tenho (...) acontecem algumas divergências, mas são políticas, são pessoais, e isso influencia muito. (...) Aonde não tem organização, aonde tem famílias e não se reunir, nada se consegue e o movimento tem este trabalho, esta função de organizar, então o movimento organiza e daí em diante consegue fazer algum trabalho realmente com a família organizada, a desorganizada é muito difícil trabalhar” (Maria Salomé Brito de Barros, ACS, p.4-5).

No debate sobre atuações nas políticas sociais enquanto lideranças do movimento de moradia, pedimos ao agente João que nos falasse novamente sobre sua atuação como conselheiro de saúde, fato que nos foi relatado em 2000 no momento da realização de entrevistas com lideranças do movimento de moradia sobre reivindicações para além da casa¹³. Ele atuou dois anos como conselheiro de saúde na região central de São Paulo.

“na época que eu entrei estava lá o Pitta, foi uma plenária muito boa, eu também comecei na moradia sem saber nada e entrei lá e era a mesma coisa, e aí você vai aprendendo, vai conversando com um, vai conversando com outro, um explica uma coisa, outro vê que você é novo, lá participa muito sindicato médico, associações disso, associações daquilo outro, o conselho lá é tudo barra pesada mesmo, na época que eu entrei era o Pitta, um ano o conselho foi mais ou menos bem, depois ficou com aquela coisa tirava o Pitta hoje na outra semana ele entrava, (...) não é igual hoje que está tranqüilo, que o conselho decide, lá o conselho é deliberativo, não é só o secretário, na época do Pitta não conseguiu fazer nada, era só mais briga, teve muitas denúncias, o PAS era uma prioridade de denúncia, (...) mas valeu a pena, experiência, conheci muita gente, aprendi muita coisa, a partir daí me envolvi em muitos seminários, fiz na Universidade Paulista sobre saúde, aí fiz, antes de ser agente de saúde, fiz parte do seminário de implantação do PSF em São Paulo, bastante atividade” (João Batista de Assis, ACS, p.9).

Perguntamos se não havia interesse em compor o Conselho de Saúde do Distrito da Mooca na categoria de funcionário, dado seu envolvimento anterior. O

agente nos disse que não havia tal possibilidade, devido ao fato de não ser funcionário da Prefeitura e sim de uma associação com convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, sendo assim, optou por acompanhar o conselho local de usuários.

É preciso que se repense a função enquanto funcionário, membro da equipe local, do Agente Comunitário de Saúde, pois ele representa a comunidade, mas tem uma atuação de servidor público e, portanto, de extrema importância para a composição das representatividades da saúde, como por exemplo, do conselho de saúde.

O modo pelo qual se optou para as contratações no PSF em nível nacional, via associações e organizações não-governamentais, pode vir a favorecer ações clientelistas no interior da ação pública (Teixeira, 2001). Esta forma de agregação de trabalhadores tem como justificativa a impossibilidade de contratação pelo serviço municipal, devido à lei de responsabilidade fiscal, corroborando com o enxugamento da ação estatal na proposta neoliberal, conforme já mencionamos no capítulo 2.

Neste caso, em particular, do agente comunitário que participa do conselho de saúde, observamos uma inversão de valores para a sua atuação, uma vez que representa o Município na intervenção profissional, porém não pode fazê-lo no campo da participação social. O exercício conjunto de sua função enquanto membro da comunidade e agente de saúde poderia aproximar, para o cenário local, o conceito de Estado proposto por Gramsci, devido à ação em somatória da sociedade civil e política.

Contudo, tais princípios são incongruentes com as bases neoliberais de intervenção estatal, modificando os paradigmas para a análise.

A particularidade da região em estudo, de apresentar lideranças do movimento social na implementação de uma política pública, poderia ser usada enquanto elemento de maior potencialização da participação social e efetivação de princípios

¹³ Trechos destas entrevistas encontram-se referenciadas no capítulo 3 deste trabalho.

de exercícios de direitos na região. Observa-se, entretanto, que este aspecto é pouco valorizado, com as preocupações mais centradas no barateamento das intervenções, na produção de índices de sucesso, em objetividades que não valorizam o cotidiano político enquanto elemento de trabalho.

Ainda nas características presentes nesta região, é facilitado o acesso aos moradores dos cortiços e pensões através do trabalho das lideranças do movimento local.

A entrada nestes espaços normalmente não é autorizada a qualquer pessoa, pois temem o risco de denúncia e ações que os expulsem daquele espaço. Profissionais de equipamentos sociais locais relatam dificuldades para acessar tal população. As lideranças, por fazerem o trabalho diretamente com a questão da moradia, conhecem e são conhecidos pelos moradores dos cortiços, podendo adentrar ao universo que se abre através de uma pequena porta para a rua, e buscam levar a possibilidade de acesso à saúde para esta população.

“ajuda você estar pegando um agente que mora na redondeza, que conhece a população que ele vive, eu acho que torna mais fácil a chegada de cada equipe na micro-área, na área que vai se trabalhar” (Davis Gozzo Farias, auxiliar de enfermagem do PSF, p.2).

A facilidade de contato com tais pessoas é reconhecida pelo médico da equipe como um fator positivo no aspecto do trabalho com ACS lideranças do movimento social, e compara diferentes situações na mesma área de atuação do PSF. Em algumas micro-áreas encontra-se o movimento organizado, em outras (região mais próxima ao bairro do Brás) vive-se uma grande concentração de imigrantes ilegais – na sua maioria bolivianos – que não apresentam nenhuma forma de organização e não permitem a entrada dos ACS por temerem serem denunciados para a polícia.

O aspecto da possibilidade de acesso a determinados grupos populacionais é um dentre tantos fatores presentes na particularidade deste distrito vivenciada por agentes comunitários enquanto lideranças do movimento social local.

“eu acho que as pessoas que lideram essas comunidades tem um contato estreito com a gente e o nosso relacionamento com elas é muito bom e se você se relaciona bem com quem é líder automaticamente os liderados estão, pode-se dizer, satisfeitos com a sua ação. (...) nós temos aqui na região muitos imigrantes, não migrantes, migrantes, que são indivíduos que por força da irregularidade da situação, da situação mesmo social deles, em termos de obrigações com a Polícia Federal, eles se escondem, então o acesso a eles é muito difícil, não nosso, porque a gente nunca vai conseguir chegar se o agente não chega, (...) eles vivem numa condição de semi-escravidão, se é que se pode chamar aquilo de semi, e eles são pessoas que estão muito doentes (...) estão altamente insatisfeitos com a situação deles, preocupados, então que resistência esses indivíduos têm? Vão ficar doentes mesmo, dizem que essa comunidade é uma comunidade que tem muita gente doente, doenças importantes, doenças graves, mas que infelizmente eles não permitem um acesso, (...) dizem que eles não abrem as janelas. Então não sei como é que vamos chegar nessa comunidade” (Oswaldo Ditolvo Júnior, médico do PSF, p.5-6).

Por outro lado, também são observados pelos atores locais aspectos que dificultam o trabalho do agente enquanto liderança, por ter no cotidiano uma sobreposição de papéis. A auxiliar de enfermagem local aborda tal fato, quando perguntado sobre as particularidades organizativas da região.

“Às vezes ajuda, às vezes atrapalha. Como tudo na vida tem seus dois lados, é importante que, no sentido dessas pessoas comprometidas com o social, se importam realmente com o bem-estar e com a melhora da qualidade de vida das pessoas, dos seus vizinhos, isso é um ponto bastante favorável; às vezes, e essa é a minha forma de pensar, eu penso que às vezes atrapalha um pouco porque acaba existindo uma mistura das coisas, é muito difícil você separar até onde deve ir a equipe do Programa da Saúde da Família com o seu agente comunitário, como esse agente deve agir dentro do PSF, e às vezes ele mistura o que ele faz, como ele deve agir nas suas diferentes lideranças, ele acaba querendo por tudo isso dentro do PSF, às vezes fica uma coisa tão ampla, tão abrangente que é difícil você dar conta, (...) o que deve ser de um lado, o que ser do outro, no principio atrapalha, porque é difícil ver os

limites de cada função e acaba se misturando, só por isso eu acho que atrapalha” (Valdecira Santeno dos Santos, auxiliar de enfermagem do PSF, p. 4).

A abordagem do referido aspecto foi também lembrada pelo coordenador da equipe do PSF, destacando a necessidade de:

“qualificar melhor o agente comunitário, eu sinto que o agente tem um conflito de papéis, ele é comunidade e é agente comunitário profissional, é muitas vezes uma liderança da comunidade, então é difícil, porque ele tem uma tripla identidade e isso traz uma série de problemas, são problemas positivos, mas problemas, é uma sobrecarga para esse trabalhador, para essa pessoa, e que às vezes desqualifica a ação dele como agente comunitário, então eu sinto que determinadas condutas precisam ser mais profissionalizada” (Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, coordenador do PSF do Distrito de Saúde da Mooca, p.11).

Retornamos à discussão do papel do Agente Comunitário de Saúde e o viés do Programa de Saúde da Família com a intersectorialidade. O fato de o agente verificar tais situações, questionar possibilidades, trazer para a equipe local problemas não relacionados com a saúde básica precisam ser valorizados e encaminhados através da inserção de novos atores da saúde e para além da saúde. Em publicação direcionada aos ACS, o Ministério da Saúde propõe que seu trabalho seja de “um agente de mudanças” (Brasil, 2000), porém tal perfil só será incorporado se tiver o apoio local para a realização do trabalho.

Um fato que exemplifica a situação acima se relaciona com a carência de vagas em creches na região e a alta demanda apresentada aos ACS. Alguns optam por não trabalhar com este fato, outros orientam, procuram os diretores locais dos equipamentos sociais, encaminham as demandas, mas na maioria das vezes sem apoio da equipe do PSF.

O que observamos em campo não caminhava na direção proposta teoricamente pelo Ministério da Saúde, no sentido de consolidar a formação do

“agente de mudanças”. Acompanhamos os ACS ao verificarem diferentes problemáticas em sua comunidade e ao buscarem auxiliar seu vizinho, estando menos direcionado por uma intervenção profissional e muito mais pela rede de solidariedade associativa, ou de afinidade e convivência. Quando realizavam ações extra Unidade de Saúde, que expandiam o campo das *ações de saúde básica*, sentiam-se atuando para além de suas funções, não reconheciam demandas que envolviam o ‘cuidar’, e não o ‘curar’, enquanto sua função de trabalho. Restringiam sua atuação, muito influenciados por aquilo que aprenderam sobre sua função, diminuindo as potencialidades de ser um “agente social”.

A diretora do Distrito de Saúde da Mooca preocupa-se com a possibilidade de restrição das ações do agente comunitário, enfocando suas ações apenas no âmbito saúde-doença, apontando no seu discurso a intersetorialidade como desafio e possibilidade de não se chegar nesta restrição.

“[a intersetorialidade] envolve mudança interna muito grande no ser humano, nós não somos capacitados, não somos qualificados para pensar na intersetorialidade, mudar a prática, (...) os agentes comunitários não tem este enfoque da doença como os profissionais da saúde, então já permeia no dia-a-dia o olhar mais global; o medo é que eles percam este olhar para o enfoque só da doença e do remédio, eles podem perder esta capacidade” (Rosana Magalhães Gaeta, diretora do Distrito de Saúde da Mooca, p.5).

O desenvolvimento de ações intersetoriais e a ampliação das políticas públicas enquanto alcance e método é ainda um caminho a ser trilhado, porém precisa ser pautado e iniciado o debate para que se possa vislumbrar tais ações num futuro próximo.

4.1.4 O PSF em discussão: alguns apontamentos

A partir do estudo realizado e do trabalho de campo acompanhado observamos o PSF configurar-se enquanto uma possibilidade e, paralelamente, um limitador.

Possibilidade por poder promover a ampliação do atendimento no campo da saúde, a facilidade de acesso aos equipamentos sociais, pautando a participação social, o desdobramento em ações interdisciplinares, que vislumbrem a melhora da qualidade de vida de grupos em situação de vulnerabilidade relacional, dentre outros fatores.

Limitador por poder configurar-se em ações disciplinares, que visem ao controle, no atendimento simplificado, de baixo custo – a partir da contratação de recursos humanos, na atuação enraizada no processo saúde-doença, na não-valorização da intervenção interdisciplinar; enfim, num empobrecimento da política e dos processos sociais.

Em campo, as possibilidades que observamos não se traduziam em implementação, sendo que presenciemos ações mais ligadas aos aspectos limitadores do PSF do que as suas possibilidades.

A particularidade local de extrema relevância, que se traduz na atuação numa região do movimento social organizado, contando com a participação de seus atores, não conseguiu ser valorizada para produção de diferenciais do PSF e de seus agentes comunitários.

