



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA – ENSP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ADRIELE CAMPOS MOREIRA
BÁRBARA CRISTINA BOSCHER SEIXAS PINTO
MARINA RIBEIRO DOS SANTOS
RHANNA DA SILVA HENRIQUE
SOFIA CAMARGO COLLET
SOPHIA ROSA BENEDITO
VIVIANE LIRIA COSTA DE SOUZA**

**“QUANDO OS PACIENTES PERDEREM A PACIÊNCIA”: A IMPLEMENTAÇÃO
DE UMA ASSEMBLEIA POPULAR EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

RIO DE JANEIRO
2020

**ADRIELE CAMPOS MOREIRA
BÁRBARA CRISTINA BOSCHER SEIXAS PINTO
MARINA RIBEIRO DOS SANTOS
RHANNA DA SILVA HENRIQUE
SOFIA CAMARGO COLLET
SOPHIA ROSA BENEDITO
VIVIANE LIRIA COSTA DE SOUZA**

**“QUANDO OS PACIENTES PERDEREM A PACIÊNCIA”: A IMPLEMENTAÇÃO
DE UMA ASSEMBLEIA POPULAR EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência de elaboração coletiva e individual apresentado como pré-requisito para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Orientadoras: Me. Elaine Sandra Amorim Savi e Me. Fátima Maria Gomes da Rocha.

RIO DE JANEIRO
2020

*À classe que tudo produz e a quem tudo pertence!
Que sejamos cada vez mais impacientes.*

AGRADECIMENTOS

À comunidade do Jacarezinho, que nos formou. Deu-nos muito a aprender, crescer e sentir. Seria injusto não ter algo a retribuir por todas as sementes que ganhamos nesse lugar. Esperamos ter deixado sementes tão fortes como as que estamos levando conosco.

Ao Seu Paulo e Dona Gê, duas pessoas tão especiais que se fizeram presentes em todo nosso processo de formação, nos aquecendo com afeto e nos ensinando a cada momento de troca, sem cessar, nesses dois anos. Nossa imensa gratidão!

Às trabalhadoras e trabalhadores da CFADS, que para nós foram referência, parceria, apoio, afeto, acolhida, troca, aprendizado. Sem o contato com o compromisso que vocês têm com o SUS e com o cuidado da população do Jaca, não teríamos aprendido tanto. Exemplos de resistência e resiliência. Deixamos e levamos um tanto. Obrigada!

À equipe Concórdia, que nos acolheu, apoiou e ensinou. Em meio a tantos percalços, dúvidas e frustrações cotidianas, abriram seus braços, carregados de afeto e tornaram nossos momentos “melhores que Paris”. Que nos reconheceram enquanto trabalhadoras competentes e capazes e se disponibilizaram a construir e ressignificar o que é o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

À nossa co-preceptora Luane, quem nos recebeu com sua potência e nos mostrou que a comunidade do Jacarezinho “pulsa”. O nosso preceptor Ulysses, que com sua delicadeza e leveza nos possibilitou criar laços em meio aos “nós” do cotidiano e nos fortalecer como equipe para caminharmos juntas por essa trajetória. À nossa preceptora Dyanna, que com sua garra e dedicação potencializa nosso comprometimento e nos faz acreditar ainda mais nas trabalhadoras que estamos nos transformando.

À Fátima e Elaine (#Fataine), por seus olhares atentos e corações abertos. Agradecemos por se proporem a construir relações horizontais, respeitando nossos tempos e a individualidade de cada uma.

À nossa turma pela trajetória e aprendizado compartilhados. Estar ao lado de tantas pessoas queridas tornou a caminhada mais leve. Esperamos nos cruzar pelo SUS.

Ao Lucas Bronzatto, poeta-militante que, além de gentilmente ter autorizado que ecoássemos sua poesia no decorrer de nosso trabalho e em seu título, compartilhou angústias e desejos por um SUS à altura de nossos desafios!

Em conclusão, agradecemos-nos. Somos, enfim, uma equipe. Com todas as dores e delícias que isso envolve. Nos sustentamos em laços de amor, afeto, carinho e amizade. Em meio a incertezas, construímos umas nas outras a confiança necessária para chegar até aqui. Ponto de partida e de chegada. Vamos além, mas sem nunca nos perder de vista.

NOTAS SOBRE O AUTOR DO POEMA

Lucas Bronzatto é farmacêutico (UNIFAL), fez Residência em Saúde da Família (UFSCar), Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e é professor universitário na Universidade Cidade de São Paulo. O poema que dá título a esse trabalho é inspirado no original “Quando os trabalhadores perderem a paciência”, de Mauro Iasi¹.

Atualmente, Lucas Bronzatto compartilha sua arte no *blog* “Outros cantos tortos”² e participa do projeto “Trunca – poesia de luta” disponível no *Instagram*. Além de gentilmente ter autorizado que ecoássemos sua poesia no decorrer de nosso trabalho, nos contou que, não coincidentemente, escreveu “*Quando os pacientes perderem a paciência*” numa sala de aula durante o mestrado na ENSP.

¹ IASI, Mauro Luis. Meta Amor Fases - coletânea de poemas. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. v. 1. 192p.

² BRONZATTO, Lucas. Blog Outros Cantos Tortos. Disponível em: <http://outroscantostortos.blogspot.com/2013/09/quando-os-pacientes-perderem-paciencia.html>

RESUMO

Este é um trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Em um cenário de desmonte da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro, constatamos em nosso campo de prática, a incipiente coletivização do diálogo entre trabalhadoras e usuários do serviço. Em resposta a isso, este projeto tem como objetivo fomentar a participação popular direta dos usuários adscritos, atores sociais e das trabalhadoras nos processos de gestão local da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (CFADS), no bairro do Jacarezinho. Trata-se de uma pesquisa-ação na qual se utiliza o dispositivo do projeto de intervenção para desenvolver a construção de uma Assembleia Popular permanente na supracitada Clínica da Família. Consideramos como resultados: a realização de uma ação de Educação Permanente para as trabalhadoras; a realização de três Assembleias no serviço com as trabalhadoras e usuários que estiveram presentes em todo processo de construção, tanto na divulgação quanto na operacionalização das mesmas; um ato construído coletivamente em assembleia, contando com organização e participação de usuários, trabalhadoras e demais atores sociais do território; além disso, permitiu que a discussão e vivência da participação popular enriquecesse nosso processo formativo, uma vez que entendemos o tema como crucial para a formação de trabalhadoras de saúde comprometidas com o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Participação Popular; Residência Multiprofissional; Assembleia Popular; Estratégia Saúde da Família, Democracia Participativa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Modelo lógico da intervenção de implementação de uma Assembleia Popular na CFADS	93
Quadro 02 – Perfil dos usuários potenciais da avaliação na implementação da Assembleia Popular na CFADS	95
Quadro 03 – Matriz de análise da Assembleia Popular	97
Quadro 04 – Indicador de legitimidade relativo à porcentagem de participação dos usuários nas Assembleias Populares, em relação à 1ª Assembleia	98
Quadro 05 – Indicador de legitimidade relativo à porcentagem de participação das trabalhadoras nas Assembleias Populares, em relação à 1ª Assembleia	98
Quadro 06 – Indicador de aceitabilidade relativo à porcentagem de pautas propostas por usuários em cada Assembleia Popular, a partir do número total de pautas em cada uma delas.	99
Quadro 07 – Indicador de aceitabilidade relativo à porcentagem de pautas propostas pelas trabalhadoras em cada Assembleia Popular, a partir do número total de pautas em cada uma delas.	100

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Clínica da Família
CF88	Constituição Federal de 1988
CFADS	Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira
CG	Colegiado Gestor
CGI	Colegiado Gestor Integrado
CIG	Colegiado Interno Gestor
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro Especializado de Referência em Assistência Social
CSM	Centro de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DR	Diário Reflexivo
DSP	Diagnóstico Situacional Participativo
ENRS	Encontros Nacionais das Residências em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
M&A	Monitoramento e Avaliação
MOPS	Movimento Popular da Saúde
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NSSM	Nenhum Serviço de Saúde à Menos
OSS	Organização Social de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PICs	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT	Responsável Técnica
SEHIG	Secretaria de Higiene e Saúde de Santos
SISREG	Sistema de Regulação
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1. OBJETIVO GERAL	17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1. CAPÍTULO 1 - DE ONDE PARTIMOS: CONCEPÇÕES DE ESTADO, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR	18
Bárbara Cristina Boscher Seixas Pinto	
4.2. CAPÍTULO 2 – DEMOCRACIA & PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: UM RESGATE DE QUESTÕES A PARTIR DO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	29
Sophia Rosa Benedito	
4.3. CAPÍTULO 3 – ASSEMBLEIA E CIDADANIA: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE MENTAL PARA A PARTICIPAÇÃO POPULAR.....	39
Sofia Camargo Collet	
5. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	48
6. CONTEXTUALIZANDO A INTERVENÇÃO	52
6.1. CAPÍTULO 4 - COMUNIDADE VALENTE: UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA	52
Viviane Liria Costa de Souza	
7. RESULTADOS	62
7.1. CAPÍTULO 5: ORGANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS COLETIVOS SOB A ÓTICA DAS TRABALHADORAS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA	62
Marina Ribeiro dos Santos	
7.2. CAPÍTULO 6 - ASSEMBLEIA POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA: DO NASCIMENTO AOS PRIMEIROS PASSOS	77
Rhanna da Silva Henrique	
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ASSEMBLEIA POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA	93

8.1. MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO: DEFININDO OS RUMOS DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	93
8.2. ANÁLISE DOS USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO	95
8.3. MATRIZ DE ANÁLISE DA ASSEMBLEIA POPULAR	97
8.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	98
8.5. ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	102
9. CAPÍTULO 7 - PARTICIPAÇÃO POPULAR: ALICERCE PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE	104
Adrielle Campos Moreira	
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES.....	121

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido como pré-requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ. O mesmo foi elaborado ao decorrer do ano de 2019 com a proposição de um projeto de intervenção acerca do tema da Participação Popular. Foi escrito por sete profissionais (assistente social, dentista, enfermeira, farmacêutica, nutricionista, profissional de educação física e psicóloga), que estão inseridas em um campo de prática localizado numa clínica da família, na comunidade do Jacarezinho, Zona Norte do Rio de Janeiro.

Além da proposta coletiva que conta com introdução, objetivos, metodologia e avaliação em saúde, cada uma de nós produziu um capítulo autoral, divididos de forma a abarcar diferentes etapas do trabalho.

Os três primeiros capítulos integram o referencial teórico utilizado como base fundamental para a implementação da intervenção em si. O capítulo 1 parte da noção de Estado e Democracia para discutir como estes intervêm sobre a construção do ideário de participação popular e seus arranjos na realidade do país. O capítulo subsequente aprofunda os conceitos citados anteriormente sob a ótica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da instituição de mecanismos de participação no Sistema Único de Saúde. Já o terceiro, retoma o debate pelo viés da Reforma Psiquiátrica, uma vez que esta se construiu de forma diferente em relação à participação da população, reforçando assim conceitos importantes no que tange à inserção das classes populares no setor saúde.

Após a sistematização do projeto na metodologia, seguimos para o capítulo 4. Este cumpre a função de contextualizar o campo de prática, resgatando seu histórico de resistência e participação entremeado pelas diferentes faces de intervenção do Estado no território.

Os capítulos 5, 6 e 7 se inserem em Discussão & Resultados. No capítulo 5 aprofundamos o debate fazendo um recorte sobre o histórico de privatização no setor saúde refletido no surgimento das Organizações Sociais de Saúde e mobilização do movimento dos trabalhadores, para então suscitar o debate no campo de prática. No capítulo seguinte, tratamos sobre a construção da intervenção em si e seus resultados. Por fim, após o capítulo de avaliação em saúde, que restringe-se a sua fase de implementação, retomamos nossa experiência durante todo o processo de residência para reforçar a participação popular como alicerce da formação em saúde.

2. INTRODUÇÃO

É muito para eles [sociedade civil organizada] que quero dedicar essas palavras. [...] Saúde não é simplesmente ausência de doença [...] além da simples ausência de doença, saúde deve ser um bem-estar físico, social, afetivo, e o que algumas pessoas têm defendido, a ausência do medo (AROUCA, 1986).

Em meio a uma conjuntura de retração de políticas públicas, somada à institucionalização de um projeto político moralizante e conservador, intensificado no país em todas as instâncias de governo, nos inserimos, enquanto residentes multiprofissionais de Saúde da Família, na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (CFADS), localizada na comunidade do Jacarezinho, Zona Norte do Rio de Janeiro. Nossa entrada neste campo se dá nesse cenário adverso para a saúde pública no Brasil, e, de forma singular, no município do Rio de Janeiro.

O presente trabalho de conclusão de residência é uma exigência do Programa e se caracteriza como uma produção de natureza coletiva, pensado e escrito a muitas mãos. Nossas e das pessoas que atravessaram nossos caminhos durante a formação, somando reflexões e aprendizados ao processo. A partir dessa reflexão conjunta, incluem-se também neste trabalho capítulos de autoria individual que surgem como partes integrantes do todo. Assim, ainda que escritos individualmente por cada uma de nós, não deixam de representar nossas ideias coletivas.

O Jacarezinho é historicamente marcado pela resistência. A população que ali se instalava e dava significado àquela porção de terra era arduamente reprimida e removida por ações do Governo. Na segunda metade do século XX, muitas lutas foram travadas, principalmente por associações comunitárias, para assegurar os direitos dos moradores de permanecerem no local. Assim, a favela foi crescendo e tomando forma (VELLOSO; PASTUK; DEGANI, 2013).

A história de resistência física e política do Jacarezinho se inicia durante o processo de ocupação, mas se perpetua até os dias de hoje. Em um território onde impera a violência institucional e o Estado se faz presente sob a forma de coerção e operações policiais constantes, viver é resistir.

Em um contexto em que se produz adoecimento e há fragmentação da rede de serviços, a CFADS se situa como um dos principais dispositivos que visa a garantia de direitos nesse território. Esse equipamento, quando visto isoladamente, se torna insuficiente para produção de cuidado da população.

No bojo das relações de trabalho inseridas na CFADS, situamos a residência em um local estratégico e privilegiado de reflexão sobre a determinação social do processo saúde-doença, assim como dos processos de trabalho e produção do cuidado. Ao longo da nossa inserção, percebemos que, apesar da clínica ser muito acessada pela população, existem alguns entraves no que diz respeito à participação popular. Em especial a gestão local - que impacta o cotidiano da população - ainda está centrada em processos decisórios verticalizados, mesmo sendo passível de ser construída coletivamente.

Diante desta percepção, entendemos os espaços de greve como potenciais para fomentar o diálogo e a construção coletiva. Estes têm se tornado recorrentes no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, com destaque para a gestão do atual prefeito Marcelo Crivella (2016 – 2020).

Em 2018, durante o processo de greve em que as trabalhadoras da CFADS reivindicaram seus direitos trabalhistas e se posicionaram contra a proposta de Reestruturação da Atenção Primária à Saúde³, nos chamou atenção a lacuna entre as mobilizações e pautas das trabalhadoras e a participação da população, mesmo diante de mudanças que incidiam diretamente sobre suas vidas.

Observamos que os canais de comunicação entre a população e a clínica se concentram, majoritariamente, em ferramentas individualizadas. Hoje, a ouvidoria, *Facebook*⁴, consultas, visitas domiciliares e o contato direto com a administração da unidade se desenham como principais vias de interlocução entre trabalhadoras e usuários. Assim, é comum que queixas coletivas sejam tomadas sob uma ótica individual, com soluções, constantemente, paliativas, já que não vão até à “raiz do problema”.

A incipiente coletivização do diálogo entre trabalhadoras e população usuária impacta negativamente o cuidado à saúde e processo de trabalho. Essa realidade pode distanciar as necessidades em saúde entendidas pelos usuários do cuidado produzido. Da mesma forma, trabalhadoras adoecem diante de demandas que exigem respostas incompatíveis com sua governabilidade. Esse quadro limita a perspectiva da gestão, a produção do cuidado e uma maior integração da clínica ao território.

³ Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. SMS-RJ/SUBPAV. **Reorganização dos serviços da APS – Estudo para otimização de recursos**. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV, 2019.

⁴Referimo-nos aqui ao perfil da CFADS criado na rede social. O mesmo é administrado pela gerente da unidade e é utilizado para veicular informações sobre os serviços disponibilizados no local, bem como seu funcionamento. Está disponível em https://www.facebook.com/anthidio.diasdasilveira?fref=search&tn=%2Cd%2CP-R&eid=ARCOqoQFlhE_xCvLf1izHdSjeDHtvZeZteDRMdZMvkeMtJ1aCV5QEjFmUoFk0zG0rY09MF43aU7x2qiI.

O contexto se mostra complexo, exigindo diariamente respostas também complexas. Nenhum profissional ou equipamento sozinhos são, portanto, capazes de formulá-las. Daí a razão para o presente projeto de intervenção se apoiar no princípio de participação comunitária do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, **propomos a construção de uma Assembleia Popular permanente a se consolidar enquanto um espaço coletivo que vise fortalecer a participação democrática na gestão da CFADS.**

A intervenção se propõe a ser construída a partir do encontro de seus atores, a reiterar a importância de uma gestão participativa na Atenção Básica (AB), com vistas à construção de um espaço coletivo de viabilização de direitos. Diante da atual conjuntura política a nível federal, estadual e municipal, que ameaça os dispositivos de participação popular conquistados historicamente no país, a proposta da Assembleia vem como uma aposta no coletivo, um instrumento de resistência.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Fomentar a participação popular direta dos usuários adscritos, atores sociais⁵ e das trabalhadoras nos processos de gestão local da CFADS por meio da construção de uma Assembleia Popular.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar reuniões, no âmbito da educação permanente, trabalhando o tema da participação popular com as trabalhadoras da CFADS;
- Realizar ações de divulgação da assembleia na CFADS e no território (panfletagens, salas de espera, varal informativo, postagem nas redes sociais e colagem de cartazes);
- Convidar os usuários participantes das atividades coletivas já existentes na CFADS a se envolverem no processo de construção da Assembleia Popular;
- Realizar articulação com Associação de Moradores, 5ª Região Administrativa, Coletivo Cafuné na Laje, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Referência em Assistência Social (CREAS), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Escolas, Creches, Conselheiros Distritais, (atores sociais do território) para a construção da Assembleia Popular.

⁵ São considerados os integrantes de serviços e organizações sociais relativas ao território (Associação de Moradores, 5ª Região Administrativa, Coletivo Cafuné na Laje, Centro de Referência em Assistência Social, Centro Especializado de Referência em Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial, Escolas, Creches e Conselheiros Distritais).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. CAPÍTULO 1 - DE ONDE PARTIMOS: CONCEPÇÕES DE ESTADO, DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Bárbara Cristina Boscher Seixas Pinto

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]

*O lucro não vai mais definir as doenças
e ninguém mais vai engolir junto com os comprimidos
As péssimas condições de vida e trabalho
Porque não haverá mais opressores e oprimidos
Quando os pacientes perderem a paciência.*

[...]

(BRONZATTO, 2013)

Diante da implementação de uma Assembleia Popular, o presente trabalho pretende fortalecer a discussão sobre o modelo da democracia participativa com vistas a estimular e discutir a participação popular direta no âmbito da saúde. Considerando que o tema abordado tem alicerces consolidados sobre a gênese, caminhar histórico e a dinâmica da sociedade atual, nos propomos neste capítulo a realizar tal debate a partir de referenciais teóricos acerca do Estado e sua função, das adjetivações referentes a modelos de democracia e noções de participação popular. Discorreremos ao longo do texto sobre a conformação sociopolítica de dominação da classe burguesa⁶, como está associada a consolidação do Estado e, ainda, sobre os limites da democracia em nossa sociedade para, com isso, relacionar tais elementos às possibilidades e arranjos construídos de participação popular no contexto da Saúde Pública brasileira.

4.1.1. Estado como unidade histórica das classes dirigentes: uma discussão acerca de sociedade civil e sociedade política

O Estado, enquanto instância de poder, não existiu ao longo de toda a história, este surge à medida em que as sociedades atingem certo grau de desenvolvimento econômico refletido na divisão em classes¹. Para Marx e Engels (1998), o Estado emerge das relações

⁶Nas anteriores épocas da história encontramos quase por toda a parte uma articulação completa da sociedade em diversos estados uma múltipla gradação das posições sociais. (...) A moderna sociedade burguesa, saída do declínio da sociedade feudal, não aboliu as oposições de classes. Apenas pôs novas classes, novas condições de opressão, novas configurações de luta, no lugar das antigas. A nossa época, a época da burguesia, distingue-se, contudo, por ter simplificado as oposições de classes. A sociedade toda cinde-se, cada vez mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes que diretamente se enfrentam: burguesia e proletariado (MARX; ENGELS, 1998). Tal divisão se baliza nas relações sociais de produção (detenção dos meios de produção e exploração sobre a força de trabalho).

sociais de produção, com isso ao dominar o trabalho e os meios de produção, a burguesia se conforma enquanto classe dominante, tomando para si o Estado que passa a representar seus interesses. O proletariado, Por sua vez, se configura enquanto classe explorada, possuindo apenas a venda de sua força de trabalho como meio para reprodução de vida. Podemos afirmar ainda que, apesar do Estado nos moldes socialistas ser instrumento de representação do interesse comum, devendo este garantir a igualdade política através da eliminação das distinções sociais, o mesmo na sociedade capitalista só existe sobre essas desigualdades, adquirindo, assim, a função de manutenção da ordem social (MARX, 1999; 2005).

O Estado é, portanto, produto e manifestação do antagonismo inconciliável entre a burguesia e o proletariado, e seu propósito é refrear o conflito inerente a esta conformação social, resultando, em princípio, na dominação econômica e política pela classe mais poderosa, que adquire, deste modo, novos meios de oprimir e explorar a classe dominada (LENIN, 2007).

Gramsci (2002) corrobora com Marx sob a ótica de não neutralidade do Estado, mas avança na discussão à medida em que desperta uma noção ampliada sobre este, reconhecendo a estrutura estatal enquanto instrumento de dominação, mas, também, enquanto mecanismo de consenso, forma de legitimação perante a sociedade. Afirma que “a unidade histórica das classes dirigentes acontece no Estado e a história delas é essencialmente a história dos grupos de Estado” (GRAMSCI, 2002), no qual não se pode obter perfeita e completa igualdade política sem igualdade econômica (GRAMSCI, 2000).