Importante ressaltar que esta análise se dá a partir do trabalho realizado na região em estudo, porém, não se trata de uma particularidade só deste local, e sim da probabilidade de um empobrecimento do programa no país, sendo esta região de São Paulo um microcosmo da realidade desta política no cenário nacional. Os gestores locais, da região do Belém e da cidade de São Paulo, apontam um discurso que busca

a intervenção na direção das possibilidades do PSF, porém ainda não conseguiram fazer com que isto se efetivasse na intervenção cotidiana.

A percepção do duplo aspecto do PSF é apoiado pela autora abaixo:

“[PSF] pode significar uma faca de dois gumes: ou permanece focalista, como uma política compensatória e de controle social, restringindo-se à seletividade e ‘cestas básicas’, sem reconhecer os direitos sociais; ou consegue tomar outra direção, mais justa e realmente estratégica para a reorganização do sistema de saúde e pela necessidade de implantar um modelo assistencial de atenção integral, consolidando o SUS, através da participação popular, pois assim contribui também para mudanças básicas na sociedade, como um projeto democrático que se impõe. Assim, pode-se conduzir a uma transformação de necessidades e carências em direitos, abrindo espaço para uma cidadania plena” (Teixeira, 2001, p.253).

A abertura em duas vertentes do PSF retrata a concepção ideológica de Estado e Política Pública que queira se implantar numa dada sociedade. Num caráter de política compensatória, o PSF age de acordo com o sistema neoliberal vigente, numa perspectiva de simplificação das ações e enxugamento do Estado nos direitos sociais. Em contraposição, atuando para a ampliação de direitos, o mesmo programa adquire objetivos convergentes com a visão de Estado e Política Pública apresentados no capítulo 1 deste trabalho.

Tem-se, portanto, o desenvolvimento, em nível nacional, de um programa que possibilita a criação de um modelo, a valorização da educação popular enquanto diretriz de seu trabalho, a ação social numa perspectiva ampliada, dentre outros aspectos aqui citados, todavia, aspectos ainda não vivenciados pela população assistida.

A inversão da lógica diretiva poderia ‘recriar’ o programa, atuando a partir de suas possibilidades, numa perspectiva que vise ao direito, interferindo, então, na ampliação das redes sociais de suporte das comunidades atendidas.

4.2 A INFÂNCIA E A JUVENTUDE EM GRUPOS POPULARES – O PROJETO CASARÃO

Buscamos tecer algumas reflexões a partir da experiência da proposta relativa ao Projeto Casarão. Assinalamos que fomos parte atuante de todo o processo deste trabalho, o que nos convida a integrar o debate, realizando uma leitura das possibilidades, interfaces e limites de tal ação, porém enfatizamos que se trata de uma das análises possíveis, na qual não objetivamos uma neutralidade científica, inexistente na nossa visão.

Para dialogar sobre o tema, utilizamos prioritariamente os atores envolvidos na execução do Projeto Casarão, bem como os representantes do movimento que se aproximaram do projeto, ajustando o foco a partir das ações realizadas.

4.2.1 Ações em meio aberto: a comunidade enquanto território de trabalho

O espaço físico da comunidade do Casarão e sua experiência enquanto movimento social foi, em toda a sua história, *locus* de interesse acadêmico de diferentes áreas, fazendo com que o “Projeto Casarão” seja algo contínuo da história daquela comunidade e com diferentes facetas e enfoques de acordo com o momento vivido. Nossa experiência relaciona-se com uma parte da história daquela comunidade, naquilo que tange à discussão da infância e juventude, campo em que já se havia experienciado durante o período de execução das obras, item previsto pelo convênio da Secretaria de Habitação, retornando para a pauta com a nossa entrada na comunidade.

Torna-se importante tal destaque para assinalarmos que participamos de uma parte das ações vivenciadas nesta comunidade, numa história que é processual e que permanece.

Dentro da proposta do Projeto Metuia encontra-se uma ênfase em ações territoriais, que lidam com áreas empobrecidas, trabalhando na perspectiva de ampliação das redes sociais de suporte da população local.

“trabalhar a problemática de algumas áreas territoriais de São Paulo onde você encontra um alto grau de desfavorecimento, de perda social, como no caso do Casarão em que a gente tem um território de concentração de bolsão de pobreza” (Ana Maria Galluzzi, Assessora do Distrito de Saúde da Mooca e Coordenadora do Projeto Casarão em 1999-2001, p.1).

A preocupação com as ‘questões sociais’ – quer sejam as crianças e os adolescentes, a creche, a geração alternativa de renda, a alfabetização de adultos, dentre outras – foi pautada pelo movimento desde o início da obra e estava também presente no convênio para a realização do mutirão, conforme relatamos no capítulo 3. Contudo, ocorreram ensaios neste campo, com maior ou menor intensidade, em diferentes momentos, a depender do desenvolvimento de outras demandas prioritárias, com ênfase na aquisição e conclusão das casas.

O Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia é convidado pela comunidade para pensar alguma proposta para as crianças e adolescentes, num momento em que se encontravam imobilizados naquilo que se referia à luta pela finalização de sua habitação, por motivos alheios à sua vontade e já discutidos. Os moradores do Casarão viveram, por cerca de cinco anos, em espaços inacabados e com condições de habitabilidade comprometidas – como exemplo, a não instalação da rede de esgoto – não tendo na Administração Municipal da época (1997–2000) uma interlocução possível para encaminhamento de tal prioridade, apesar de realizarem várias tentativas nesta direção. Esta situação abriu caminhos para a assunção de outras questões para encaminhamento, uma vez que aquilo que era central estava temporariamente paralisado.

Em 1999, dentro do contexto da impossibilidade de ação no campo da habitação, o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia recebeu uma demanda da comunidade, que era inicialmente difusa, traduzia-se numa preocupação com seus filhos e netos que vinham trilhando trajetórias que preocupavam seus responsáveis, porém tal pedido não era claro nem para seus proponentes, tratava-se, na visão do Núcleo USP/UFSCar:

“a demanda dos moradores da Celso Garcia era uma demanda de (...) duas vertentes, de um lado a questão que nessa população tem um problema, e do outro lado alguns moradores entendendo que o processo deles de conquista da moradia, da habitação, seria um processo continuado em busca daquilo que eles chamavam de ‘cidadania integral’, (...) a demanda mais forte era essa imediata de que nós temos problemas na administração da brincadeira com as crianças, do convívio com uma população jovem, que cria no condomínio alguns desconfortos, e acho que uma parte da solicitação que se fizesse alguma coisa vinha daí, (...) essa solicitação vai nos encontrar através da mediação do movimento” (Denise Dias Barros, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Metuia, p.1).

Para as lideranças do movimento, as propostas eram díspares e pontuavam diferentes objetivos na ação com as crianças e adolescentes:

“(...) tinha algumas pessoas já adultos que usavam droga aqui dentro e a gente tinha muito medo do envolvimento das crianças com este pessoal” [Justificativa pela procura para implementação do projeto] (Maria Salomé Brito de Barros, Liderança do Mutirão do Casarão, ULC, p.4)¹⁴.

“As oficinas são importantes porque educam as pessoas, ela vai saber o que fazer com o lixo, por exemplo (...). E educam as crianças, as crianças vão ter um trabalho no futuro delas, pode ser que eles tenham um trabalho para eles mesmos,

¹⁴ Entrevista realizada em 2000.

proprietários, ao invés de trabalhar que nem a gente” (Leni Miranda da Rocha, Liderança do Mutirão do Casarão, ULC, p.5)¹⁵.

O Núcleo USP/UFSCar iniciou a inserção na comunidade, a aproximação e a convivência com o movimento popular, numa proposta que previa a assunção da temática das crianças e adolescentes e participação dos moradores neste processo enquanto princípio para a realização do projeto. Com isso, assumiu-se um processo de construção conjunta e via-se, somente através desta abordagem, a possibilidade de realização de construção de autonomia, de incorporação de novas demandas, da discussão da cidadania, e da efetivação da educação popular, como elementos substanciais para a realização das ações propostas.

Importante ressaltar que o tema já era de conhecimento daquela população, eles escreveram, em parceria com alguns técnicos, um projeto que denominaram de ‘Cidadania Integral’ – referenciado em algumas falas expostas, no qual previam ações com o objetivo de qualificar a convivência entre os moradores, de continuar enquanto movimento popular organizado para além da conquista da casa.

Este discurso é também enfatizado pelas lideranças do movimento de moradia, incluindo outras facções para além da Unificação de Lutas por Cortiços, que se filiam à comunidade do Casarão.

Formulações teóricas a respeito do campo da moradia também apontam a ampliação do conceito de morar, de morar dignamente, como preocupação necessária para a discussão. Em 2000 houve a proposição, por intelectuais e movimento organizado, de um projeto denominado ‘Projeto Moradia’ (2000), o qual traz o debate do conceito de moradia digna, definindo-a como sendo “aquela localizada em terra urbana e com acesso a todos serviços públicos essenciais por parte daquela população” (p. 10) e diz:

¹⁵ *Idem.*

“Crianças na escola, saúde para todos, desmantelamento das estruturas do crime organizado, controle da arrecadação e da aplicação de impostos, são componentes da vida urbana e se relacionam diretamente com a consolidação do direito à moradia digna. Ou seja, trata-se de suprir a falta de moradia, alterando também, de maneira decisiva, os mecanismos que geram os principais problemas urbanos: a violência, a marginalidade, a exclusão social, buscando assim, a construção de um sólido tecido social e de uma sólida democracia” (Projeto Moradia, 2000, p.11).

Corroborando com o conceito de ‘moradia digna’ apresentado, a experiência que o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia desenvolveu buscou trilhar caminhos que se aproximassem da integração do cuidado e suas diferentes ações, numa perspectiva de ampliação das redes sociais de suporte numa comunidade em situação de vulnerabilidade social e/ou desfiliação.

As ações desenvolvidas visavam – através da presença constante, da intermediação técnica, da promoção da convivência, do oferecimento de atividades culturais e/ou lúdicas – à qualificação do cotidiano daquelas crianças e adolescentes que moram no centro expandido da capital paulista, no qual o tráfico de drogas, a infração, a exploração sexual, dentre outros, são relevantes elementos de vulnerabilização social.

O Projeto Casarão, a partir da realização de intervenções coletivas e individualizadas, constatou que a implementação de ações sociais de pequena complexidade – tanto em termos de recursos materiais, quanto de recursos humanos – permite a constituição de novas significações e novas possibilidades de vida (Lopes et al., 2002).

Na análise de uma das lideranças, o projeto é avaliado a partir de um valor objetivo, de um dado do cotidiano local.

“a gente vê o resultado no final, nós temos um número de adolescentes que (...) já passaram por uma FEBEM, e no geral o problema é um só, é droga, que é a coisa que mais nos preocupa aqui dentro, porque a droga hoje está em todos os locais, ela não escolhe, não é porque aqui é uma região carente, é porque ela está batendo na porta de todo mundo, e (...) hoje a gente quase não vê criança parar dentro da FEBEM, daqui de dentro faz mais de um ano que não vai ninguém para a FEBEM (...), eu sinto orgulho do filho do meu vizinho participar do projeto” (Maria Salomé Brito de Barros, Liderança do Mutirão do Casarão, ULC)¹⁶.

A atuação no território permite, reconhecendo a comunidade enquanto espaço de intervenção, a aproximação com o cotidiano de vida da população atendida, destacando que as ações em meio aberto pressupõem a valorização do contexto sócio-histórico-cultural, reconhecendo sua importância na dinâmica do trabalho desenvolvido.

Ações comunitárias direcionadas a grupos populares, no caso enfocando um recorte para a infância e juventude, mostraram-se importantes instrumentos para o tecimento, com fios e pontos mais resistentes, das redes sociais de suporte daquelas crianças e adolescentes.

4.2.2 Demandas para além da habitação no movimento de luta por moradia: uma relação possível?

A questão de morar com dignidade é uma ‘bandeira’ de todos os movimentos, estando em seu rol de reivindicações a relação e incorporação da cidadania enquanto meta, ou seja, o movimento analisa a problemática da habitação como algo amplo, de envolvimento de diferentes áreas. Todavia, a conquista da casa é a prioridade central e as ações que viabilizem os demais campos, que trabalhem para além da casa, são tratadas com dificuldade, até porque

¹⁶ Entrevista realizada em 2001 para o vídeo: PROJETO CASARÃO – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia. Realização de BARROS et al. São Paulo: Anthares Multimeios, 2001. 45 min., son., color, VHS NTSC.

a necessidade emergencial, primária, é ter um teto para viver. Expusemos estes argumentos no capítulo 3.