Relacionando a noção e função do Estado exposta com a consolidação do regime democrático sob a ótica marxista, destacamos a importância do aprofundamento do debate sobre a participação política das classes subalternas, eixo central para uma possível construção socialista. Este fundamenta-se sobre a relação de Estado e sociedade civil, fato que nos permite melhor situar os distintos projetos políticos em disputa, a capacidade de mobilização e organização dos atores sociais e a correlação de forças que influem sobre a esfera política.

Segundo os autores Montañó e Duriguetto (2011), Marx define a sociedade civil como esfera da produção e reprodução da vida material, sendo esta a sociedade burguesa, isto é, sociedade civil e estrutura econômica são, para ele, a mesma coisa. Já Gramsci (2001) borra os limites entre a sociedade civil, relacionada às questões econômicas, e a sociedade política, referente ao aparelho estatal, passando a assumir “a sociedade civil como próprio Estado”, no qual estão contidas as relações econômicas e os mecanismos, através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência. Para o autor, o Estado é

composto por uma fusão orgânica e dialética entre estrutura e superestrutura⁷, se caracterizando enquanto esfera de organização das classes, seus interesses e sua disputa pela hegemonia⁸.

O Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como força motriz de uma expansão universal (...), isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até determinado ponto, ou seja, não até o estrito interesse econômico-corporativo (GRAMSCI, 2000, p.41).

Duriguetto (2007) afirma, em sua análise sobre Gramsci, que apesar do autor considerar a existência de uma correspondência entre o poder econômico e o político e reconhecer que o Estado é instrumento de dominação burguesa, o mesmo não acredita que somente estas associações bastem para determinar a totalidade de suas determinações.

Gramsci, como visto, garante uma visão ampliada da função de Estado, ressaltando suas complexidades no que tange os processos consensuais de direção e dominação, distinguindo de forma diferente de Marx os componentes da sociedade política daqueles contidos na sociedade civil.

(...) pode-se fixar dois grandes "planos" superestruturais: o que pode ser chamado de "sociedade civil" (isto é; o conjunto de organismos chamados comumente de "privados") e o da "sociedade política ou Estado", que correspondem à função de "hegemonia" que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de "domínio direto" ou de comando, que se expressa no Estado e no governo "jurídico" (GRAMSCI, 1982, p. 11).

A sociedade política de acordo com Gramsci (2002) se relaciona à função de domínio direto ou comando expresso no governo jurídico e no Estado. O mesmo se consolida através dos órgãos da superestrutura responsáveis pela efetivação da dominação mediante coerção. Estes órgãos constituem os mecanismos dos quais a classe dominante se utiliza para realizar o monopólio legal da violência amparada pelas burocracias institucionalizadas. Enquanto na sociedade política, a burguesia exerce seu poder e controle através dos chamados "aparelhos

⁷Para Marx (1993), a infraestrutura trata-se do conjunto formado pela matéria-prima, meios de produção e pelos próprios trabalhadores, é o lugar onde se estabelecem as relações de produção, marcadas pela exploração da força de trabalho no processo de acumulação capitalista. Já a superestrutura é fruto de estratégias dos grupos dominantes para a consolidação e perpetuação de seu domínio, sendo esta organizada sobre as estruturas jurídico-política e ideológica.

⁸Na perspectiva de Gramsci (1985), a hegemonia pressupõe a conquista do consenso e da liderança política, cultural e ideológica de uma classe sobre a outra, a mesma se constrói a partir à estrutura econômica e à organização política, não limitando-se a esta, envolve, também a esfera ético-cultural, demarcada pela expressão de saberes, representações, valores. A contra- hegemonia expressa o contraditório e institui ações que buscam uma nova direção ético- política contrária à estrutura de dominação da sociedade capitalista.

coercitivos do Estado”, na sociedade civil tal domínio se consolida por meio de uma relação de hegemonia construída pela direção política e pelo consenso.

Gramsci assume, então, para a sociedade civil uma nova esfera, visto que a considera contida na superestrutura, que abarca a função de direção social, consenso e hegemonia (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Segundo os autores, é nesta esfera que acontecem os embates relacionados aos projetos de sociedade, expressando tanto os interesses das classes pela inserção econômica quanto as mediações ideológicas, políticas e socioinstitucionais.

Sobre a interrelação entre Estado e democracia para Gramsci, Dantas (2017) afirma que:

O autor (Gramsci) percebe a democracia como forma política própria de um tempo a partir do qual a estrutura das classes e seus organismos de defesa de interesses (aparelhos privados de hegemonia) se complexificam (Dantas, 2017, p.69).

Gramsci defende, ainda a socialização da política para ampliação do Estado, esta seria resultante da presença de organizações como espaços em que as classes se organizam e confrontam seus projetos para conservar ou conquistar a hegemonia. Afirma que a direção para construção de uma nova ordem intelectual e moral, ou seja, uma nova sociedade exige a conformação de armas ideológicas mais decisivas que emergem a partir da construção de um grupo subalterno que torne-se realmente autônomo e hegemônico, suscitando um novo tipo de Estado (GRAMSCI, 2002).

O presente trabalho adota como norte a visão gramsciana de Estado e sociedade civil considerando os atravessamentos ideológicos e disputa entre projetos de sociedade permeados pela discussão de democracia e participação popular na política de saúde brasileira.

4.1.2. Democracia e suas adjetivações: da redemocratização brasileira à busca por uma democracia participativa

Sob a perspectiva apresentada de consolidação do Estado burguês na sociedade capitalista e de sua premissa de dominação de classes, avançamos nossa discussão para o seu desdobramento enquanto regime político, que refere-se à organização interna das atividades estatais, nos aprofundando sobre as adjetivações e noções de democracia existentes para delinear o contexto brasileiro. Essas conceituações diferem-se de acordo com a perspectiva abordada, podendo ser nomeadas a partir de uma ótica centrada na disputa de modelos econômicos e sociais, ou, ainda a partir do modo como se dão as relações entre classes na disputa pela hegemonia dentro de determinado modelo consolidado.

Partimos, então, da noção de democracia referente à disputa de modelo econômico e social, na qual destaca-se o antagonismo entre a democracia burguesa e a socialista. Entende-se por democracia burguesa, segundo Lenin (1971), aquela realizada dentro dos marcos e normas estabelecidas na sociedade capitalista, na qual as massas oprimidas deparam-se a cada passo com a contradição flagrante entre a igualdade formal e as limitações reais que perpetuam a ordem social de dominação. Um regime político burguês só é efetivamente democrático quando o Estado assegura de fato as liberdades políticas (expressão, reunião, organização partidária) codificadas nos textos legais.

A democracia socialista, por sua vez, parte da construção de um Estado que subverta a lógica capitalista de exploração entre classes e se constitua enquanto socialista, propiciando a construção de espaços que promovam a elevação do nível de consciência e de organização dos trabalhadores, incluindo valores democráticos em sua atividade política e aproximando-os da administração do próprio Estado.

A democracia, no entanto, não limita sua conformação somente sob o viés socioeconômico. Essa, se analisada de acordo com a visão gramsciana, consolida-se de forma complexa, constituindo um entremeado social através da correlação de forças entre as classes. Dantas (2017) cita:

A democracia moderna (para Gramsci) se constituiria, portanto, numa espécie de colchão de amortecimento da luta de classes. (...) Se é produto da complexificação da luta e produz canais por meio dos quais se escoam, arrefecem ou são parcialmente atendidas as demandas dos subalternos, num equilíbrio instável permanente, garante controle dos dominados ao tempo que lhes permite conquistas (...) que sem ruptura nunca ultrapassarão o limite do essencial à reprodução dessa própria dominação (Dantas, 2017, p. 69)

Podemos, portanto, considerar a conceituação da democracia quanto às suas relações sociais como instrumento complexo para melhor compreender a disputa de classes pela hegemonia. Sob a perspectiva de estabelecer seu real significado, foi adquirindo alguns adjetivos: representativa, real, paritária, radical, direta, deliberativa, entre outros (FERRAZ, 2005). Segundo Ferraz (2006):

O movimento de adjetivação da democracia é simultaneamente político e teórico, ganha contornos identificáveis em experiências de ampliação da participação democrática na vida pública de países do chamado terceiro mundo através de arranjos políticos inclusivos nos quais indivíduos e atores sociais coletivos se fazem presentes (conselhos gestores de políticas públicas, orçamento participativo, planejamento participativo, tribunais especializados que tornam mais acessíveis contestação e resolução de conflitos etc.) e no esforço de teorização desencadeado por estas experiências (FERRAZ, 2006, p. 174).

Sobre este movimento, os autores Alvarez, Dagnino e Escobar (2000) reafirmam que suas adjetivações são reflexo de uma disputa sobre os parâmetros da democracia, sobre as

fronteiras do que está contido enquanto arena política: seus participantes, instituições, processos, agenda e campo de ação. A partir desta reflexão se faz necessário avaliar como as disputas políticas em torno dos modelos de democracia afetam o interior das organizações da sociedade civil (FERRAZ, 2006).

Antes de compreender como a democracia se construiu no processo brasileiro, devemos conceituar e destringir suas adjetivações no tocante às relações sociais impostas dentro do modelo econômico social estabelecido. Em termos de democratização das relações, ainda dentro da estrutura do Estado Capitalista, destacam-se três adjetivações: Democracia Liberal Representativa, Democracia Deliberativa e a Democracia Participativa.

A Democracia Liberal Representativa, segundo Shumpeter (1984), afirma o povo enquanto produtor de um corpo intermediário que produzirá, por sua vez, um governo. O autor entende enquanto método democrático aquele pelo qual se realiza um acordo institucional para a tomada de decisões políticas, onde os indivíduos obtêm o poder de decisão através de uma luta competitiva entre os votos da população. Reafirma como questão central a competição, entre aqueles que tomam as decisões pelo povo, pela liderança e a necessidade de uma classe política dominante que possibilite a inserção dos candidatos à liderança. A escolha dos líderes constitui um processo de autorização para exercício do governo, o que para Ferraz (2006) “traduz, implicitamente uma compreensão da população como incapaz para o debate e decisão das questões públicas, embora seja capaz de escolher os mais aptos a fazê-la” (FERRAZ, 2006, p.192), uma vez que entende somente o voto enquanto participação.

Já a Democracia Deliberativa, é discutida por Cohen (2000). Ele reconhece que a legitimidade do processo decisório é obtida por meio do debate racional entre cidadãos livres e iguais, no qual a argumentação é peça chave de todo o processo. Para o autor, o processo de exposição clara de posições é o único modo pelo qual a liberdade e igualdade pode se realizar como condição necessária ao exercício do debate democrático. Este modelo tem enquanto direção o reconhecimento de que as decisões referentes ao poder estatal e aquilo que diz respeito a coletividade, devem ser, necessariamente coletivas, considerando a obtenção de consensos na tomada de decisões como aspecto mais relevante em comparação à regra da maioria. O autor acredita ainda que os arranjos sociais e políticos devem, por sua vez, seguir condições necessárias para que instituições sociais e políticas possam funcionar dentro da perspectiva deliberativa. Pode-se identificar enquanto principais problemas desta formulação seu pressuposto de igualdade e, ainda, sua focalização sobre o indivíduo, uma vez que o processo argumentativo é pessoalizado.

A Democracia Participativa – horizonte deste trabalho – discutida por Luxemburgo (1978), Santos (2002) e Coutinho (2008) parte do desejo de superação do monopólio do poder e da alienação política em contraposição à ideia do modelo da Democracia Representativa. Busca a superação da contradição existente entre a socialização da participação política e a apropriação não social dos mecanismos de governo da sociedade, operando sobre o reconhecimento do processo organizativo de atores sociais coletivos reunidos em movimentos sociais, associações civis, entidades de classe e Organizações Não Governamentais (ONG'S) que denunciem a debilidade das instituições representativas. Toma como necessária a autodeterminação coletiva da pluralidade de membros que compõem a sociedade, cujo processo se realiza por meio da participação igualitária nos assuntos e decisões de interesse da coletividade. Para isso deve-se construir canais de participação por vias diferentes dos mecanismos políticos tradicionais.

De acordo com Ferraz (2006), os modelos de Democracia Participativa e Deliberativa se aproximam através da ênfase dada por ambos à importância de contextos legais, garantidores de direitos e arranjos institucionais capazes de criar as condições necessárias à participação democrática no processo deliberativo.

A lacuna, no entanto, se produz na não percepção de que a própria criação destes arranjos é objeto de disputa política entre projetos políticos, concepções de democracia e participação, condicionando o contexto de criação e funcionamento tanto da legislação protetora e garantidora de direitos quanto dos arranjos participativos (FERRAZ, 2006, p. 189).

Já entre a Democracia Liberal Representativa e a Participativa as disputas são mais profundas. A discussão, em especial sobre estes dois modelos, se baliza sobre a capacidade de medidas democratizantes tornarem mais igualitárias as políticas públicas, afetando o desempenho do Estado a partir da incorporação de atores sociais coletivos ao processo decisório (FERRAZ, 2006). O que difere o modelo discutido por Luxemburgo (1978), Santos (2002) e Coutinho (2008) daquele caracterizado por Shumpeter (1984) está contido nas seguintes características: a inclusão de atores historicamente excluídos das decisões políticas; o caráter deliberativo da participação; o papel pedagógico da participação; e a pluralidade de desenhos institucionais.

Considerando os diferentes modelos e conceitos expostos, situamos no Brasil a discussão sobre consolidação da democracia e função do Estado, a fim de melhor compreender os mecanismos de participação social conquistados no âmbito da saúde. Em termos socioeconômicos, ela se caracteriza enquanto uma democracia burguesa. Já sobre as suas relações, não podemos defini-la enquanto exclusivamente liberal representativa,

deliberativa ou participativa, uma vez que estas relações se constroem de forma dinâmica de acordo com as disputas e forças organizadas socialmente em dado tempo histórico. Tal questão é acentuada pelo fato da democracia brasileira ainda se alicerçar sobre bases frágeis, vivendo um momento contínuo e permanente de consolidação enquanto regime político.

Dagnino (2006) aponta que o cenário de redemocratização brasileira se faz em meio a uma “confluência perversa” de projetos políticos, marcada pela polarização entre o projeto neoliberal que se instalou nos países latino americanos e o projeto participatório que surge das crises dos regimes autoritários e do esforço de diferentes forças para o aprofundamento da democracia. Isto se expressa pela disputa política e cultural entre os dois projetos, bem como pelos deslocamentos de sentido que ela ocasiona na noção de sociedade civil, participação e democracia (ALBINO, 2018).

A luta democratizante, portanto, não se reduz ao debate sobre o campo do regime político, esta incide sobre a reestruturação de práticas econômicas, sociais e culturais que possam configurar uma ordem democrática para a sociedade como um todo. A partir da contestação das rígidas hierarquias sociais, discursos hegemônicos e as práticas excludentes se constrói, através da imprescindível participação dos movimentos populares, uma nova concepção de democracia no país (ALVAREZ, DAGNINO, PANFICHI, 2000).

O contexto da década de 1980, expressa os anseios descritos através do desenvolvimento de diversos mecanismos de participação. É nesta fase histórica que emergem as reivindicações sobre a descentralização do poder através da abertura dos canais político-institucionais, possibilitando a participação dos cidadãos nos processos de formulação das políticas públicas. Por sua vez, a saúde, segundo Fleury (1997), consolida seu projeto de democratização mediante o desenvolvimento de estratégias para a construção de um novo tecido social por meio do fortalecimento do poder local, através da descentralização. Sobre este movimento a autora comenta:

(...) o processo de descentralização proposto implicou na alteração das bases do poder local, criando formas de cogestão social, nas quais a sociedade organizada passou a ter presença em um Executivo que se transformava. Este novo modelo de Estado, em muitos aspectos se contradiz com a democracia representativa, ao criar formas setoriais de representação diretamente no Executivo, poder que se fortalece diante da representação tradicional. Em outros aspectos, pode-se considerar que a conjugação de mecanismos de democracia direta em um contexto que preserva a representação política é uma inovação que supera os problemas apontados em relação à simples representação, alcançando transformar-se em um poderoso mecanismo de construção simultânea de cidadãos e de um Estado menos submetido ao poder das elites tradicionais (FLEURY, 1997, p. 36).

4.1.3. Participação Popular como resistência na luta democratizante

A participação popular (...) significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e mudanças necessárias (VALLA, 2000, p. 255).

Côrtes (2009) afirma que nas últimas décadas proliferaram-se novas formas participativas em decorrência das pressões e mobilizações populares que reivindicavam não somente a inserção de determinadas propostas e demandas na agenda pública, como passaram a pressionar por maior legitimidade e espaço de participação da sociedade civil.

A participação pode ser definida enquanto social ou popular, a depender de sua conceitualização. A primeira refere-se ao papel, desempenhado por cidadãos e políticos, de participar da formulação de políticas; intervir em decisões; e orientar a Administração Pública sobre as melhores medidas a serem adotadas, com o objetivo de atender aos legítimos interesses públicos (NOGUEIRA, 2004; MENEZES, 2010).

O conceito de participação popular, definido por Valla (2000), engloba o descrito acima. O autor compreende tal conceito como conjunto de múltiplas ações exercidas por diferentes forças sociais sobre a formulação, fiscalização, execução e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social. Visa legitimar a política do Estado diante da população, possibilitando a abertura de espaço para disputa das entidades populares sobre os rumos dos investimentos públicos. Sua especificidade caracteriza-se pela participação social das classes populares, isto é, a parcela de 60 a 70% da população que sobrevive exclusivamente do trabalho diário e que depende, em grande parte, dos investimentos do Estado para poder reproduzir sua força de trabalho – educação, saúde, transporte, saneamento básico etc (VALLA, 2000).

No Brasil, a participação popular se deu de forma peculiar, segundo Côrtes (2009), uma vez que a disseminação dessas formas de participação atingiram as mais variadas áreas de políticas públicas, abarcando o chamado “ciclo da política” (planejamento, gestão, execução e avaliação de políticas) em todas as esferas de governo e níveis de gestão. Na área da saúde, tal disseminação ocorreu de forma precoce em relação às outras áreas, e o nível de envolvimento de atores estatais e sociais com o funcionamento dos mecanismos foi mais acentuado (CÔRTEZ, 2003).

Diante deste cenário, destaca-se a criação e garantia constitucional de novos instrumentos e espaços de participação popular como os Conselhos Gestores de Saúde. Tal mudança possibilitou um redesenho na organização institucional do Estado e com isso uma nova relação de forças sociais dada pela reorganização dos trabalhadores e movimentos sociais.

Importante ressaltar que a conformação de novos mecanismos de participação ou ainda a disseminação da participação por novas formas, por si só não são suficientes para assegurar o direcionamento e transformação destes efetivamente em estruturas de poder, partilha e construção de resistências.

Segundo Ferraz 2006:

O processo de esvaziamento dos espaços de participação popular evidencia uma concepção democrática restrita e elitista, em que se reforça a exclusão política dos movimentos e entidades representativas da sociedade civil (...) a privação da capacidade interventiva, o papel de contenção da participação e o consequente esvaziamento destes espaços se realizam em contextos de consolidação formal das instituições democráticas, de hegemonia do pensamento neoliberal e de ampla redução da capacidade interventiva do Estado (...) (FERRAZ, 2006, p. 64-65).

Segundo Dagnino (2002) os novos arranjos participativos causam perturbações no modo de tomada de decisão do Estado brasileiro, visto que sua existência instituiu uma tensão constante entre a permanência de traços característicos da nossa cultura política (como o autoritarismo, clientelismo e centralismo) e a possibilidade de superação ou redução de seus efeitos com a inclusão de organizações da sociedade civil no processo decisório.

Para além do descrito pelo autor, esses arranjos estão também submetidos aos interesses temporais dos governantes. Tal questão pode ser exemplificada pela publicação recente do Decreto nº 9759/19, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. O decreto ameaça a participação popular, historicamente conquistada, no “ciclo político” dos diversos níveis de gestão, através do ataque à manutenção dos espaços colegiados em meio ao discurso de desburocratização e contenção de gastos de um governo federal, caracterizado por seu perfil moralizante, conservador, neoliberal e de ataques aos direitos sociais.

Frente ao processo histórico e consolidação democrática no país, devemos reconhecer que as arenas de participação da sociedade civil ainda se constroem de forma limitada e frágil, entremeadas pelas disputas entre projetos políticos – que perduram desde o período da redemocratização e por uma cultura política elitista e autoritária. Se avaliarmos a conjuntura atual, isso se expressa de forma ainda mais relevante. Vivenciamos um governo que ameaça espaços de participação popular, disputando a hegemonia da sociedade civil, sob a ótica do capital para perpetuação da dominação e fortalecimento da burguesia. Além disso, se consolida fortemente sobre as bases dos “aparelhos coercitivos do Estado”, tendo como apoio político as forças armadas.

Diante deste cenário, coloca-se como condição fundamental para aprofundar o conhecimento da realidade e transformá-la, a “crítica real da racionalidade e historicidade dos

modos de pensar” (GRAMSCI, 1999, p. 111), em que as classes subalternas seriam capazes de produzir a contra-hegemonia.

A participação popular – sob a perspectiva do processo de luta democratizante – deve buscar a construção de estratégias de organização política capazes de abarcar as demandas da classe trabalhadora para disputa da hegemonia do Estado. A perpetuação da ordem e dominação burguesas nos distanciam cada vez mais da consolidação de uma democracia participativa, ainda que esta se dê sob o modelo capitalista. Para Fleury (2009), a associação contraditória do capitalismo e a democracia, que implica sobre avanços e recuos, nos permite confirmar que a radicalização desta é o caminho necessário, ainda que insuficiente, em busca do socialismo. Tal radicalização só é possível, segundo a autora, pela ruptura na condição de subordinação por meio da constituição de um sujeito político que questiona as relações de opressão e, assim, as transforma em antagonismos que movem sua ação política.

4.2. CAPÍTULO 2 – DEMOCRACIA & PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: UM RESGATE DE QUESTÕES A PARTIR DO PROCESSO DE REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Sophia Rosa Benedito

Quando os pacientes perderem a paciência

*Ninguém mais vai morrer na porta dos hospitais
Nenhum desrespeito será tolerado
Não existirão mais farmácias privadas
nem planos nem seguros
pois será proibido pagar por saúde
quando os pacientes perderem a paciência
[...]*

(BRONZATTO, 2013)

Após compreender a função do Estado nas sociedades capitalistas, apontar nossa defesa de Democracia e afirmar a Participação Popular como via imprescindível para elevar a consciência de classe e construir melhores condições de vida para a classe trabalhadora, nos propomos neste capítulo, a construir o referencial teórico dos temas “Democracia e Saúde”, “Reforma Sanitária Brasileira” (RSB) e “Participação Popular e Controle Social no SUS”. Entendemos que estes temas são bases fundamentais para localizar o contexto histórico e político no qual se insere a experiência de participação direta no SUS – uma Assembleia Popular na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

4.2.1. Saúde é Democracia?

É muito para eles [sociedade civil organizada] que quero dedicar essas palavras. [...]. Saúde não é simplesmente ausência de doença. [...]. Além da simples ausência de doença, saúde deve ser um bem estar físico, social, afetivo, e o que algumas pessoas têm defendido a ausência do medo (AROUCA, 1986).