Apenas como ilustração, utilizamos a fala de uma liderança para (re)expressar tal situação:

“As outras coisas são prioridades para o movimento como um todo, pois toda a população precisa de saúde, melhores salários, uma boa escola para o seu filho, uma boa merenda para as crianças, tudo isso inclui o movimento de moradia, mas no momento agora, a nossa mira é só a casa, estamos fixados na casa, é casa, casa, casa, eu mesma estou precisando ir ao médico, e só vou em assembléia, reunião, está só aí o pensamento, depois que eu tirar esta fixação minha que é a moradia, aí sim nós vamos ter tempo para pensar e estar lutando pelo ensino das crianças, pela melhor merenda, pelo lazer para as crianças, enfim por tudo para a população” (Floriana Berenice Pinto Nogueira Feliciano, Liderança da ocupação do prédio do Banespa, Av. Celso Garcia, ULC, p. 5).

Cabe aqui também a discussão do que é o básico? O que é básico no campo da moradia? É a conquista da casa? Como avançar para a continuidade do debate, da organização e da luta pela cidadania plena?

A conquista da casa própria representa a garantia para os freqüentes momentos de crise da vida cotidiana, que é permeada de doenças, instabilidades, desemprego. O status de ser proprietário de um espaço é permeado no imaginário popular do ideário daquele que venceu na vida, que é trabalhador, que teve boa conduta, ao contrário do universo da promiscuidade dos cortiços e favelas (Kowarick, 2000). Sendo assim, a definição do que é o *básico*, da garantia de um suporte, mesmo que apenas presente no imaginário, traduz-se em ser proprietário de uma casa.

Na nossa experiência, na comunidade do Casarão, vivenciamos a não assunção das demandas para além da casa. Trazer a tona a discussão da criança e do adolescente, de seus direitos e potencialidades, era colocar na arena o ambiente

privado e familiar para discussão, publicizando relações particulares. Havia uma pré-disposição inicial para o trabalho com as crianças e os adolescentes, ao menos para se tentar efetivar um projeto que priorizasse essa camada da população, pré-disposição vinda de algumas lideranças, que se disponibilizavam para o debate, para a organização, para iniciar a implementação parcial da proposta.

Contudo, com a mudança da gestão na cidade de São Paulo, em 2001, o movimento de luta por moradia é chamado para compor quadros no governo, e novamente consegue pleitear ações condizentes com seus princípios de luta, e, no caso específico do Casarão, a finalização da obra passa a ser a grande reivindicação feita para o poder público.

Neste momento, o Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência estava sendo realizado com recursos das Universidades proponentes (Universidade Federal de São Carlos e Universidade de São Paulo) e também viabilizado através de uma parceria estabelecida com a Secretaria Estadual de Cultura, a partir da ação de agentes culturais na comunidade, gerenciados pelo Projeto. Concomitantemente, inicia-se a apresentação desta proposta em diversos espaços públicos para que ele pudesse ser assumido por algum órgão, sendo que o maior investimento do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia foi direcionado aos órgãos governamentais, já com a visualização de que a Universidade não poderia realizar todo o trabalho sozinha, pois ela se encontrava ali para criação de uma experiência piloto, para a realização de ensino, pesquisa e extensão, e não para criação e sustentação de um serviço. A experiência desenvolvida contribuiu positivamente, no ponto de vista da Universidade, pois possibilitou que:

“a Universidade possa estar pensando suas práticas, formando seus profissionais a partir de uma realidade concreta, então nesse sentido o Projeto Casarão foi um laboratório de experiências, um laboratório de contato com a comunidade, de possibilidade do que significa o trabalho comunitário” (Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, p.7).

A formação de alunos foi uma atividade em todo o processo do desenvolvimento do trabalho realizado, contando com estagiários de observação, atuação, bolsistas de extensão e de iniciação científica.

“a possibilidade de ter um campo de ensino, de pesquisa, é super importante, e aí é também uma preocupação de não ser simplesmente só um campo, de trazer as contribuições e também ser um campo, é de uma riqueza extrema, primeiro que é qualidade na formação dos alunos, a gente sabe que não são espaços fáceis de conquistar (...), um espaço muito rico de ensino e pesquisa” (Debora Galvani, Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Casarão 2001-2002, p.3).

A troca entre a Universidade e a comunidade é uma via de duas mãos, com benefícios para ambos os lados, discussão atual no campo da extensão universitária e seus desdobramentos, possibilitando ações e criando experiências.

Na tentativa de criação de um projeto piloto, o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia acompanhou uma diversidade de reuniões ampliadas junto à Secretaria da Habitação na qual era pautada a Política Pública Municipal de Habitação, num nível ampliado e macro-social, e também debatidas ações direcionadas ao nível local, sendo aí confirmado a prioridade para a conclusão das obras não finalizadas pela gestão anterior. O Casarão ocupava um lugar emblemático por representar um dos primeiros mutirões auto-gestionados no centro expandido da capital paulista, e, portanto, com prioridade para sua finalização.

A discussão que realizamos naquele momento problematizava a incorporação de outras demandas para além da casa enquanto necessidade para a vida daquelas pessoas.

As lideranças do movimento de luta por moradia reconhecem que ainda é nova a vivência do momento pós-conquista da casa.

“Esta fase está ainda por ser consolidada, a gente ainda está assimilando como é que se mantém a organização no pós mutirão” (Gutemberg Souza da Silva, Movimento de Cortiços e Quintais da Mooca, Morador do Mutirão Madre de Deus, ULC)¹⁷.

O convênio com a Prefeitura foi restabelecido, sendo que em 2002 reiniciaram as obras do Conjunto Habitacional. Porém, a única verba destinada referia-se à operacionalização da obra propriamente dita e isso era o que foi pautado pelo movimento, o prioritário. A partir de então as pessoas tiveram que se reorganizar para administração da nova fase, na qual contavam com uma assessoria contratada de arquitetos e engenheiros – os mesmos que participaram da fase inicial da obra –, sendo que eram chamados para uma gama de reuniões e resoluções que implicaram no coletivo, ultrapassando os limites das lideranças, para definição e ação concreta da obra.

Vivemos aí um refluxo do Projeto Casarão naquilo que tangenciava a atenção às crianças e aos adolescentes, a comunidade se retirou deste espaço para ocupar-se daquilo que era o necessário no momento, a casa.

“o que a gente percebeu foi que a prioridade da comunidade frente a uma série de questões, não eram as crianças e os adolescentes, não é, e acho até que na sociedade não é; para aquela comunidade eles viam muito mais, por exemplo, a finalização do espaço de construção das suas casas, dos seus apartamentos, como uma forma de resolução de seus problemas de convivência, de seus problemas cotidianos, então aquilo que podia ser levado coletivamente era a finalização da obra, e qual era o projeto coletivo daquele movimento? O que é que foi? Em nenhum momento o projeto coletivo daquelas pessoas como um todo foi o projeto com as crianças e os adolescentes, (...) por várias razões, então alguns achavam que a tarefa do movimento por moradia era conseguir terminar aquela obra, aquela casa, e talvez

¹⁷ *Idem.*

formar outras pessoas para batalharem as suas casas, que é uma tarefa coletiva super importante, e pessoas que achavam que essa questão da criança e do adolescente se resolveria mais individualmente nas suas famílias, não era um problema ali de todos” (Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, p.4).

“Eles pensam no espaço, pensam na divisão do poder, esta luta nos parece ser muito árida, muito dura, parece que sobra muito pouco tempo ou espaço mesmo para se ter uma elaboração mais refinada do que vem a ser a qualidade de vida” (Ana Maria Galluzzi, Assessora do Distrito de Saúde da Mooca e Coordenadora do Projeto Casarão em 1999-2001, p.2).

As obras ocorreram durante todo o ano de 2002, momento em que o Projeto Casarão já estava há três anos com algumas intervenções, encontrando-se com uma demanda maior do que aquela que era possível responder, devido à sua precária estrutura de funcionamento, principalmente a falta de recursos humanos. O Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia solicitou à comunidade, neste momento, uma discussão daquele cenário e as possibilidades do que coletivamente poderiam traçar. Entretanto, não havia espaço para que as crianças e os adolescentes se tornassem prioritários, concomitantemente à finalização da obra, pois a agenda foi toda tomada para aquilo que era coletivamente compreendido como o essencial.

Tem-se aí uma grande fragilização do que se tinha como princípio de trabalho, que era a construção coletiva, dando lugar a ações que se iniciavam e acabavam na presença do técnico na comunidade. A idéia inicial, de assessorar e criar intervenções novas para debate de novos temas, como a convivência, pela comunidade, foi invertida para a realização isolada do projeto pela Universidade, atendendo uma população frágil e específica: crianças e adolescentes.

Este contexto interno, juntamente com a não incorporação pública desta proposta por nenhum órgão, culminou na decisão de mudança do procedimento do trabalho para o ano de 2003. O Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia optou pela retirada das ações realizadas cotidianamente na comunidade, por um gerenciamento à

distância e pela manutenção de atividades de caráter coletivo com coordenação dos próprios moradores, adolescentes e adultos, daquele local.

O Projeto realizava ações territoriais junto aos equipamentos sociais da região; oficinas e grupos coletivos, com o intuito de qualificar o cotidiano daquela população, ressaltando suas potencialidades; atenção e prosseguimento individualizado, num recorte para aqueles que se encontravam numa zona de maior vulnerabilidade relacional; e formação profissional, pesquisa e registro sistemático do trabalho.

A nova proposição colocada relacionava-se à manutenção das oficinas e grupos, e de um espaço coletivo criado com a participação dos adolescentes, uma biblioteca. Para a coordenação destas atividades foi criado um grupo de moradores e adolescentes que gerenciam a realização das oficinas – inclusive junto à Oficina Cultural Amácio Mazaroppi, que concordou e apoiou a realização do trabalho para e pela comunidade – e do espaço e organização da biblioteca.

“a possibilidade de também visualizar a própria comunidade como alguém que pudesse dar continuidade com o projeto (...). A gente também ainda está vendo como as coisas vão e tal, acho que o investimento no ano passado [2002] para a nossa saída foi sendo feito com o grupo de adolescentes, com o grupo de adultos, e o que a gente conseguiu construir foi a idéia de que as oficinas poderiam continuar, (...) não tem mais o Metuia como intermediário nesta parceria, então é muito legal, interessante isso, e aí o que aconteceu é que foi criado um grupo de adolescentes, dois grupos na verdade que a gente consegue visualizar hoje, um grupo que mantém seu espaço, que é o espaço da dança, do hip-hop, e um grupo pequeno de quatro, cinco pessoas, que mantém a biblioteca, e aí eu acho que esse grupo garantiu a possibilidade de manter uma sala, um espaço concreto, que é da criança, que é do adolescente, esse grupo assumiu o cuidado desta sala, e se apropriou dela, (...) e também teve algumas pessoas da liderança dos adultos dando suporte para isso acontecer. (...)” (Debora Galvani, Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Casarão 2001-2002, p.4-5).

Consideramos que a retirada das ações desenvolvidas pelo projeto naquela comunidade representou uma perda no processo que vinha em construção. A manutenção de algumas das atividades pela comunidade deu-se na tentativa de diminuir os efeitos da saída do projeto, bem como um estímulo para coordenação pela comunidade daquilo que vinha sendo desenvolvido em seu território. Porém, os acompanhamentos individualizados, as ações territoriais, a criação da pauta da criança e do adolescente, deixam de se fazer presentes no cotidiano vivenciado naquele local.

Todavia, a experiência deste trabalho e o seu contato intenso com o movimento popular por moradia, mostrou-nos a relevante história de uma organização que atingiu seu objetivo na garantia da aquisição de um direito que não é ofertado para a população brasileira, de morar.

Entretanto, a partir da conclusão de relevante etapa, observa-se a mudança de paradigma daquela luta coletiva para um novo conceito mais próximo ao que Kowarick (2000) denominou de ‘cidadão privado’. A casa própria passa a ser o passaporte para um universo mais individual, privado, distanciando-se do conceito de cidadania, que necessariamente pressupõe conquistas coletivas.