Guerra fria. Anos 1960. Um mundo dividido entre potências capitalistas e socialistas. Sob a marca de instabilidades políticas resultantes desse enfrentamento, vários países da América Latina passariam por golpes de Estado, autoritarismo e regimes para a contenção dos pensamentos de “esquerda” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em plena década de 1970, o Brasil passava por um dos momentos mais difíceis de sua história – a ditadura empresarial-militar ocorrida entre 1964 e 1985. Num contexto de experiências estrangeiras de reformas de base – reformas agrária, tributária, urbana e sanitária, o Brasil presenciava, sob administração autoritária e militaresca, um grave período de recessão econômica após os efeitos parciais do “Milagre Econômico” (SCOREL, 2008).

A piora das condições de saúde acompanhava a piora das condições de vida de parte considerável da população brasileira, atingindo grupos sociais que até então não sofriam diretamente com as repercussões da ditadura (CEBES, 1979; ESCOREL, 2008). Em resposta a essa realidade, a ideia de participação popular no Brasil ganhou força nesse período, quando os movimentos populares deram corpo à luta em busca da redemocratização do país. Ao mesmo tempo, a saúde deixa de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada aos debates sobre democracia (CEBES, 1979; BRAVO, 2006).

O movimento pela democratização da saúde que tomou forma no Brasil possibilitou a formulação do projeto da RSB, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica, que empunhava a bandeira da democracia como carro-chefe das lutas (FLEURY, 1997).

Essa relação entre RSB e a democracia mostrou-se complexa, no sentido de apontar no interior do movimento sanitarista, uma formulação doutrinária que materializou na política pública, os ideais igualitários, além de constituir-se uma identidade política, com objetivos de dar cabo a uma transformação da gestão social e de uma reforma democrática do Estado, dentro dos limites constitucionais (FLEURY, 1997).

A existência da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi em si, um importante passo para a democratização no país, uma vez que foi a primeira que contou com a participação dos movimentos populares organizados para apontar diretrizes rumo à construção de um Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1986). Não à toa, “Saúde é Democracia” e “Democracia e Saúde” foram os motes dessa conferência. Conformaram-se ali, não somente transformações político-democráticas, mas da própria concepção de saúde (DANTAS, 2017). Um marco importante para o tema expressou-se nas palavras de Sergio Arouca (1986):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo (AROUCA, 1986).

Nesse sentido, destacamos também, o documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1979, expoente para a discussão da questão democrática na saúde. Denunciando a piora das condições de vida, e apontando a maior articulação dos movimentos sociais e sindicais perante a situação, o CEBES propôs a usuários e profissionais, a capilarização do diagnóstico situacional a nível local, e apresentou um projeto robusto de sua concepção de saúde democrática (CEBES, 1979).

Apesar do mote “consensual” de luta pela democracia no interior do movimento sanitário, utilizamos a formulação de Dantas (2017) para compreender a importância de distinguir, a partir da experiência da RSB, o sentido da democracia assumido por nós.

Ao se referenciar em Marx na passagem “O produto esconde o processo”, o autor supracitado discute que no interior do movimento sanitário, havia, a grosso modo, duas vias distintas para conceber o sentido de democracia. Se por um lado, havia a perspectiva de defesa de uma democracia como objetivo final, valor universal, descolada de uma estratégia de transformação radical dos modos de produção e reprodução da vida, por outro, havia a defesa da democracia como tática, como caminho metodologicamente imprescindível para um projeto socialista democrático de sociedade e de saúde. Como abordado no capítulo anterior, identificamos a segunda perspectiva como nosso horizonte.

Vinculada à luta contra o regime ditatorial, vivenciava-se, no mesmo período, a crise do Socialismo Real⁹, dotado de importantes desvios autoritários. O arranjo próprio dessa conjuntura culminou, no movimento sanitarista, no que André Dantas chama de antídoto e veneno, isto é, o reforço da ideia superficial da democracia com ares de unanimidade (DANTAS, 2017).

Se por um lado, a saúde coletiva abria-se, nos planos teóricos e práticos, à pluralidade de projetos, sendo esta a ordem esperada numa sociedade com valores democráticos, por outro, essa mesma pluralidade, se limitou a ficar circunscrita aos limites da democracia formal onde está inserida (ABRASCO, 1985; DANTAS, 2017).

Assim, pode-se localizar que do debate acerca da democracia e saúde, emerge também, elementos importantes para a compreensão sobre as disputas de projetos de reforma sanitária, e suas consequências para a composição dos espaços de participação no SUS.

4.2.2. A Reforma Sanitária Brasileira e questões vinculadas ao debate democrático

A RSB foi descrita por Paim (2007) como uma “ideia-proposta-projeto-movimento-processo”¹⁰, vinculada a um conjunto de conhecimentos e práticas sociais e políticas com a função de modificar a partir de uma reforma parcial, uma totalidade de questões essenciais para a melhoria das condições de vida da população.

⁹Socialismo real é o termo utilizado para caracterizar o modelo econômico e político que foi implantado na URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) e consolidado no governo de Josef Stalin (1924 a 1953). É chamado de socialismo real, pois foi colocado em prática em vários países.

¹⁰PAIM (2007) define Ideia como percepção, representação, pensamento inicial; Proposta como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; Projeto como conjunto de políticas articuladas; Movimento como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais; e Processo como conjunto de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas.

De acordo com Bravo (2006), a RSB foi fruto da organização idealizada e composta por trabalhadores da saúde representados por entidades que se dispunham a superar o corporativismo, defendendo o fortalecimento da saúde pública; o movimento sanitário, tendo o CEBES como veículo de formulação e difusão dos debates em torno da Saúde e Democracia; os partidos políticos de oposição, que começaram a apontar o tema em seus programas, sendo porta-vozes dos debates no Congresso; e os movimentos sociais urbanos, como os movimentos estudantil, sindical, popular e das Comunidades Eclesiais de Base, que realizaram articulação com outros setores da sociedade civil (BRAVO, 2006). Guardam-se aqui, as devidas proporções de maior peso político entre os intelectuais e acadêmicos do movimento sanitário, perante participação dos setores populares.

Ainda assim, Fleury (1997) afirmava que o projeto da RSB apontava para um modelo de democracia de base, voltada essencialmente para a formulação de uma utopia igualitária; a garantia da saúde como direito de todos; e a construção de um poder local baseado na gestão social democrática. Contudo, a realização deste modelo, segundo a mesma autora, não se efetivou por completo, apesar da elevação desta proposta a um projeto de *status* legal. Tampouco, mascarou as profundas desigualdades estruturais vivenciadas pela sociedade brasileira (FLEURY, 1997).

Além da disputa de projetos de saúde, imputada pelo conservadorismo da Federação Brasileira de Hospitais; o modernismo-privatista das Associações e Corporações médicas representantes do mercado; e pela lógica racionalizadora, protagonizada por parte do movimento sanitário em busca da “luta pela hegemonia”, divergências dentro do movimento da RSB impactaram na concretização plena do projeto (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Dantas (2017) contribui para esta reflexão, apoiando-se nas formulações de Fleury e Gallo e Nascimento, quando caracteriza duas grandes perspectivas possíveis de diferenças no interior do movimento sanitário.

- 1) Uma divergência sobre abrangência que luta pela agenda sanitária do movimento deveria assumir, se restrita ao próprio setor e a uma dimensão mais técnico-institucional ou se necessariamente, como parte de uma luta maior, pela redemocratização;
- 2) Uma diferença de fundo ideo-político, polarizada entre socialistas e social-democratas, sugeridas por Gallo e Nascimento (DANTAS, 2017, p.162).

Entendendo que, em suma, as duas perspectivas versam numa mesma direção, acreditamos que a definição entre os caminhos movimentalista e institucional discutidos por Sônia Fleury (1997) cumpre papel importante para desenvolver as questões que emergem daí.

A primeira questão que incluímos no seio deste debate, é a do chamado “Dilema Reformista”, discutido por Fleury (1997). A autora se refere a ele como uma tensão permanente do processo da RSB, oriundo da priorização de uma reforma baseada na ocupação estatal, podendo por um lado, viabilizar mudanças democratizantes pela via institucional, e por outro, “sacrificar uma base social e coalização de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo e da utopia” (FLEURY, 1997, p.14). Ou seja, a aposta na construção de uma “nova institucionalidade” e ampliação de consensos, provocam, por si só, tensões, fragmentações e dissensos, em caminhos contrários aos objetivados.

Os, até então, tênues limites da defesa democrática, nesse sentido, ganham maior diferenciação – implícitos os movimentos dialéticos não muito bem definidos, contrapõe-se o reformismo à luta de conteúdo mais radical.

De natureza similar, outra questão de importante compreensão para nosso arcabouço teórico, trata-se de um dos mais importantes entraves identificados pelas bases do projeto da reforma sanitária – o “fantasma da classe ausente”.

O termo que se refere à dificuldade do movimento sanitário em se articular com as massas populares foi discutido por Escorel (1987). Utilizamos as formulações da autora e também de Stotz (2019) e Dantas (2017; 2018) para problematizar tal fenômeno.

O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito ‘o fantasma da classe ‘ausente’ como elemento de controle do movimento’. Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletiva e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde (ESCOREL, 1987, p. 182).

Stotz (2019) discute que, possivelmente, a própria VIII Conferência Nacional de Saúde tenha sido o palco de origem para a reflexão da questão, sobretudo localizada na polêmica sobre a defesa da estatização imediata, defendida por setores integrantes do Movimento Popular da Saúde (MOPS) ou estatização progressiva do sistema de saúde, entendida como opção mais exequível por maior parte do movimento sanitário. As ditas “vias possíveis” para a institucionalização das formulações da RSB. Dantas (2017) e Stotz (2019) concordam que a opção pela via institucional foi crucial para a cisão do MOPS, e conseqüente enfraquecimento da participação popular do processo de RSB.

Dantas (2018) corrobora com as reflexões de Escorel quando afirma que a expressão do “Fantasma da classe ausente” pretende contribuir para a explicação sobre o distanciamento dos movimentos sociais, dos trabalhadores organizados e suas instituições representativas, das lutas setoriais na saúde. Diferentemente de Arouca, que afirmava que essa questão-expressão relacionava-se somente à uma limitação característica do movimento sanitário, e que por isso, se coloca em suspensão, a legitimidade das lutas do setor (ESCOREL, 1987).

O efeito deste “fantasma” pode ser identificado ainda hoje, como um desafio, sobretudo num contexto de “crise estratégica, teórica e organizativa da classe trabalhadora, fortalecimento do neoliberalismo e a reestruturação produtiva do capital” (DANTAS, 2018, p.147) todos eles, influenciando as bases para a concretização do SUS.