“eu acho que o movimento vai até aí, até conseguir a casa, ele até projeta a idéia de que talvez precisasse de alguma coisa a mais, faz uma discussão mais abstrata com relação ao que é cidadania, o que são os direitos. (...) uma das coisas que a gente viu muito era uma tensão entre interesse público, ou pelo menos o interesse coletivo, que advogava no movimento, e um interesse mais privado, privatizante, sobretudo individualizante de cada um dos moradores, é como se conseguir a própria casa é garantir um acesso a um certo mundo mais individualista, e o indivíduo é menos o participante num coletivo, acho que a experiência do processo no Casarão é clara, quase associando a idéia do privado com a idéia de mobilidade da classe social, que era uma das dificuldades de você ter a socialização das crianças, muitas vezes a idéia de cuidar bem da criança é uma idéia de que a criança é só minha, então cada um cuidando bem da sua criança, dentro do seu próprio apartamento, dando conta da sua escola, e aí uma série de elementos da solidariedade, ou da troca mais solidária passa a ser vista, digamos assim, bem entre aspas, como coisa de pobre, como alguma coisa da qual a gente quer se distanciar” (Denise Dias Barros,

Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Metuia, p.3).

A moradia ganha a dimensão da sociabilidade privada, *locus* de alegrias, tristeza, planos, sonhos, estratégias de sobrevivência, porém de forma individualizada, privatizante.

Na comunidade do Casarão vimos ainda a presença de redes pessoais de solidariedade e suporte que não observamos em outras classes sociais. A dimensão do privado é realçada, porém as pessoas também tecem suportes, principalmente em situações limites, que os remetem ao momento da luta coletiva. Devemos, contudo, contextualizar este fato como uma das estratégias que são criadas pelas pessoas na busca de encontrar formas alternativas de sobrevivência em situações limites no cotidiano da vida. Não se trata de polarizar a presença da rede de solidariedade entre os mais “pobres” e sua inexistência entre as demais classes, mas sim de reconhecer sua presença naquela comunidade, mesmo em tempos em que a dimensão privada ganhava maior espaço na vida daquelas pessoas. A presença destas relações pode ter se configurado enquanto a única forma de enfrentamento de um dado problema, mas, ainda assim, constitui-se em redes de solidariedade.

Os problemas decorrentes das relações com as crianças e os adolescentes, entretanto, não entram na composição da tecitura desta rede de solidariedade, pois esta não é uma situação limite e prioritária. Ela tem, embutida no imaginário popular cultural, a visão de que a infância e a juventude é um assunto doméstico a ser tratado por ‘cidadãos privados’ no seu espaço individual – a casa – não pertencendo ao escopo do espaço coletivo – a rua. Porém o adolescente, e cada vez com mais frequência também a criança, muitas vezes acaba por escolher um espaço de vivência coletiva – a rua – para ‘fugir’ de seu espaço individual, ou a falta dele, a sua casa.

Pautamos a ausência de uma reflexão mais aprofundada do papel das crianças e dos adolescentes nos territórios de grande vulnerabilidade social, buscando formas alternativas que fortaleçam as redes sociais de suporte desta população, para que seja interrompido o ciclo de passagem da zona de vulnerabilidade social para a zona de desfiliação.

O Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia – fez um ensaio de uma proposta nesta direção, contribuindo com a experimentação de um conjunto de ações que demonstraram resultados efetivos para ampliação das redes pessoais e sociais de suporte, porém, pela diversidade de fatores aqui apresentados, não alcançou a incorporação pela comunidade enquanto prioridade de demanda, pensando em seus filhos e netos.

4.2.3 Criança e adolescente: a intersetorialidade enquanto proposta num campo desenraizado

O trabalho de atenção à infância e à juventude perpassa por diferentes áreas, compondo um conjunto de secretarias no poder público, além de uma relevante quantidade de organizações não-governamentais da sociedade civil. O atendimento para este grupo populacional é legalmente reconhecido enquanto prioridade no país, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990b).

Há uma gama de ações que se encontram no campo social e apresentam uma diversidade de núcleos a serem desenvolvidos por diferentes áreas, compondo um espaço que envolve dois âmbitos de atuação. Sendo um mais geral, comum e interdisciplinar, envolvendo diferentes atores, e outro composto por núcleos específicos nos quais se encontram a necessidade de atuação de uma dada área, com um dado profissional.

Campos (2000) desenvolve a idéia de campos e núcleos de saberes ao discorrer sobre a saúde pública e suas interfaces. Apoiando-nos através dos mesmos

princípios, compreendemos o campo social enquanto área de interface com uma diversidade de outros núcleos, exigindo para intervenção a comunicação e o trabalho conjunto entre estes diferentes atores.

Não se trata de priorizar o campo ou os núcleos de atuação, tem-se estes diferentes componentes atuando num mesmo contexto, demandando ações realizadas em rede para que se traduzam numa maior efetividade para a população atendida.

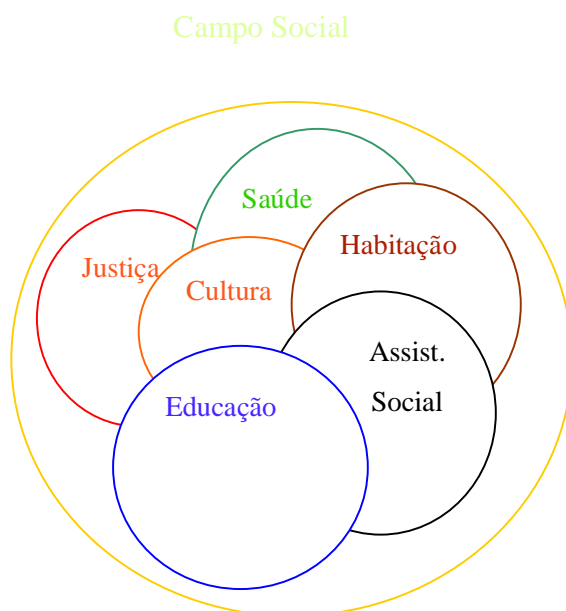


Figura 06 – Campo social e núcleos de saberes

Apontamos acima (Figura 06) uma visualização gráfica daquilo que compreendemos enquanto intervenções no campo social, tendo listado alguns dos núcleos que pertencem a essa área, ressaltando a não completude do gráfico, utilizando-o apenas para a ilustração de alguns núcleos, que compõem um campo de ação interdisciplinar, concomitante a ações específicas de diversas áreas.

A comunicação e ação conjunta dos vários núcleos têm-se denominado intersetorialidade, a qual compreendemos enquanto fundamental para a realização de projetos de cunho comunitário, como o Projeto Casarão se propôs a ser.

“problemas que você tem numa metrópole como São Paulo não se concentram numa área de assistência ou numa área de recurso social, assim você não está falando que aquela população tem um problema de saúde, ou um problema de doença, você não está falando que ele tem um problema só de habitação, você não está falando que ele tem um problema só de violência; na verdade a constituição deste tipo de problemática numa cidade como São Paulo é bastante heterogêneo e bastante complexa, então nos pareceu, e me parece cada vez mais, que somente um setor de assistência, ou de proposta de trabalho, não é capaz de dar resolutividade, você precisa de vários setores atuando, fazendo uma nova proposta de qualidade de vida, você tem que trabalhar o território, e isso envolve uma questão interdisciplinar, intersetorial” (Ana Maria Galluzzi, Assessora do Distrito de Saúde da Mooca e Coordenadora do Projeto Casarão em 1999-2001, p.1).

Contudo, observamos que a intersetorialidade ocupa ainda um lugar que é o do discurso, da proposição, talvez de um indicativo futuro de possibilidade de intervenção, mas ainda com um acúmulo restrito de experiências e concretudes na área, limitando assim o campo social a um fragmento de ações que não se interconectam em rede, diminuindo suas potencialidades e possibilidades de resultados a se alcançar.

As dificuldades de implementação de propostas de natureza intersetorial passam pela discussão do financiamento, de como se administrar um equipamento que comporte diferentes núcleos, representados no poder público por diferentes secretarias, atuando conjuntamente. Não se discutiu ainda como integrar a divisão criada de saberes, integrar a segmentação burocrática pública de intervenções, de se vislumbrar a proposição do trabalho enquanto uma rede intersetorial, o que impede a efetivação de propostas de cunho nesta direção.

“o trabalho comunitário é necessariamente intersetorial e aí tem um problema de constituição tanto das disciplinas, tanto da pesquisa nas Universidades, como de como estão organizados os serviços, se traduzindo na dificuldade profunda que é qualquer proposta intersetorial. (...) o projeto intersetorial é financiado por quem? Como é que você discute o financiamento? Como é que você discute a gestão? Como é que você define quem são os recursos humanos? De onde eles vêm? (...) daí entender a dinâmica que vai ter de fluxo, (...) é uma coisa muito nova, se não é nova

é, com certeza, nova para a gestão pública, os projetos sociais são muito mais focados”. (Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, p.3-4).

O Projeto Casarão foi apresentado em diferentes secretarias junto ao poder público municipal, recebendo uma avaliação positiva da maioria dos órgãos em questão, porém a justificativa da falta de recursos financeiros para investimento eram oficialmente pontuados por todos espaços enquanto elemento impeditivo para abarcar o projeto. Em se tratando de um período em que os recursos públicos estão escassos, nenhuma secretaria prontificou-se a assumir a demanda de um projeto comunitário enquanto prioridade para seu trabalho, sempre uma outra secretaria era avaliada como mais ‘adequada’, ‘próxima’, para efetivação do investimento.

Portanto, o fato da proposta buscar a ampliação do leque de atuação, não se restringindo apenas a um núcleo de saber, dificultou sua compreensão e responsabilização pelo poder público, limitando suas possibilidades de continuidade enquanto intervenção direta.

A Secretaria Municipal de Saúde foi quem respondeu com mais interesse para viabilização do trabalho, via Distrito de Saúde da Mooca, região que compreende o território de localização daquela comunidade. Discutimos inúmeras vezes junto ao Distrito, junto à Assessoria da Saúde do Adolescente e do Jovem do Município, a readequação do formato do projeto, foram feitas algumas proposições, porém concretamente a parceria não foi efetivada.

Havia um pedido insistente, por parte da Secretaria de Saúde, para que o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia moldasse a proposição da intervenção para algo que tivesse aspectos mais próximos à área da saúde, buscando a identificação mais concreta com este núcleo. Era discutido que o projeto centrava-se na atuação no campo social, visualizando interagir com a rede já existente para composição dos

núcleos, inclusive da saúde, mas tal proposta não ganhava ressonância, não havendo espaço dentro do poder público.

O Projeto Casarão pautava o investimento financeiro e/ou a disponibilização de recursos humanos que pudessem assumi-lo enquanto intervenção piloto para se concretizar as ações na área da infância e juventude.

A parceria conseguida ficou num âmbito de contato, acesso, e na prática não mudou o cotidiano do trabalho.

Tal fato nos remete à discussão da não responsabilização do poder público pelas crianças e adolescentes enquanto prioridade de investimento. Se, por um lado, tivemos a não efetivação dentro do movimento social da incorporação desta demanda enquanto prioridade de luta, por outro, assistimos o poder público não concretizar uma política para a infância e juventude.

Evidentemente não se trata de uma situação localizada no Município de São Paulo, aponta-se aqui um não debate social, com reflexos nas ações governamentais propostas, a respeito da necessidade de intervenção social comunitária, com ênfase na criança e no adolescente, configurando a não constituição de uma política pública social para esta área dita prioritária pelas leis brasileiras.

Vive-se, no contexto neoliberal, o enxugamento de gastos sociais em prol de um Estado interventor mínimo, conceito que se difere da concepção de Estado de Bem-Estar Social apresentado. Na lógica do Estado Mínimo os escassos recursos públicos existentes são direcionados para situações emergenciais, compondo ações isoladas, descontextualizadas, desconectadas do campo social na qual estão inseridas.

Investe-se no trabalho com problemáticas que se configuram enquanto um agravamento da situação social, assinalando um investimento precário, demonstrando um contexto da ausência do Estado naquilo que deveria ser garantido. Daí as poucas ações isoladas direcionam-se a intervenções resultantes de situações presentes no campo da desfiliação, tais como as conseqüências da violência doméstica, os

adolescentes infratores, as crianças em situação de rua, a exploração sexual, dentre uma enormidade de exemplos.

Assim, não se visualiza uma política pública de atenção à infância e juventude que se organize em diferentes níveis de atenção e ofereça assistência para esta relevante camada da população.

“você tem leis para a infância e você não tem políticas sociais para a infância enquanto tais, (...) você tem ações, ensaios de projetos que ou são dispersos, ou são iniciativas sem uma direção mais clara, o ECA deu uma grande diretriz, mais ele deu uma diretriz difusa, não dá para chamar o ECA de uma política pública, então de fato não tem política para a infância, o que eu acho que existe são algumas ações que tenderiam a ser muito mais compensatórias, minimizatórias, do que políticas para a infância” (Denise Dias Barros, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Metuia, p.2).

O Projeto Casarão veio indagar sobre as crianças e os adolescentes em situação de vulnerabilidade social, porém tal proposição se encontrava contra a maré exposta, pois tinha em sua base o enfoque comunitário, com ações de intervenção num nível de promoção, projetando a ampliação das redes sociais de suporte das pessoas daquela comunidade, principalmente das crianças e dos adolescentes.

Almejava criar ofertas para que aquela população pudesse vivenciar um novo modelo de crescimento. A partir daí constituírem-se autonomamente para as escolhas pessoais, que poderiam, ou não, estarem ligadas aos objetivos do projeto. Mas teria sido garantida a vivência de uma outra possibilidade, enquanto qualificação pessoal, para a autonomia da vida.

Não havia, porém, interlocução numa política que previsse ações nesse nível, pois esta proposta não integra no âmbito público a prioridade de investimento. O escasso recurso destina-se somente a situações emergenciais.

“um Centro de Convivência que implica em criação de atividades, de oficinas, de possibilidades de discussão de diferentes tipos, que articule com outros serviços da região, com o território, que crie demanda. (...) o que é que essas pessoas concretas querem, precisam, onde é que elas vivem, então eu acho que ele poderia ter sido, acho que não chegou a ser, em parte porque não tinha, ou nós não conseguimos alcançar, a política para a infância na cidade” (p.2).

“Desejamos ao menos poder discutir com o Município, no caso com a regional [de saúde], de um jeito mais claro, porque o apoio de algumas instâncias do governo municipal ao projeto foi dado verbalmente, em situações diferentes, mas de fato nunca concretizado, de fato nunca passou de uma simpatia, e eu acho que poderia ter mudado de patamar, a decisão de interromper o projeto é por entender que a gente não poderia mudar de patamar (...). Continuamos de um lado nas propostas de regime de urgência, (...) ou, em vez de discutir uma situação mais abrangente, você tem a criação de alguns projetos, e alguns até bastantes tardios, no qual toda a verba é colocada, funcionando como uma espécie de marca da gestão, eu acho que essa lógica mostra a falta de um pacto social mínimo para que a questão social tenha o lugar dela” (p.5) (Denise Dias Barros, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Metuia).

O Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia vislumbrou a incorporação do projeto de intervenção direcionado a crianças e adolescentes de grupos populares pelo poder público, por compreender a necessidade do trabalho de caráter comunitário, com a população infanto-juvenil, enquanto uma ação a ser desenvolvida de forma pública, por se enquadrar no campo do direito de cidadania.

Porém, deparamo-nos com um contexto no qual tais ações não encontram interlocução, um campo no qual não se configura o ‘nível primário de intervenção’, uma área na qual, na maioria das situações, somente ações compensatórias minimamente atuam.

Vivenciou-se na prática aquilo que Santos (1987) nomeou de “A trágica escolha das políticas sociais”, conforme nos referenciamos no primeiro capítulo deste trabalho, escolhas nas quais se elege um campo de atuação, na impossibilidade real de intervenção com mais completude, porém que apresentam conseqüências sociais

áridas com o ônus revertido para a própria sociedade. No caso em debate, investe-se nas situações emergenciais quando a criança ou o adolescente encontra-se já no campo da desfiliação, sem realizar propostas enquanto a mesma está na zona de vulnerabilidade, buscando auxiliá-lo para que tais situações não venham a se efetivar.

Uma das coordenadoras do projeto, poeticamente expõe aquilo que o Projeto Casarão desejou ser, enquanto proposta piloto de intervenção, e sua não efetivação.

“no trabalho do Galileu Galilei, apresentado pelo Bertold Brecht, tem uma passagem na qual o Cardeal e o Príncipe vêem, via o telescópio, as luas de Júpiter, e percebem por A+B, percebem porque estão vendo, que a Terra não é o centro do universo, que isso vai mudar, basta eles verem; talvez eu tivesse um pouco esta utopia, esse princípio idealista que tendo o projeto, tendo a comunidade com a gente, e demonstrando para o poder público a nossa possibilidade, eles iam ver as luas de Júpiter e se encantar, se não pelo Casarão ali, que isso é uma outra discussão, mas por uma proposta que de verdade criasse novas oportunidades para a criança e para o adolescente. A parte delicada do Galileu é não poder agir. Você mostra, quer dizer, as pessoas sabem, mas não se investe na mudança, é quando lá o Cardeal e o Príncipe vêem mas dizem que isso não adianta, que o Papa é quem está certo, você não tem como mudar essa ordem, porque se não você vai desorganizar todo entendimento do mundo; eu achava que a gente poderia criar efetivamente novas coisas, mas não conseguimos, o Casarão para mim era o telescópio, como o telescópio do Galileu, eles vão ver que precisa de pouco para intervir, e aí fomos ao Distrito de Saúde, pensamos em nos mobilizar para fazer disso um projeto piloto, para que a coisa aparecesse, mas não se efetivou, e pensamos nessas possibilidade porque a questão da criança e do adolescente é uma questão importante na sociedade, e ela precisa de propostas, propostas que não seja discutir se é maior ou menor de idade, se é FEBEM ou, você precisa de coisas anteriormente” (Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, p.9).

4.2.4 Movimento Popular e Política Pública

O questionamento e interesse sobre a relação estabelecida a partir do movimento popular nas políticas públicas foram-nos suscitados com o desenvolvimento do Projeto Casarão, na comunidade em estudo. Discutimos abaixo alguns apontamentos realizados, tendo como base a experiência em discussão.

O movimento popular faz da reivindicação, com organizações de diferentes naturezas, o meio de ser ouvido pela sociedade e, principalmente, pelo poder público, enquanto demandante de ações para a melhoria de dadas questões eleitas enquanto maiores necessidades por aquele grupo. Busca, através da pressão, a incorporação pelo Estado daquilo que vivencia e avalia enquanto prioridade de encaminhamento e efetivação.

As demandas tensionam para que possam entrar na agenda política, disputar recursos, sendo que para tanto encontram uma diversidade de obstáculos. A escassez de recursos aparece como uma primeira grande dificuldade para eleição do que será prioritário. A realização de pressão, pelo movimento popular, para que a sua pauta seja priorizada é influente, porém vivenciamos, no âmbito social, encaminhamentos que passam mais pela individualização do que pela coletivização das demandas, o que também traz reflexos sobre a entrada (ou não) na agenda política.

Os governos apresentam diferentes formas de lidar com o movimento social, oferecendo-lhes maior ou menor espaço de influência nas decisões acerca das políticas públicas. Mesmo num governo dito progressista, como a atual gestão municipal de São Paulo se denomina, que cria mecanismos de participação, como se observa na proposição do *orçamento participativo*, encontra-se entraves e dificuldades na ação conjunta entre movimento popular e poder público para se operacionalizar as políticas.

Ainda assim o *orçamento participativo* é apontado enquanto frente de maior atuação como representatividade popular nas políticas da Prefeitura, segundo lideranças do movimento de moradia da região do Belém e Mooca. No orçamento participativo mantêm a luta pela priorização da moradia enquanto atuação principal, além de pleitearem por outros interesses de cada comunidade.

“a gente teve envolvimento no orçamento [participativo], a gente conseguiu que a moradia fosse a terceira prioridade, trabalhamos bastante para isso (...) no ano

passado, na saúde priorizamos as reformas dos postos, inclusive deste [Belém I, local alocada a equipe do PSF em estudo], que não aconteceu ainda, (...) algumas reformas de hospitais também, teve vários convênios, através também da participação da gente, foram aprovados vários convênios de creche, aumentou bastante o número de creche, não de unidade de creche, mas de vagas (...), então a gente ajudou bastante isso aí, (...) e isso são propostas do ano passado dentro do OP [Orçamento Participativo], através da nossa participação, do movimento, e temos ainda este ano” (João Batista de Assis, Liderança da Unificação de Lutas de Cortiços, p.7-8)¹⁸.

Mas uma das lideranças ressalta que a participação não se encontra em níveis como já ocorreu, pontuando em sua fala uma esperança de melhora, porém contextualizando um certo refluxo atual da organização e participação do movimento social de luta por moradia na gestão municipal.

“já tivemos participações maiores na regional, agora na implantação da subprefeitura a gente espera que o relacionamento melhore, já estamos procurando se relacionar melhor, já estamos tentando” (Maria Salomé Brito de Barros, Liderança da comunidade do Casarão, ULC, p.5)¹⁹.

O movimento popular vivencia uma série de fatores objetivos e, principalmente, subjetivos que caracterizam seus fluxos e refluxos, suas contradições, avanços e recuos. Tendo também neste processo a interferência da configuração da gestão pública, baseada em preceitos burocráticos e tecnocráticos, além da escassez de recursos, acompanhada pela proposta neoliberal de enxugamento estatal.

Estes apontamentos a respeito dos refluxos vivenciados pelo movimento, não diminuem o caráter educativo dos movimentos sociais, bem como o processo de educação não-formal e de aprendizagem decorrente da sua atuação (Gohn, 1999). Fato notório neste trabalho, ilustrado por diversas falas dos atores do próprio movimento.

¹⁸ Entrevista realizada em 2002.

¹⁹ *Idem.*

O Projeto Casarão propôs-se a intervir, no campo da educação popular, com um enfoque que transcendia a demanda para a qual aquelas pessoas encontravam-se já organizadas, ou seja, para a moradia. Apoiado na discussão da luta pela continuidade do movimento, da busca pela cidadania, criou-se a pauta a respeito das crianças e dos adolescentes enquanto uma ‘nova demanda’ para aquele movimento.

Porém, notamos que o novo passou a ser pauta cotidiana de forma parcial, não se estendendo para todos aqueles participantes, ou todas as lideranças locais, concentrando-se apenas naqueles que procuraram auxílio para a elaboração do projeto de intervenção com esta população. Não se agregaram outros atores.

O Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia trabalhou, de forma enriquecedora, com aqueles que já eram sensíveis a esta população, acumulando, entretanto, poucos avanços para além das pessoas que já se encontravam sensibilizadas para tal discussão.

“avançamos, temos relatos, conseguimos parcerias, conseguimos sensibilizar algumas pessoas da comunidade, mas o interessante é que são pessoas que já tinham uma sensibilidade, (...) quando aquela pessoa já está sensibilizada você avança, quando não, parece que fica muito difícil o diálogo, então a sensação que eu tenho é que a gente conseguiu sensibilizar e trabalhar com pessoas que já eram sensíveis e que já estavam pré-dispostas para aquilo, (...) agora outra coisa é se a gente conseguiu que as pessoas se apropriassem e fizessem coisas, eu acho que a gente conseguiu pouco com relação a isso” (Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, p.6).

Faz-se necessário pensar formas do aprofundamento da educação não-formal nos movimentos organizados, transcendendo aquilo que já é incorporado enquanto bandeira de luta, para que se potencialize a organização, tendo desdobramentos que se mirem nos preceitos da aquisição do direito e da cidadania. Neste sentido, o Projeto Casarão não alcançou tal patamar.

Uma das possibilidades de desenvolvimento de ações em tal direção é o conhecimento, através da vivência pelos militantes do movimento, de novas possibilidades de serviços e intervenções, ampliando seu universo, para, a partir daí, poder reivindicar políticas que ele reconheça como relevantes para qualificar seu cotidiano de vida.

Uma liderança aponta para este fato enquanto diretriz a ser explorada no movimento de luta por moradia, porém ressalta a não concretização da proposta.

“(...) fazer ações interdisciplinares e intersecretarias, envolvendo vários setores da habitação pública, então tem lá uma área que vai ser construída ou reformada destinada a habitação popular para moradores de cortiço, pensão ou quintal, enfim, junto com o projeto físico, que vai envolver arquitetos e engenheiros, e junto com o projeto social, que as assistentes sociais cadastram e acompanham a demanda, pode existir também, conjugado a esta ação, por exemplo, envolver a secretaria da saúde, com a discussão da prevenção de doenças, com a orientação do cuidado do corpo, as questões da saúde da mulher, porque uma grande demanda do movimento são mulheres, cerca de 70 a 75% são mulheres, então é fundamental mesmo a orientação de convivência familiar, porque existem conflitos como o pai acha que deve ser criado o filho, como a mãe acha que deve ser criado o filho, mas quase não se conversam (...). Se no processo do mutirão a secretaria da educação estivesse junto com a gente, teria havido uma integração, realizando educação formal, uma vez que é possível fazer isso no planejamento, podia ser de manhã uma palestra à tarde obra, hoje só obra, ou hoje só estudar, ter outras atividades, então o processo de mutirão permite isso mas o programa [Mutirão Madre de Deus²⁰] na época não previa (...)” (Gutemberg Souza da Silva, *Movimento de Cortiços e Quintais da Mooca, Morador do Mutirão Madre de Deus, ULC, p.7-8*)²¹.