O direito à saúde foi institucionalizado em uma base legal e normativa, constando em Constituição Federal (CF88), Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8080/90), Legislações Estaduais/Municipais etc. A RSB, ao materializar, seus princípios e estratégias por essas vias, incorreu, segundo Fleury (1997), na sobrevalorização dos aspectos formais da democracia, que, ainda que essenciais, não foram suficientes para garantir a concomitância entre o mundo da norma legal e o mundo real. O SUS ainda não saiu completamente do papel.

Nesse sentido, a própria participação social, ou para nós, popular, conquistou espaços dentro do próprio Estado para fiscalizá-lo e disputá-lo. Conquistou os mecanismos de participação e controle social.

4.2.3. Participação Popular e controle social no SUS: Ainda precisamos avançar

A participação comunitária foi um tema essencial e contraditório para a construção do SUS. Por um lado, era questionada pelo movimento sanitário por conta de suas origens na medicina comunitária dos Estados Unidos, e ser incentivada por “recomendação” das agências internacionais, sobretudo, na América Latina. Por outro, experiências socialistas de conselhos, davam coerência para a necessária construção/fomento de mobilização popular em torno da agenda da saúde e das demais políticas sociais no país (PAIM, 2008; RIBEIRO, RAICHELIS, 2012).

A criação possível do SUS, trouxe a partir do arcabouço legal da CF88 (BRASIL, 1988), alguns mecanismos de garantia da participação comunitária no interior da política, avançando no sentido de criação dos conselhos paritários e deliberativos, em relação aos antigos conselhos consultivos e não-paritários, criados em algumas cidades brasileiras (ALBINO, 2018). Podemos observar em *grifo nosso*, essa garantia, vide artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - *participação da comunidade* (BRASIL, 1988).

Além de prevista na CF88, a participação da comunidade é um princípio do próprio SUS, consagrado na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e também, matéria específica da Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que versa:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: *I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.* § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos *com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes,* convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, *em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,* inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Além da condição dos Estados e Municípios garantirem a existência dos Conselhos de Saúde para receberem o financiamento constitucional, algumas localidades também desenvolveram mecanismos outros de participação e controle social, no sentido de capilarizar a direção por uma gestão participativa. O município do Rio de Janeiro (MRJ) é um exemplo, ao estruturar os Conselhos Distritais (Lei municipal nº 5104/2009), em nível de regiões de saúde, e os Colegiados Gestores Participativos, a nível local dos serviços de saúde, sobretudo, das unidades de APS.

A política de gestão da APS neste município baseou-se num processo chamado de Reforma nos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), iniciado em 2009, com a expansão da ESF. Além da mudança do modelo de atenção, tal reforma tratou de propor alterações na lógica organizacional e administrativa da APS. Apesar da importante descontinuidade de aposta na ESF pelas políticas do município, que será aprofundada no capítulo 5, no que diz respeito ao mecanismos de participação e de gestão participativa, pode-se enfatizar a direção normativa dos colegiados de gestão nas unidades de Saúde da Família, como a seguir:

Assunto: Colegiado Local Participativo das Unidades de Saúde da Família e PACS do Município do Rio de Janeiro

A presente Nota técnica visa comunicar aos profissionais da Estratégia de Saúde da família e às Coordenações de Área de Planejamento que:

[...]

Seguem, a seguir, as orientações para a formação do Colegiado Local Participativo:

1- A escolha dos integrantes pode se dar por eleição de forma que garanta a representatividade dos usuários e de todos os seguimentos que compõem a equipe de profissionais, de acordo com o perfil da unidade.

[...]

3- Quanto à metodologia, sugere-se a elaboração de plano de ação, visando sistematizar as ações de enfrentamento dos problemas. O importante é propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar as ações. É preciso evitar a reprodução de estrutura hierarquizada e autoritária nos moldes existentes em alguns conselhos e sim exercer o gerenciamento participativo e democrático (RIO DE JANEIRO, 2009, p.03).

A partir da normativa acima, e também da Carteira de Serviços da APS (2016), pode-se compreender que o Colegiado de Gestão Participativa, também conhecido como Colegiado Gestor (CG), tem por objetivo formar grupos que pensem a produção do cuidado, o trabalho e a gestão de forma democrática, por meio da participação popular, construindo uma agenda permanente de reflexões e propostas para a qualificação e o fortalecimento do SUS a partir das realidades locais (RIO DE JANEIRO, 2016).

Baseado neste objetivo, a Carteira de Serviços destrincha ainda, que “usuários, lideranças comunitárias, gestores, trabalhadores, e, quando pertinente, outros atores locais implicados com a produção do cuidado no território” podem ser participantes deste espaço (RIO DE JANEIRO, 2016).

Contudo, de acordo com pesquisa desenvolvida por Muñoz (2015), para trabalhadores e gestores, o CG tem como significado, ser uma instância de articulação entre lideranças comunitárias e os próprios gestores, onde se possa esclarecer e divulgar para a comunidade o que acontece no cotidiano da unidade de saúde. Este entendimento reforça a ideia do CG como instrumento de divulgação do serviço e de democracia liberal representativa.

Tal questão surge como reflexo da realidade dos espaços de participação e controle social. Apesar da grande quantidade de estudos sobre os espaços de participação comunitária no SUS, entendidos aqui como o controle e fiscalização da sociedade perante as políticas de saúde operadas pelo Estado, poucos versam sobre temas diferentes dos Conselhos e Conferências de saúde, instâncias com participação representativa e paritária entre sociedade civil (usuários), representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde.

Nesse sentido, a maior parte das análises sobre estes espaços, em geral, tecem elogios sobre a arquitetura participativa e ao seu potencial democratizante. Entretanto, desembocam, na sua questionável efetivação (Dantas, 2017).

De acordo com Nathália Albino (2018):

Ao mesmo tempo que os conselhos são espaços de representação e discussão entre diferentes propostas, podem ser espaços para preservar a gestão política que melhor atenda interesses particulares e/ou governamentais. O ambiente no qual foram legitimados os conselhos foi marcado por diferentes disputas políticas. De um lado,

as forças sociais progressistas que buscavam espaços comprometidos com a construção e gestão democrática das políticas públicas. Do outro lado, a pressão de forças sociais conservadoras que queriam um processo decisório unilateral, onde suas pautas tinham centralidade (ALBINO, 2018, p.113).

Além disso, Ferraz (2006) considera que, conselhos se constituem como arena para expressar demandas, tensões e denúncias, contudo, são utilizados também, como espaços de submissão política, cerceamento da participação, relações hierárquicas, clientelistas e autoritárias que levam ao esvaziamento desse espaço público e que se apresentam como entrave para o seu potencial democratizante.

Ao refletir sobre essa questão, retomamos o conceito de participação popular a partir de Valla (2000), que afirma que não só a participação [social, da sociedade], de forma genérica, dá conta de responder ao conjunto de desafios colocados para o fazer democrático nos espaços da saúde, mas garantir o protagonismo daqueles que, na disputa de projeto, são essenciais – as classes populares. A participação popular, neste contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias (VALLA, 2000).

E seguimos no mesmo sentido de aposta, quando Valla afirma que:

Justamente em virtude das contradições e limitações da democracia representativa no interior dos conselhos, é necessário reativar as vantagens da democracia direta ou participativa, fazendo com que os protestos dos usuários voltem a ocorrer nas ruas, em frente a hospitais e outras unidades de saúde, sem abrir mão dos espaços já conquistados pelos conselhos (VALLA, 2000, p. 264).

Atualmente, um dos elementos que evidencia tal questão é a existência de diversos movimentos sociais da saúde, que optaram por concentrar suas atuações dentro e fora dos espaços institucionais. Nas ruas, nas praças, e também, nos espaços colegiados de políticas públicas.

No sentido de contornar a ausência das classes populares nas agendas políticas do setor saúde, abrem-se desafios, sobretudo, relacionados ao “Triedro da Saúde Coletiva” – a produção de conhecimento socialmente referenciado, o fortalecimento da consciência sanitária e a organização do movimento, atualizado a altura que os obstáculos se colocam (FLEURY, 1987).

4.2.4. Aprender com o passado, agir no presente

Categoria do futuro, a possibilidade é uma necessidade ainda em potência. Quanto à realidade, categoria do presente, ela associa indissolivelmente necessidade e possibilidade. Esse presente é o tempo da política (BENSAÏD, 1999, p. 398).

Considerando o que foi abordado até aqui, pode-se afirmar que a participação popular não é a responsável por resolver todas as questões relacionadas ao acesso e ao controle dos

serviços de saúde (ACIOLI, 2005). Mas, a possibilidade de estar vivenciando e construindo experiências de participação, revela em ato, o fomento da prática política organizada. Uma experiência tática de radicalização de uma democracia adjetiva, participativa, popular.

Como afirmam Escorel e Arouca (2016), a democracia é um processo sem fim. Quanto mais se aprimora, modifica a organização e discute-se o papel dos diferentes espaços de participação popular no SUS, maiores serão as possibilidades para reconhecer seus limites, identificar as necessidades e, sobretudo, incentivar que diferentes setores das classes populares se apropriem dos espaços de organização política.

Nesse sentido, entendemos que o SUS é produto da luta dos trabalhadores, embora não tenham em maioria, empunhado a sua bandeira. A tomada de consciência, a apropriação do SUS pela população, o seu fazer cotidiano não só como usuário-paciente, mas como usuário-sujeito político, pode ser um caminho para que o SUS se torne de fato, um patrimônio da classe trabalhadora.

Para tanto, é necessário ir além da participação nos espaços tradicionais de controle social. Devemos buscar em experiências de resistência cotidiana dentro e fora do SUS, caminhos possíveis para o fortalecimento da cidadania e da radicalidade, para ir à raiz dos problemas que interferem na prática da democracia enquanto condição fundamental para se ter saúde e se transformar o mundo.

4.3. CAPÍTULO 3 – ASSEMBLEIA E CIDADANIA: CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE MENTAL PARA A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Sofia Camargo Collet

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]

*Não haverá mais abismos nem hierarquias
Nem gritos nem silêncios nem prisões nem indiferenças
Os pacientes é que serão os deuses
Quando perderem a paciência*

[...]

(BRONZATTO, 2013)

Após nos localizarmos na conceituação de democracia e de nos debruçarmos sobre a RSB, este capítulo tem por objetivo tratar mais especificamente a Saúde Mental, entendendo que esta traz contribuições importantes para o tema da participação popular. A que mais nos interessa é referente aos espaços instituídos de participação popular nos serviços.

Como dito anteriormente, existem espaços de participação comunitária previstos por lei na APS, assim cada unidade teria o seu próprio conselho local¹¹, cuja participação dos membros (população, técnicos e gestores) é por representação.

Pensando na crise da democracia representativa, que também permeia estes espaços micropolíticos, nos debruçamos sobre um dispositivo vigente nos CAPS: a realização de Assembleias Populares. Nas assembleias, todos os usuários, trabalhadoras, familiares e comunidade são convidados a pensar o serviço e as práticas. É, portanto, um espaço de participação popular direta.

As assembleias são previstas pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (Brasil, 2011).

¹¹ O Conselho Local de Saúde é um espaço possível de ser instituído em uma unidade de serviço reunindo lideranças, trabalhadoras, gestão e demais atores da comunidade. Ele deve ter composição paritária (50% população, 25% gestão e 25% trabalhadoras) e tem poder deliberativo. São equivalentes aos “Colegiados Gestores” no município do Rio de Janeiro. Estão de acordo com a lei 8142/90. (BRASIL, 1990)

A institucionalização nos serviços do dispositivo assembleia é uma vitória do Movimento da Luta Antimanicomial, que conta, desde sua gênese, com a participação de familiares e usuários.