Do ponto de vista do poder público, observamos o funcionamento através de uma máquina burocrática e tecnocrática, que é necessária em muitos momentos, porém quando aliada à atual escassez de recursos, resulta, muitas vezes, na não concretização das propostas que até a própria gestão pautou para execução.

²⁰ *Mutirão Madre de Deus e Mutirão do Casarão: Projetos Pilotos da Prefeitura Municipal de São Paulo – gestão 1989-1992 – na área de habitação com o intuito de revitalização do centro e investimento com a população moradora de cortiços.*

²¹ *Entrevista realizada em 2000.*

Este mecanismo engaveta, em muitas situações, demandas do movimento popular, ações planejadas e objetivadas para implementação, trazendo como consequência o afastamento da participação popular junto às políticas públicas (Ana Maria Galluzzi)²².

Assim, há um impasse para o encaminhamento das ações e propostas, ficando muito mais bloqueado nos limites do poder público, bem como nos limites dos movimentos sociais, do que na efetivação concreta das políticas públicas a partir da demanda do movimento e intervenção do Estado.

Todavia, vislumbramos no enfrentamento destas dificuldades, a partir da vontade política para a ação, assim como na organização e participação do movimento organizado, a potencialidade de construção de políticas públicas que tenham como princípio um conceito de Estado e sociedade que se direcione para a somatória destes dois relevantes atores, e não seu posicionamento em dicotomia.

Acreditamos ainda na criação de políticas que reconheçam a demanda popular enquanto prioridade, agindo de forma mais eficaz na sua proposta de intervenção, objetivando a participação social enquanto preceito para operacionalização das políticas públicas.

²² GALLUZZI, A. M. (Ana Maria Galluzzi). *Comunicação Pessoal*. 19 mar. 2003.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de avaliação e análise das políticas presentes no cenário nacional é relevante para que se indague sobre as convergências e divergências entre o planejamento e a execuções dos diferentes projetos em andamento, bem como sobre a mudança (ou não) criada nos espaços em que atuam.

A proposição de investigação das políticas nos remete a discutir o Estado que intervém na sociedade, a sua produção de ações, seus princípios sustentadores, enfim, o cenário social vivido.

Quando se busca compreender o campo da política e seus diferentes núcleos debruçando-se sobre as questões sociais brasileiras, vislumbra-se conhecer as possibilidades de intervenções para diminuição das desigualdades sociais. O estudo de tal contexto ocupa um *locus* de significância sublinhada na sociedade, principalmente em uma demarcada por forte desigualdade social.

Com base nestes princípios, e a partir do trabalho realizado, objetivamos investigar a produção e/ou o fortalecimento das redes sociais de suporte pela ação de políticas e projetos sociais destinados a populações em situação de vulnerabilidade social e/ou desfiliação, tendo como referência as experiências do Projeto Casarão e do Programa de Saúde da Família, na região do Belém – na cidade de São Paulo.

A intensa e longa participação que tivemos no território da comunidade do Casarão, que veio a se transformar no campo de estudo desta pesquisa, possibilitou as reflexões realizadas e sua sistematização.

A partir da análise aqui feita, baseada nos eixos da política pública e do movimento social, pudemos observar que, no atual contexto sociopolítico, a participação social – dada através da articulação entre Estado e sociedade civil, e a

interferência da última nas políticas públicas, – faz-se, na maioria das vezes, de forma precária e pouco sistemática no cotidiano.

Ressaltando o aspecto dos movimentos, na cidade de São Paulo as próprias lideranças da região reconhecem sua atuação diminuída junto à administração municipal local, mas ainda participam de fóruns e têm esperança de sua rearticulação.

O movimento popular é composto de lutas extremamente importantes, influenciando a história político-social brasileira. Sem questionar este aspecto, que entendemos como fundamental, a análise que fizemos observa uma dificuldade na ampliação da discussão para além da bandeira prioritária de reivindicações. A mobilização pela ampliação da aquisição de direitos e da cidadania, para com estes militantes, dificilmente permanece.

Daí vivencia-se, como consequência, uma individualização dos problemas, uma privatização da vida dada a partir da conquista coletiva, restando, então, pouco investimento para outras demandas sociais. O cotidiano mostrou que há pouco espaço para a incorporação de novas questões, mesmo quando solicitadas pelos seus moradores, dentro do que reconheciam enquanto preocupação.

Como consequência da não-problematização coletiva, os conflitos surgidos passam a ser interpretados enquanto sendo do âmbito privado das resoluções, estando a criança e o adolescente, bem como outras situações, no rol do imaginário criado.

Portanto, os movimentos sociais têm papel fundamental no cenário social, mas também são encobertos por situações limitantes que precisam ser pautadas para que possam ser reconhecidas e daí serem feitas as opções de atuação.

Na outra categoria de análise deste trabalho, as políticas sociais, encontram-se, por sua vez, ofertando ações focais dentro de uma ordem neoliberal, limitando seu escopo de atuação. Planeja-se, algumas vezes, intervenções numa dimensão ampliada, mas são executadas ações simplificadas.

Como exemplo, o Programa de Saúde da Família, que acompanhamos, apresenta possibilidades de ampliação de sua intervenção junto à população, porém este ainda é apenas um discurso dos planejadores, não tendo se transformado em projeto de ação dos atores locais.

Na junção da análise destes dois relevantes componentes sociais, políticas públicas e movimentos sociais, observa-se, embutido nas políticas, bem como no movimento, a potencialidade de atuação numa perspectiva ampliada, que busque atingir a mudança do quadro social vivenciado, tendo na atuação conjunta o aumento desta potencialidade.

Todavia, não observamos a efetivação de intervenções sociais que ultrapasassem os limites de seu núcleo de atuação naquele território, encontramos apenas ações isoladas e pontuais como resposta para as necessidades da população, restringindo-se mais aos seus limites do que se configurando enquanto potencialidades, enfocando o caráter de exceção para quando realizados outros encaminhamentos.

O que nos faz analisar que a criação e/ou ampliação das redes sociais de suporte pelas políticas e projetos atuais dá-se de maneira individualizada, particular, criando micro-marcas nas histórias de vidas de algumas pessoas que vivenciaram a potencialidade das intervenções, porém, não há estrutura para a construção de macro ações nas redes sociais de suporte de comunidades em situação de vulnerabilização.

Realizamos tal constatação a partir do acompanhamento das pessoas no trabalho de campo, que foi mais diretamente nas intervenções do Projeto Casarão, mas também ocorreu com aquelas que tivemos algum contato a partir das ações dos agentes comunitários. Para quem usufruiu de uma produção de mudança na sua vida, através do apoio para a resolução de problemas do cotidiano, foi criado um suporte de extrema relevância, que pôde contribuir para o seu projeto de vida. Este fato é

notável no relato de alguns casos no discorrer deste texto, bem como em muitas histórias de crianças que acompanhamos na comunidade do Casarão.

Entretanto, não se trata de uma produção coletiva para a comunidade, são resultados individualizados, embora não se negue a relevância das ações para aqueles que foram beneficiados.

No âmbito das políticas e projetos há a expectativa de desenvolvimento da promoção de ações que criem mudanças num cenário amplo, não se resumindo a intervenções pontuais.

A não-criação de ações generalizadas para a comunidade ocorre pela dificuldade de efetivação da intersetorialidade no cotidiano do trabalho, pela não ampliação do escopo de atuação dos projetos em desenvolvimento, pela não priorização de ações com grupos “apenas” vulneráveis socialmente.

O campo social é, na nossa visão, um campo interdisciplinar e intersetorial no qual se insere a atuação de caráter comunitário. Todavia, a política intersetorial é de grande dificuldade de implementação, enquanto tal, dentro da administração pública.

Temos hoje a incorporação no discurso de alguns gestores, como observamos em trechos de falas utilizadas, do reconhecimento da intersetorialidade enquanto instrumental de intervenção. Assinalamos a relevância deste fato, porém demarcamos ainda a sua não-efetivação na prática cotidiana.

As ações desenvolvidas, na comunidade que acompanhamos, mostraram potenciais de produção de resultados efetivos, podendo vir a criar modificações nas redes sociais de suporte daquele grupo, sem a necessidade de alto investimento tecnológico e de recursos materiais e financeiros.

Nesta direção, os agentes comunitários são elementos constituintes da atuação nas redes sociais locais – desde que sejam articuladores das demandas comunitárias

para o poder público – quando promoverem ações sociais que ultrapassem os limites da saúde básica.

Dentro desta perspectiva, a educação popular assume papel central, enquanto instrumento para articulação, reivindicação, participação e influência nas políticas sociais em desenvolvimento.

Ações em meio aberto, como as realizadas pelos agentes comunitários e pelo Projeto Casarão, devem priorizar o cuidado, dentro da sua dimensão pedagógica, segundo as necessidades do grupo atendido, podendo estar para além da saúde básica, para além da moradia.

Para que tais ações se efetivem, é necessário que se discuta a priorização pelo Estado de políticas destinadas a grupos em situação de vulnerabilidade social. Na lógica da escassez de recursos, do enxugamento da intervenção estatal, o que se torna prioritário são as situações emergenciais, em detrimento das ações de promoção social.

Cria-se, então, um vácuo sem ação, ou com ações precárias, no qual as intervenções que poderiam contribuir para a tentativa de criação de suportes para aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade não se efetivam, não havendo a busca de dificultar o acesso à zona de desfiliação.

Esperamos que esta pesquisa contribua para a reflexão sobre as políticas sociais e suas interferências em realidades locais, no micro cosmo de cada comunidade atingida com as intervenções realizadas. Visualizamos a complementação deste trabalho a partir da análise de outros projetos e políticas de diferentes áreas, com o intuito de aprimorar as observações, confrontá-las, investigar as mudanças sociais possíveis, buscando intervenções que atuem na diminuição das injustiças sociais.

Os projetos analisados trazem, embutido em si, a potencialidade de produção de mudanças, sendo necessário, para tanto, um enfoque não-restritivo, o encontro

com as ações interdisciplinares e intersetoriais, a valorização da educação popular e da dimensão do cuidado a partir das necessidades da população, para assim produzir concretamente modificações no cotidiano da vida das pessoas.

Acreditamos que as políticas públicas, com enfoque nas de recorte social, quando implementadas a partir da visão de Estado ofertada por Gramsci, possibilitarão a concretização de intervenções que efetivamente atuem numa perspectiva coletiva, para a produção de significantes e significados que interfiram na criação e ampliação das redes sociais de suporte de grupos em vulnerabilização social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, A. J. Reforma do Estado e políticas educacionais: entre a crise do Estado-Nação e a emergência da regulação supranacional. **Educação e Sociedade**, v.22, n.75, p.15-32, 2001.
- AGUILAR, L. E. Pressupostos e implicações da qualificação na área da saúde: lendo a implementação do PROFAE. **Formação**. Brasília : Ministério da Saúde. v.1, n.3, p.49-56, set. 2001.
- ALVES SOBRINHO, E. J. M. PSF: a saída brasileira. **Folha de São Paulo**, São Paulo, Seção Opinião, p.A-3, 10 jan. 2002.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 3^a. ed. São Paulo: Paz e Terra, p. 9-23, 1998.
- ASSOCIAÇÃO de Construção por Mutirão do Casarão. **Projeto cidadania integral: proposta para implantação**. São Paulo, 1996. (mimeo).
- BARROS, D. D. et al. Projeto Casarão – Uma parceria que se constrói no dia-a-dia. In: IV Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão, 2001, São Carlos. **Anais Eletrônicos**. Rio de Janeiro, UFRJ, 2001. Disponível em: <<http://www.itoi.ufrj.br/sempe/index.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2003a.
- BARROS, D. D. et al. Atenção a crianças e adolescentes em processos de ruptura das redes sociais de suporte e a promoção da saúde: o Projeto Casarão. In: **III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde**. São Paulo. 2003b. (Ainda não publicado).
- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Projeto Metuia - Terapia Ocupacional no campo social. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.26, n.3, p.365-369, jul./set. 2002.
- BARROS, D. D. et al. **Projeto Casarão: Centro de Cultura e Convivência Celso Garcia**. Projeto Metuia – Núcleo USP/UFSCar. São Paulo, São Carlos, 20 p., 1999. (Mimeo).
- BENEVIDES, M. V. M. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular**. 3^a. ed., São Paulo : Ed.Ática, 2003.

- BONDUKI, N. **Habitar São Paulo**: reflexões sobre a gestão urbana. São Paulo : Estação Liberdade, 2000.
- BONDUKI, N. Do cortiço à habitação digna: uma questão de vontade política. **URBS**, São Paulo, v.2, n.11, p.34-43, 1999.
- BRANDÃO, C. R. A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo : Hucitec, p.21-26, 2001.
- BRANDÃO, C. R. **Pesquisa participante**. São Paulo : Brasiliense, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família. Quantos somos**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf_marco_2004.pdf>. Acesso em: 02 maio 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em: abril 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília : Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília : Imprensa Oficial, 1990a.
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo : Cortez, 1990b.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. ABRASCO. Brasília, v. 5, n 2, p.219-230, 2000.

- CAMPOS, G. W. S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo : Lemos Editorial, p.113-124, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: elementos para debate. In: MERHY, E. E. (org.) **Planejamento sem normas**. São Paulo : Hucitec, p.53-60, 1989.
- CARVALHO, S. R. **Modelos de atenção à saúde: o debate brasileiro**. Campinas : UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social, 24p., Notas de aula, 2003.
- CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 2001.
- CARVALHO, J. M. **Os bestializados**. São Paulo : Companhia das Letras, 1987.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis : Vozes, 1998.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (org.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo : EDUC, p.15-48, 1997a.
- CASTEL, R. As transformações da questão social. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (org.) **Desigualdade e a questão social**. São Paulo : EDUC, p.161-190, 1997b.
- CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**, Salvador, n.26/27, p.19-40, jan./dez, 1997c.
- CASTEL, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.) **SaúdeLoucura**, n.4. São Paulo : Hucitec, p.21-48, 1994.
- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. **Manual de condutas de enfermagem. Programa de Saúde da Família**. São Paulo : Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, p.34-42, 2001.
- COHN, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. São Paulo : Cortez, CEDEC, 1996.

- COMARÚ, F. A. **Intervenção habitacional em cortiços na cidade de São Paulo: o mutirão Celso Garcia**. 1998. 180p. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Escola Politécnica, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo.
- DEMO, P. **Charme da exclusão social**. 2.ed. rev. Campinas : Autores Associados, 2002.
- DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas e programas sociais. **São Paulo em Perspectiva**, v.11, n.4, p.3-15, 1997.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista da USP**, v.13, p.86-101, 1993.
- ESCOREL, S. Exclusão social: em busca de uma categoria. In: ESCOREL, S. **Vidas ao léu**. Rio de Janeiro : Fiocruz, p.23-81, 1999.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Série São Paulo em Movimento**. 25 set. 2000. Caderno Cotidiano, p.C1 e C3.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Série São Paulo em movimento**. 24 set. 2000. Caderno Cotidiano, p.C1 a C5.
- FRANCO, T. B. e MERHY, E. E. O Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudanças no modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo : Hucitec, p.55-124, 2003.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 32^a. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 2^a. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1997.
- GADOTTI, M. E TORRES, C.A. Introdução: Poder e Desejo: a educação popular como modelo teórico e prática social. In: GADOTTI, M. E TORRES, C.A. (org.) **Educação popular: utopia latino-americana**. São Paulo : Cortez: Editora da Universidade de São Paulo, p.7-12, 1994.
- GOHN, M. G. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. 2^a. ed. São Paulo : Edições Loyola, 2001.
- GOHN, M. G. **Educação não formal e cultura política**. São Paulo : Cortez, 1999. (Coleção questões da nossa época ; v.71).

- GOHN, M. G. **Teoria dos movimentos sociais**. São Paulo : Edições Loyola, 1997.
- GOHN, M. G. A formação da cidadania no Brasil através da luta e movimentos sociais. **Cidadania, textos**, Grupo de estudos sobre movimentos sociais, educação e cidadania. Faculdade de Educação – UNICAMP – Campinas, v.1, p.1-18, maio 1994.
- GOHN, M. G. **Movimentos sociais e educação**. São Paulo : Ed. Cortez, 1992.
- GOHN, M. G. **Movimentos sociais e luta pela moradia**. São Paulo : Ed. Loyola, 1991.
- GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. 6^a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1988.
- HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v.21, n.55, p.30-41, nov. 2001.
- KING, D. S. O Estado e as estruturas sociais de Bem-Estar em democracias industriais avançadas. **Novos Estudos CEBRAP**, v.22, p.53-76, out. 1988.
- KOWARICK, L. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. **Novos Estudos CEBRAP**, v.63, p.9-30, jul.2002.
- KOWARICK, L. **Escritos urbanos**. São Paulo: Ed. 34, 2000.
- KOWARICK, L.; ANT, C. Cem anos de promiscuidade: o cortiço na cidade de São Paulo. In: KOWARICK, L. (org.) **As lutas sociais e a cidade**: São Paulo, passado e presente. 2^a. ed. Rio de janeiro : Paz e Terra, p.73-91, 1994.
- KOWARICK, L.; BONDUKI, N. Espaço urbano e espaço político: do populismo à redemocratização. In: KOWARICK, L. (org.) **As lutas sociais e a cidade**: São Paulo, passado e presente. 2^a. ed. Rio de janeiro : Paz e Terra, p.147-177, 1994.
- LOPES, R. E.; KOKETSU, A. Y. **Terapia Ocupacional no campo social: Análise de indicadores comunitários numa proposta de intervenção – Projeto Casarão**. São Carlos, UFSCar : CNPq, 98 p., Relatório de Pesquisa, 2003.
- LOPES, R. E. et al. Histórias de vida: a ampliação de redes sociais de suporte de crianças em uma experiência de trabalho comunitário. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v.26, n.3, p.426 - 434, jul./set. 2002.

- LOPES, R. E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo - SP, v. 12, n. 1/3, p. 23-33, 2001.
- LOPES, R. E. et al. Terapia ocupacional no território: as crianças e os adolescentes da Unidade do Brás (Movimento de Luta por Moradia Urbana). **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.9, n.1, p.30-49, jan./jun. 2001.
- LOPES, R. E. et al. Terapia ocupacional e políticas públicas de saúde na cidade de São Paulo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, SP, v. 8, n. 1, p.48-56, 2000.
- LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. **Terapia ocupacional no território: estudo das crianças e dos adolescentes na Unidade do Brás (Movimento de Luta por Moradia Urbana)**. São Carlos : UFSCar/CNPq, 69p., Relatório de pesquisa, 2000.
- LOPES, R. E. Estado, políticas públicas e cidadania. In: LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional**. 1999. 2v. 539p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, p.17-62.
- LOPES, R. E. Anexo I – Capítulo I – Notas. In: LOPES, R. E. **A formação do terapeuta ocupacional**. O currículo: histórico e propostas alternativas. 1991. 215p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, p.148-197.
- MACHADO, A. A. **Brás, Bexiga e Barra Funda**. Notícias de São Paulo. São Paulo : Imprensa Oficial do Estado, 1983.
- MANFROI, V. M. O sujeito militante: desejos e projetos. In: BAPTISTA, D. (org.). **Cidadania e subjetividade**. São Paulo : Imaginário, p.265-290, 1997.
- MARSHALL, T. H. **Social Policy**. Londres : HutchinsonUniversity Library, 1975.
- MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro : Zahar, 1967.
- MARTINS, J. S. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo : Paulus, 1997.

- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro : Hucitec, p.19-92, 1993.
- MERHY, E. E. e BUENO, W. S. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 15 out 2003.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo : Hucitec, p.197-228, 1997.
- MOISÉS, J. A. **Cidadania e participação: ensaio sobre o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular na nova Constituição**. São Paulo : Marco Zero/CEDEC, 1990.
- NICÁCIO, M. F. Novos modos de pensar e agir em saúde. In: NICÁCIO, M. F. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, p.76-93.
- OFFE, C. **O novo poder**. Entrevista dada à revista Veja, n. 1.541, 08 abr. 2002.
- OFFE, C.; LENHARDT, G. Teoria do Estado e política social. In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, p.10-53, 1984.
- OFFE, C.; RONGE, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de Estado Capitalista e sobre pesquisa política de orientação materialista. In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, p.122-137, 1984.
- OLIVEIRA, F. A revolução dos Zés. **São Paulo em Perspectiva**, Fundação SEADE, São Paulo, v.8, n.3, p.3-5, jul./set. 1994.
- OLIVEIRA, L. Os excluídos ‘existem’? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.33, p.49-61, fev.1997.

- OTTMAN, G. Movimentos sociais urbanos e democracia no Brasil: uma abordagem cognitiva. **Novos estudos**, São Paulo, v. 41, p.186-207, mar.1995.
- PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In: VALLA, V.V. (org.) **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro : DP&A, p.61-86, 2000.
- PRADO, M. A. M. **A consciência e a constituição de valores comunitários: um estudo sobre os participantes de um mutirão habitacional na cidade de São Paulo**. 1994. 192p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- PROJETO MORADIA. São Paulo : Instituto de Cidadania, 2000.
- ROSANVALLON, P. **A nova questão social**. Brasília : Instituto Teotônio Vilela, 1998.
- SAMERARO, G. **Gramsci e a sociedade civil**. Petrópolis : Vozes, 1999.
- SANDOVAL, S. A. M. Social movements and democratization: the case of Brazil and the latin countries. In: GIUGNI, M. G., McADAM, D.; TILLY, C. (org.). **From contention to democracy**. New York : Roman & Littlefield Publishers, p.169-201, 1998.
- SANDOVAL, S. A. M. Algumas reflexões sobre cidadania e a formação de consciência no Brasil. In: SPINK, M. J. (org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo : Cortez Editora, p.59-74, 1994.
- SANDOVAL, S. A. M. Considerações sobre aspectos micro-sociais na análise dos movimentos sociais. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v.4, n.7, p.61-72, set. 1989.
- SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 3^a. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1994.
- SANTOS, W. G. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES et al. **Política social e combate à pobreza**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor, p.33-63, 1987.
- SÃO PAULO. **Coordenadorias de saúde. Mapa das coordenadorias das sub-prefeituras**. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/coordenadorias/0001>>. Acesso em: 15 jun. 2004.

- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Implantando o PSF no município de São Paulo**: Balanço de 20 meses. São Paulo : Secretaria Municipal de Saúde, ago 2002a.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Responsabilidades da rede de apoio à implantação do PSF**. São Paulo : Secretaria Municipal de Saúde, out 2002b.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado SMS 001/2001. Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, v.48, n.18, p.10-12, 25 jan. 2001.
- SCHERER-WARREN, I. Rede de movimentos sociais e processos educativos. In: **Movimentos sociais e educação**, Unicamp, Campinas, 10 mai. 1994. (Mimeo).
- SMEKE, E. L. M. e OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo : Hucitec, p.115-136, 2001.
- SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Revista TEMA**. Educação Popular em Saúde. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública : Fiocruz, n.21, p.4-6, nov/dez 2001.
- SOUZA, E. S. Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo : Hucitec, , p.30-32, 2001.
- SOUZA, M. F. (org.) **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo : Hucitec, 2002.
- SPOSATI, A. O. (coord.) **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. 2ª. ed. São Paulo : EDUC, 2000.
- SPOSATI, A. O. **Cidade em pedaços**. São Paulo : Brasiliense, 2001.
- TEIXEIRA, M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (orgs.) **Política social e democracia**. São Paulo : Cortez; Rio de Janeiro : UERJ, p.235-254, 2001.
- TELLES, V. S. A “nova questão social” brasileira. **Praga**, v.6, p.107-116, Rio de Janeiro : Hucitec, set. 1998.

- TELLES, V. S. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. **Anos 90: política e sociedade no Brasil**. São Paulo, Ed. Brasiliense, p.91-102, 1994.
- VALLA, V. V. Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V. V. (org.) **Saúde e Educação**. Rio de Janeiro : DP&A, p.11-32, 2000.
- VALLADARES, L. Pensando a pobreza urbana no Brasil. In: BOSCHI, R. **Corporativismo e desigualdade: a construção do espaço público no Brasil**. Rio Fundo : IUPERJ, p. 81-111, 1994.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo : Hucitec, p.11-20, 2001a.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2^a. ed., São Paulo : Hucitec, 2001b.
- VERAS, M. P. B., POMPEO, A., COELHO, J. A. T. e NERY Jr., J. M. Desejada ou temida: a participação da sociedade civil no planejamento urbano. **São Paulo em Perspectiva**, Fundação SEADE, São Paulo, v.8, n.3, p.114-126, jul./set. 1994.
- VIANNA, M. L. W. Política versus economia: notas (menos pessimistas) sobre globalização e Estado de Bem-Estar. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (org.) **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro : Fio Cruz, p.155-172, 1997.
- VIEIRA, E. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1992. (Coleção polêmica de nossos tempos, n.49).