Como os demais serviços, os CAPS são uma conquista dos movimentos sociais e dos trabalhadores de saúde, que culminou no nascimento do SUS. Entretanto, é passível de observação que desde os anos 1970, houve tensões e alianças entre a RSB e a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que contribuíram para o que os serviços se constituam como são hoje.

Temos, então, duas tarefas neste capítulo: resgatar o histórico do dispositivo assembleia nos serviços de Saúde Mental (que integram a RAPS) no processo da RPB; e as vicissitudes do movimento da Reforma Psiquiátrica em relação à Sanitária. Com isto, podemos pensar nas contribuições que o campo da Saúde Mental pode nos trazer para enriquecer a intervenção e o nosso fazer Saúde da Família cotidiano.

4.3.1. Reforma Psiquiátrica e Assembleias na Saúde Mental

Na tentativa de explicar o que foi a RPB, é preciso resgatar o que havia antes do SUS e quais eram os tratamentos possíveis para pessoas em sofrimento mental grave naquela época. Pensando em um contexto mundial, o principal manejo em relação ao sofrimento mental grave, desde o século XVIII até a segunda metade do século XX, foi a exclusão, o lugar da loucura era o hospital psiquiátrico – o manicômio.

Foi apenas após a Segunda Guerra Mundial, em meados da década de 1940, que houve um questionamento em relação a este tipo de tratamento, surgido primeiramente na Europa: “Com a guerra os europeus conheceram o horror dos campos de concentração, e começaram a perceber que entre estes e os hospícios praticamente não havia diferenças” (LANCETTI&AMARANTE, 2012, p. 666). Houveram vários movimentos importantes acontecendo como, por exemplo, na França, Estados Unidos e Itália. A principal experiência que influenciou diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Italiana.

A experiência francesa é protagonizada pelo psiquiatra François Tosquelles, que trouxe ao hospital *Saint-Alban* (no Sul da França) o que ficou conhecido como Psicoterapia Institucional. Tosquelles propôs a noção de acolhimento, da equipe como suporte e referência dos internos. Foi criado também um coletivo formado por usuários e técnicos com o objetivo de realizar eventos, passeios, feiras de artesanato produzida pelos internos, entre outros. A grande crítica a essa experiência diz respeito às suas limitações em transformar apenas o

espaço asilar, não pensando na função social da psiquiatria ou da relação dos hospitais com a sociedade e a loucura no cotidiano (AMARANTE, 2007).

Posteriormente, surgiram a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, na França e nos Estados Unidos, respectivamente. Ambas não acreditavam na eficiência do espaço hospitalar e ocorreram na mesma época (final dos anos 1950 e início dos 1960). A Psiquiatria de Setor vem em resposta às críticas à Psicoterapia Institucional. Aqui são construídos os primeiros Centros de Saúde Mental (CSMs), que eram organizados no território de acordo com a distribuição da população, para poder acompanhar os pacientes que tiveram alta hospitalar. Assim, se construiu uma nova organização no hospital. Dividiram os pacientes por alas para que, ao saírem, cada um fosse acompanhado pela mesma equipe multiprofissional e convivesse com outros internos da mesma região, criando laços. Porém ainda havia uma forte relação entre os CSMs e os Hospitais Psiquiátricos: os CSMs encaminhavam ativamente para os Hospitais Psiquiátricos os casos de pacientes que possuíam critério para internação.

Já a Psiquiatria Preventiva surge com intuito não apenas de prevenir as doenças mentais, mas de promover a Saúde Mental. Eram propostas intervenções de nível primário e secundário, para tentar prevenir possíveis transtornos. Ter uma crise não seria sinônimo de desenvolver um transtorno mental, mas poderia acarretar no desenvolvimento de um. Com esta ideia preventivista, cresce a demanda para criação de serviços extra hospitalares, ambulatoriais, que reduziriam os casos de internação e o tempo do paciente no hospital. Neste contexto começa-se a empregar o termo “desinstitucionalização”, utilizado no sentido literal de sair da instituição hospitalar (AMARANTE, 2007).

A principal crítica referente a estas duas iniciativas é a de que em ambas propostas o hospital ocupa um lugar privilegiado de tratamento. Houve, no entanto, algumas contribuições como a perspectiva do trabalho comunitário e a ideia da promoção em Saúde Mental (LANCETTI & AMARANTE, 2012).

A experiência mais radical de superação do hospital psiquiátrico foi protagonizada por Franco Basaglia e aconteceu na Itália a partir dos anos 1970, sendo esta a experiência que vai inspirar a RPB. Basaglia considerava que era necessário superar a estrutura manicomial, não apenas o ambiente asilar, mas também os saberes ligados a ela que excluem o louco, bem como a construção social do que é loucura. A partir disso, se formula uma prática nova, que é instaurada em Trieste (1971), norte da Itália, e se inscreve na desconstrução do aparato manicomial.

Os manicômios foram fechados e criaram-se serviços de base territorial para acolher os transtornos mentais, quebrando o ciclo de internamento daqueles considerados doentes

mentais. Além da perspectiva objetiva de criação de novos serviços e de mudança de legislação (Lei 180)¹² o que Basaglia fez foi uma revolução no jeito de se olhar e cuidar do sofrimento psíquico, reinventando formas de lidar com a loucura: quebrando preconceitos e colocando a “desrazão” num lugar de tolerância e convívio (GOULART, 2007).

4.3.2. A experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica

O tratamento desumanizado e a exclusão em hospitais psiquiátricos também foram uma triste realidade para os loucos no Brasil. São inúmeros exemplos, e todas as grandes capitais possuíam algum manicômio. No anos 1960 inclusive, e nos anos 1970 e 1980 mais fortemente, os hospitais financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) se tornaram um negócio lucrativo, mesmo com seu alto índice de iatrogenia (ao invés de tratar o sofrimento mental, acabavam por agravá-lo). Havia muitos pacientes, poucos funcionários, péssimas condições sanitárias e também a negação da cidadania aos internados, que não eram vistos como gente (AMARANTE *et al*, 2010).

A partir da CF88 e da construção do SUS, houve a regulamentação dos hospitais psiquiátricos, estes começaram a ser gerenciados pelo Estado e deixaram de ter como objetivo a geração de lucro. Mesmo com a regulamentação, manteve-se a crítica a esta instituição por seu viés ideológico, político e, principalmente, prático. Assim, em 1989, estavam dadas as condições para uma mudança efetiva na história da Saúde Mental Brasileira (LANCETTI&AMARANTE, 2012). Comparada aos primeiros movimentos internacionais da Reforma Psiquiátrica, a brasileira aconteceu tardiamente.

Aqui, nos debruçaremos sobre a experiência na cidade de Santos (litoral do Estado de São Paulo), berço da RPB, uma vez que foi a primeira experiência no país de desmonte e fechamento de um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta (1989). A intervenção foi motivada por denúncias anônimas de maus-tratos e até mesmo mortes violentas na instituição, noticiadas no jornal local (KINOSHITA, 2009).

Em 1989 o movimento da Saúde Mental se potencializa em Santos, cidade até então desorganizada no que diz respeito às políticas públicas de assistência à saúde da população. A partir de então, o município se compromete com a luta pelo SUS. Buscando a

¹² A Lei 180, também conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, foi aprovada em 1978 na Itália e previa mudanças inéditas para a época, tais quais: a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto ao portador de enfermidade mental. Esta lei inspirou o Brasil em elaborar a lei n ° 10216/01, em 2001, que versa sobre os direitos das pessoas em sofrimento mental (GOULART, 2008).

descentralização e a intersetorialidade, David Capistrano, que era responsável pela Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (SEHIG), trouxe a iniciativa, sobretudo na Saúde Mental, de uma política “em defesa da vida”, com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (instituição privada que prestava serviços ao governo federal), decretada pela Prefeita Telma de Souza. (L’ABATTE; LUZIO, 2006).

A instituição passou a ser coordenada pelo psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita. Abriram-se as portas dos manicômios para novos profissionais cuidarem dos pacientes; abriram as celas fortes (equivalente à uma solitária); proibiram o eletrochoque; iniciaram-se ações para recuperar a identidade de cada paciente ali e procurar suas famílias; proibiram qualquer violência contra eles ou isolamento; além disso, deixaram a circulação livre dentro do hospital (KINOSHITA, 1997). De início, a experiência assustou trabalhadores e moradores da cidade, que tinham medo dos pacientes. Havia dúvidas. Desde o princípio, a intenção não era reformar e readequar o hospital, mas superá-lo. Realizaram atividades externas, para incluir os pacientes na cidade, e também promoveram eventos dentro do próprio hospital, aproximando a comunidade da loucura.

Neste processo intenso de transformação, surge aqui o dispositivo da Assembleia como principal forma de organização do cotidiano:

Naquela mesma noite todos os pacientes que se encontravam isolados foram liberados e, enquanto eram reavaliados e cuidados, as portas das celas fortes todas foram arrancadas dos batentes. Ato que indicou desde o princípio o início de uma nova ordem (...) Na manhã seguinte, a primeira assembleia com a participação de todos os pacientes da ala masculina (...) Anúncio das novas regras: não à violência, sim à participação e ao diálogo, ao debate! Assembleia na ala feminina: as pacientes clamavam pela prefeita Telma de Souza, “Você veio nos libertar!”. Assembleia com todos os funcionários: não à violência, sim à participação, sim ao debate e à divergência, não à sabotagem... Assembleia diária de todos no hospital (KINOSHITA, 2009, p.4).

Como Kinoshita (2009) defende, as Assembleias não eram um recurso terapêutico, mas espaços de enfrentamentos e discussões sobre a própria política interna do hospital psiquiátrico, no qual a regra era que ninguém fosse excluído. Desta forma, não havia nenhum critério para participação: profissionais, funcionários de todos os setores, pacientes e familiares estavam envolvidos. A Assembleia não se dava como um espaço de deliberação formal, mas como exercício de participação e corresponsabilização na formação de combinados. Os combinados, as “normas transitórias”, eram acordadas até a Assembleia do dia seguinte. Ou seja, foi pelo convívio e pelo diálogo que a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pode ter seu sucesso (KINOSHITA, 2009).

Aos poucos, as alas da instituição foram reorganizadas de acordo com cada região da cidade e criaram-se serviços substitutivos aos hospitais, inseridos na comunidade. Em Santos, denominaram-se NAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial, que posteriormente dariam origem aos CAPS.

Além dos NAPS, no período que vai de 1989 até 1996, se instituiu em Santos uma rede de Atenção à Saúde Mental, que era composta por: Núcleos de Atenção Psicossocial, Unidade de Reabilitação Psicossocial, Centro de Convivência, “Lar Abrigado” (precursor das residências terapêuticas), Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes (equivalentes aos CAPS-AD) e serviço de Urgência nos Prontos-Socorros Municipais (L’ABATTE; LUZIO, 2006). O principal objetivo desta rede era dar autonomia aos usuários, lhes oferecendo oportunidades para responsabilização de sua própria vida e reinserção social.

Os CAPSs foram criados oficialmente pelo Ministério da Saúde pela portaria 224 de 1992 e atualmente são regulamentados pela portaria 3.088 de 2011, comentada no início do capítulo. As assembleias são uma herança da RPB e estão previstas para os CAPS, definidas pelo Manual, produzido pelo Ministério da Saúde, nomeado “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”:

A assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004, p. 17).