ANEXOS

**ANEXO 1 –
ENTREVISTAS COM LIDERANÇAS DO MOVIMENTO DE MORADIA**

Liderança entrevistada, data,

sub-grupo do movimento de moradia a que pertence, e páginas da transcrição:

- Flórida Berenice Pinto Nogueira Feliciano, 15 jul. 2000, Liderança da ocupação do Edifício do Banespa, Unificação das Lutas de Cortiço (ULC), 7p. (*In memorian*).
- Gutemberg Souza da Silva, 19 jul. 2000, Mutirão Madre de Deus, Movimento de Quintais e Cortiços da Mooca, ULC, 13 p.
- João Batista de Assis, 15 jul. 2000, Coordenador geral da ULC, 4 p.
- Leni Miranda da Rocha, 15 jul. 2000, Mutirão do Casarão, ULC, 5 pg.
- Luiz Gonzaga da Silva, Gegê, 21 jul. 2000, Movimento de Moradia no Centro (MMC), 9 p.
- Maria Salomé Brito de Barros, 19 jul. 2000, Mutirão do Casarão, Grupo de origem Belém, ULC, 5 p.

Roteiro de entrevista

1. De qual movimento você participa atualmente?
2. Como se deu o início de sua participação neste movimento?
3. De qual (quais) outros movimentos você participa e/ou participou?
4. Quais eram/são as reivindicações do movimento de moradia?
5. Quais eram/são as questões prioritárias para esse movimento?
6. Que tipos de ações/estratégias eram/são utilizadas pelo movimento? (Ocupações, negociações com poder público, etc.).
7. Como avalia os resultados obtidos até o momento?
8. Após a conquista central – a casa – o movimento termina?

9. Existem outras demandas durante/depois desse processo (o da aquisição da moradia própria)?
10. Na sua visão como o movimento vê e lida com essas outras demandas?
11. Quais também, na sua compreensão, são as perspectivas do movimento?
12. Como foi/ tem sido para você participar de um movimento como esse?

**ANEXO 2 –
ENTREVISTAS COM ATORES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
(PSF)**

Atores entrevistados, data, páginas de transcrição:

- Dez usuários do PSF da região (Entrevistas não gravadas).

Período: setembro/2002 a fevereiro/2003.

- Cinco Agentes Comunitários de Saúde atuantes na região.

- Andressa Cristina do Santos, 17 set. 2002, 7 p.
- Dinalva Nascimento Gonçalves, 17 set. 2002, 6p.
- João Batista de Assis, 17 set. 2002, 8p.
- Maria Salomé Brito de Barros, 17 set. 2002, 6p.
- Sônia Regina Carbamin, 17 set. 2002, 6p.

- Duas auxiliares de enfermagem da equipe local.

- Davis Gozzo Farias, 17 jan. 2003, 4p.
- Valdecira Santeno dos Santos, 17 jan. 2003, 5p.

- Enfermeira da equipe.

- Rita Lese Curi, 17 jan. 2003, 4p.

- Médico generalista da equipe.

- Oswaldo Ditolvo Júnior, 17 jan. 2003, 9p.

- Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Belém I, local em que está alocada a equipe do PSF.
 - Ana Maria Augusta Silveira, 08 out. 2002, 6p.

- Coordenador do PSF do Distrito de Saúde da Mooca.
 - Cássio Rogério Dias Lemos Figueiredo, 25 fev. 2003, 24p.

- Diretora do Distrito de Saúde da Mooca.
 - Rosana Magalhães Gaeta, 28 fev. 2003, 7p.

- Coordenadora do PSF da cidade de São Paulo (até fevereiro/2003).
 - Anna Maria Chiesa, 14 mar. 2003, 7p.

- Tentamos entrevista com o Secretário de Saúde de São Paulo, até março 2003, Eduardo Jorge Alves Sobrinho, mas o mesmo não se encontrava disponível e indicou a assessora Anna Chiesa para entrevista, que já havia sido contatada.

Roteiros de entrevista

A) Roteiro de entrevista para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

1. Nome completo e área de trabalho.
2. O que é o PSF?
3. Qual sua relação com a comunidade em que está trabalhando? Há quanto tempo mora lá?

4. Você acha que o PSF pode contribuir com a sua comunidade? Em que?
5. Há algum tipo de organização popular na sua comunidade? Que tipo?

Para os que responderam que sim:

- 5.1 Isto facilita ou dificulta o trabalho?
- 5.2 Quais as vantagens e desvantagens de atuar em um movimento social para participar do PSF?
- 5.3 Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas como o PSF?
6. Que tipos de problemáticas você tem encontrado na comunidade? Como são encaminhadas?
7. Quais os procedimentos adotados para problemáticas não tradicionais dos serviços de saúde? (O que fazer com crianças que não estão na escola; usuários de droga; violência doméstica; etc?).
8. Quais são os serviços para onde vocês podem encaminhar as pessoas? Como fazer isto?

B) Roteiro de Entrevista para auxiliares de enfermagem, enfermeira e médico componente da equipe do PSF do Distrito de Saúde da Mooca - Região do Belém.

1. Nome completo, formação e área de trabalho.
2. O que é o PSF?
3. Na sua visão profissional quais as vantagens do PSF mediante o sistema de saúde das UBS?
4. Como este programa pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade local?
5. Há nesta região algumas sub-áreas com organização popular em torno de movimento social, isto facilita ou dificulta o trabalho?
6. Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas como o PSF?

7. Que tipos de problemáticas você tem encontrado nas comunidades? Como são encaminhadas?
8. Quais os procedimentos adotados para problemáticas não tradicionais dos serviços de saúde? (O que fazer com crianças que não estão na escola; usuários de droga; violência doméstica; etc?).
9. Quais são os serviços para onde vocês podem encaminhar as pessoas? Como fazer isto?
10. Quais profissionais estão na rede referenciando e contra-referenciando o serviço com o PSF?

C) Roteiro de entrevista para a coordenadora do Centro de Saúde do Belenzinho - local de referência para a equipe do PSF.

1. Nome completo, formação e área de trabalho.
2. Quais os serviços que este Centro de Saúde oferece a comunidade?
3. Quais modificações ocorreram a partir da implantação do PSF?
4. O que é o PSF?
5. Na sua visão profissional quais as vantagens do PSF mediante o sistema de saúde das UBS?
6. Como este programa pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade local?
7. Há nesta região algumas sub-áreas com organização popular em torno de movimento social, isto facilita ou dificulta o trabalho?
8. Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas como o PSF?
9. Que tipos de problemáticas você tem encontrado nas comunidades? Como são encaminhadas?
10. Quais os procedimentos adotados para problemáticas não tradicionais dos serviços de saúde? (O que fazer com crianças que não estão na escola; usuários de droga; violência doméstica; etc?).

11. Quais são os serviços para onde vocês podem encaminhar as pessoas? Como fazer isto?
12. Quais profissionais estão na rede referenciando e contra-referenciando o serviço com o PSF?

D) Roteiro de entrevista para o coordenador do PSF da região e para a diretora do Distrito de Saúde da Mooca.

1. Nome completo, formação e área de trabalho.
2. O que é o PSF?
3. Como e porque foi proposto por esta gestão a implantação do PSF?
4. Como tem sido a implantação desta política no Distrito de Saúde da Mooca?
5. Quais os critérios para a seleção da equipe?
6. Como é a formação da equipe para o trabalho na comunidade?
7. Há a preocupação com problemáticas além das relacionadas à saúde básica?
8. Na sua visão profissional quais as vantagens do PSF mediante o sistema de saúde das UBS?
9. Como este programa pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade local?
10. Há nesta região algumas sub-áreas com organização popular em torno de movimento social, isto facilita ou dificulta o trabalho?
11. Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas como o PSF?
12. Que tipos de problemáticas você tem encontrado nas comunidades? Como são encaminhadas?
13. Quais os procedimentos adotados para problemáticas não tradicionais dos serviços de saúde? (O que fazer com crianças que não estão na escola; usuários de droga; violência doméstica; etc?).

14. Quais são os serviços para onde vocês podem encaminhar as pessoas? Como fazer isto?
15. Quais profissionais estão na rede referenciando e contra-referenciando o serviço com o PSF?

E) Roteiro para entrevista com o assessor de saúde responsável pelo PSF em São Paulo.

1. Nome completo, formação e área de trabalho.
2. O que é o PSF?
3. Como e porque foi proposto por esta gestão a implantação do PSF?
4. Como tem sido a implantação desta política na cidade de São Paulo?
5. Como é a formação da equipe para o trabalho na comunidade?
6. Há a preocupação com problemáticas além das relacionadas à saúde básica?
7. Na sua visão profissional quais as vantagens do PSF mediante o sistema de saúde básica das UBS?
8. Como este programa pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade local?
9. A organização popular em torno de movimento social facilita ou dificulta o trabalho?
10. Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas como o PSF?
11. Quais os procedimentos adotados para problemáticas não tradicionais dos serviços de saúde? (O que fazer com crianças que não estão na escola; usuários de droga; violência doméstica; etc?).

F) Roteiro para entrevista com os usuários.

1. Como conheceu o PSF?

2. Quais ações o PSF tem promovido para você?
3. Quais benefícios têm trazido o programa para a região?
4. Quais ações o Agente Comunitário tem promovido?
5. Quais problemáticas suas têm sido encaminhada pelo PSF?

**ANEXO 3 –
ENTREVISTAS COM ATORES DO PROJETO CASARÃO**

Atores entrevistados, data, páginas de transcrição:

- Duas professoras coordenadoras do Projeto Metuia (USP e UFSCar).
 - Denise Dias Barros, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Metuia, 23 jul. 2003, 6p.
 - Roseli Esquerdo Lopes, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do Projeto Metuia, 24 nov. 2003, 9p.

- Duas técnicas atuantes na comunidade no Projeto Casarão.
 - Ana Maria Galluzzi, Assessora do Distrito de Saúde da Mooca e Coordenadora do Projeto Casarão em 1999-2001, 19 mar. 2003, 8p.
 - Debora Galvani, Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Projeto Casarão 2001-2002, 23 mai. 2003, 6p.

- Diretora do Distrito de Saúde da Mooca.
 - Rosana Magalhães Gaeta, 28 fev. 2003, 7p.

- Lideranças da Comunidade da Associação de Construção por Mutirão do Casarão.
 - Leni Miranda da Rocha, 15 jul. 2000, 5 pg.
 - Maria Salomé Brito de Barros, 17 set. 2002, 6p.
 - Maria Salomé Brito de Barros, entrevista realizada em 2001 para o vídeo: PROJETO CASARÃO – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia.

Realização de BARROS et al. São Paulo: Anthares Multimeios, 2001. 45 min., son., color, VHS NTSC.

- Maria Salomé Brito de Barros, 19 jul. 2000, 5 p.
 - Gutemberg Souza da Silva, entrevista realizada em 2001 para o vídeo: PROJETO CASARÃO – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia. Realização de BARROS et al. São Paulo: Anthares Multimeios, 2001. 45 min., son., color, VHS NTSC.
 - João Batista de Assis, 17 set. 2002, 8p.
- Buscamos contatar a assistente técnica da área temática da Saúde do Adolescente e do Jovem da Secretaria de Saúde – Regina Guise de Almeida – e o Assessor do Secretário da Saúde – Paulo Caputti, mas não obtivemos retorno para o agendamento das entrevistas; ambos foram responsáveis por pareceres internos da Secretaria de Saúde para a proposta de parceria com o Projeto Casarão.

Roteiros de Entrevistas

- A) Roteiro de entrevistas para coordenadoras do projeto e técnicas.
1. Nome completo e área de trabalho.
 2. O que é o PROJETO CASARÃO?
 3. Qual proposta de atuação para a infância e adolescência deste trabalho?
 4. Qual a proposta de intersetorialidade presente nesta proposta?
 5. Qual a relação com o movimento popular?
 6. Quais as possibilidades de inserção e participação da comunidade local?
 7. Enquanto política pública, qual o papel da Universidade neste processo?
 8. O que a terapia ocupacional tem a contribuir num tipo de trabalho como este?
 9. Qual é a fase atual de trabalho?
 10. Qual a relação entre política pública e movimento social?

B) Roteiro de entrevistas para Distrito de Saúde da Mooca.

1. Nome completo, formação e área de trabalho.
2. O que é o Projeto Casarão e como foi apresentada a proposta a este distrito?
3. Qual a posição do distrito quanto a este trabalho?
4. Quais encaminhamentos foram dados?
5. Qual o conceito de saúde adotado pela administração atual e como se insere (ou não) uma proposta como o Projeto Casarão?
6. Por que o projeto foi finalizado?
7. Como este programa pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade local?
8. A região do Casarão é composta por organização popular em torno de movimento social, isto facilita ou dificulta a articulação deste tipo de proposta?
9. Como o movimento pode contribuir na implementação de políticas públicas?
10. Qual a rede atual na região para o trabalho com crianças e adolescentes?