Os processos da RPB e construção do SUS, que culminaram na criação da RAPS, foram marcados por disputas de poder e tensões, que serão detalhadas a seguir.

4.3.3. As vicissitudes entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária

Pensando no Brasil de forma ampla, os primeiros movimentos para colocar “em cheque” o modelo da Psiquiatria Clássica, aconteceram no contexto da reabertura democrática, pós-milagre econômico brasileiro, no fim da década de 1970. É com o iminente fim do governo autoritário que a participação popular na política é reorganizada: assim ressurgem partidos, sindicatos, entidades, que deram voz às pessoas para mudar a estrutura e reivindicar melhorias em serviços públicos (GOULART, 2007).

A trajetória da RPB pode ser dividida em três períodos distintos. O primeiro se constrói quando os ideais antimanicomiais chegam ao Brasil e são disparados entre os

trabalhadores de saúde, culminando no início do movimento. O segundo tem sua conformação quando a RPB se atrela à RSB no início dos anos 1980. Já o terceiro momento, quando há um afastamento do movimento da RSB e a RPB começa a trajetória da desinstitucionalização, iniciada após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987.

No primeiro momento, temos o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) de maneira fortalecida e ampliada. No final de 1978, trabalhadores realizaram denúncias de violências institucionais alarmantes em quatro hospitais cariocas da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Ministério da Saúde. Conhecido como “crise da DINSAM”, este acontecimento impulsionou que o MTSM, antes restrito a poucos núcleos, se ampliasse em âmbito nacional (AMARANTE *et al*, 2010).

Portanto, é importante destacar que o processo de questionamento dos manicômios foi protagonizado pelos próprios trabalhadores. Inclusive, houve uma aposta na não institucionalização do MTSM: não foi regulamentado para não correr o risco de burocratizar-se. Sem sua instituição formal, foi possível a abertura para outras contribuições, como a participação universitária, das famílias, e é claro, dos próprios usuários dos serviços.

A partir dos anos 1980, no contexto de transição entre o INAMPS e o SUS, havia uma semelhança nas lutas das instituições de saúde: a democratização dos processos. Existia a esperança de que quando acabasse o regime autoritário, o Estado se modernizaria e se comprometeria com as políticas sociais. Neste momento, era necessária a unificação do movimento da RPB e da RSB, uma vez que ambas visavam um mesmo objetivo maior: a construção de um Sistema de Saúde Público e Universal.

Em 1987, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, que se constitui como momento de afastamento do movimento da RSB. A recomendação mais importante desta primeira conferência foi a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível de decisão das políticas de Saúde Mental. Esta diretriz foi formalizada na Lei nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, *com a devida participação da sociedade e da família*, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, grifos nossos).

Para explicar a ruptura em 1987 entre os movimentos, Amarante *et al* (2010) traz três fatores possíveis. O primeiro, é de que o movimento da RPB sempre mantém no horizonte o

debate da institucionalização da doença e de seu sujeito, quanto que no movimento sanitário haveria uma perda desta problematização. Não se questionaria a normatização das populações ou os dispositivos de controle que a própria medicina traria como instituição social.

O segundo fator é de que na tradição sanitarista, o sujeito em sofrimento e a relação profissional e usuário não são o foco do debate, concentrando-se no planejamento em saúde. “Os planos sanitaristas não conseguem transformar o papel de burocratas da saúde, ou de funcionários do consenso, como insistia Basaglia (utilizando a ideia de Gramsci)” (AMARANTE *et al*, 2010, p. 94). Além disso, por mais que os planos sanitaristas permitam a implantação de outros saberes (como fitoterapia, por exemplo), eles não consideram outros saberes que não foram originados do positivismo médico, havendo uma hegemonia do conhecimento biomédico na própria RSB.

O terceiro e último fator, seria de que a tradição sanitarista teria tendências a tratar apenas de maneira estrutural a transformação dos processos, por meio de grandes políticas de saúde. Assim, para uma pessoa ter cuidado e ser acolhida, seria necessário mudar a política e não a prática em ato. A aposta nesta terceira fase do movimento da RPB é justamente o contrário: desconstruir no cotidiano as práticas vigentes, afastar-se daquilo que se restringe à psiquiatria e construir novas possibilidades de se viver a loucura (AMARANTE *et al*, 2010).

No entanto, mesmo levando em conta estes fatores, é preciso reconhecer que a estratégia sanitarista permitiu institucionalizar novas práticas e colocar nos cargos de gestão trabalhadores comprometidos com os movimentos sociais. Por ser um momento de grandes mudanças, se apropriar da administração e da burocracia era uma prioridade para instituir novas estratégias nas políticas públicas, destacando-se, assim, a medicina preventiva como tática para a área da saúde (COLLET, 2016, p. 13).

4.3.4. Contribuições da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica para o fazer Saúde da Família

Enquanto contribuição da RPB, podemos emprestarmos-nos do conceito de cidadania como norteador do cuidado em saúde: o usuário é antes de tudo um cidadão, tem direitos, desejos, vontades, um contexto familiar, hábitos e sua própria história. “Quando se trabalha no território é preciso praticar a democracia psíquica, conhecer a cultura e conversar com as pessoas e seus interlocutores invisíveis” (LANCETTI & AMARANTE, 2012, p. 676). Assim, ao nos aproximarmos dos usuários para além de seus problemas de saúde, também criamos

vínculo destas com as trabalhadoras e o serviço, o que pode potencializar a apropriação do usuário com os próprios processos de cuidado e fluxos da unidade de Saúde.

Podemos considerar uma segunda contribuição, a da horizontalidade entre técnicos e população: nenhum saber é mais ou menos importante. Para tal, é necessário um exercício contínuo de se problematizar os poderes e as tensões colocadas nos serviços.

Para finalizar, acreditamos que o maior aprendizado com a Saúde Mental é o da construção coletiva cotidiana. A RPB – diferente da RSB – foi construída pelos usuários e famílias em conjunto com os trabalhadores desde seu início: no desmonte do hospital psiquiátrico, na elaboração da política de saúde mental, nas conferências, no cotidiano dos CAPS. E ainda hoje, é priorizada a participação destes atores no Movimento da Luta Antimanicomial, nas Assembleias e nos próprios processos de cuidado dos serviços CAPS a partir do conceito de autonomia.

Autonomia aqui é entendida como autonomia relativa: amplificação do modo de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, que conta com “o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida” (CAMPOS, 2011, p. 852). Fortalecer a autonomia de um usuário ou trabalhador é fortalecer também sua rede e a maneira como este conta com ela. Assim, as Assembleias Populares são um dispositivo do cotidiano para fortalecer a autonomia dos usuários e dos trabalhadores, por aumentarem o grau de compreensão sobre o que ali acontece e poder pensar novos arranjos.

Em conclusão, a partir da experiência da RPB, foi possível apontar pistas para fortalecer a participação popular na APS. A inclusão da cidadania, da noção de autonomia e da horizontalidade, se mostra como potencializadora para a produção compartilhada do cuidado em saúde.

5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa-ação em saúde, um tipo de pesquisa social de base empírica. Fornece aos pesquisadores e grupos sociais envolvidos em uma determinada situação e/ou problema, a capacidade de responder com maior eficiência as questões que vivenciam, de forma cooperativa e participativa, através de estratégias de pesquisa e ação (teoria e prática) que transformem sua realidade (KOERICH *et. al.*, 2009).

Esse tipo de pesquisa também permite associar a possibilidade de aprendizagem ao processo de investigação, através de consciência crítica, tanto do pesquisador como dos demais integrantes. Além de construir um processo emancipatório, ampliando as perspectivas da transformação e da intervenção (KOERICH *et al.*, 2009; SORATTO *et al.*, 2010).

Desse modo, utilizamos o dispositivo de projeto de intervenção para desenvolver a pesquisa, como base para construção de um planejamento local em saúde. Na Saúde da Família, o planejamento é um processo dinâmico, que demanda o pensar estratégico e o agir democrático, a fim de buscar ações cada vez mais próximas da realidade local e de apoiar a viabilização de políticas públicas (ABRAHÃO, 2007).

Assim, a presente intervenção busca construir o processo de implementação de uma Assembleia Popular na CFADS. Neste estudo, compreendemos a CFADS não só como uma Unidade de Saúde da Família, mas como um lugar que reflete a complexidade das relações sociais, culturais e econômicas presentes no território.

O serviço é composto por oito equipes de saúde da família (eSF), sendo uma delas, a de Consultório na Rua (CnaR), que atende toda a população em situação de rua da Área Programática (AP) 3.2. Possui ainda, três equipes de saúde bucal (eSB) e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrada por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e profissional de educação física (vinculado a Academia Carioca). Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a CF possui 103 trabalhadoras e atende uma população de aproximadamente 28.000 pessoas. Ressaltamos que ao longo do texto, o uso do termo “trabalhadoras”, no feminino, é uma escolha política, uma vez que o setor saúde é composto majoritariamente por mulheres.

Os participantes da intervenção foram usuários adscritos na Clínica, trabalhadoras da CFADS, residentes multiprofissionais e demais atores sociais do Jacarezinho, entendidos como integrantes de serviços e organizações sociais relativas ao território, como trabalhadoras da rede socioassistencial, Conselho Distrital, associação de moradores e lideranças da comunidade.

De acordo com Koerich *et al* (2009), o planejamento da pesquisa-ação se dá a partir de momentos circulares, flexíveis e de ação reflexiva. Thiollent (1997) sintetiza as etapas para a execução deste tipo de pesquisa em: I) Fase exploratória; II) Fase principal ou Planejamento; III) Fase de ação e IV) Fase de avaliação.

A fase exploratória consiste na obtenção de informações significativas para elaboração do projeto. Sob este aspecto, a partir da nossa inserção enquanto Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família no serviço, realizamos um Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) (2018), com o objetivo de iniciar a vinculação e territorialização no Jacarezinho. Nele, destacamos a necessidade de articular estratégias para fomentar a participação social e de propor ações conjuntas com os atores sociais da comunidade como ações prioritárias.

Nesse mesmo sentido, realizamos revisão de literatura sobre Democracia, Participação popular no SUS e experiências de Assembleias na Saúde Mental. A partir da identificação das demandas do DSP e do referencial teórico, surgiram as primeiras bases para a construção do projeto de intervenção, sendo sua elaboração baseada conforme descreve Abrahão (2007).

A eleição do tema de pesquisa se confirmou a partir de reuniões de articulação com a gestão local e com trabalhadoras, no sentido de validar a participação popular como uma questão relevante para o serviço.

Assim, identificamos a situação-problema como “Incipiente participação popular e organização coletiva de usuários e trabalhadoras na gestão da CFADS”, tendo como causas críticas, a mobilização social incipiente envolvendo usuários e trabalhadoras no contexto da ESF na CFADS; a falta de um espaço instituído que promova organização popular e coletiva entre usuários e trabalhadoras da CFADS; e falta de acesso à informação quanto aos direitos sociais e a saúde da população.

No que tange a Fase de Planejamento, Thiollent (1997) descreve que após obter um diagnóstico sobre a realidade com envolvimento de todos os atores, é possível realizar um processamento de informações que preparem o plano de ação.

Desta forma, para a preparação da Assembleia Popular, visitamos um CAPS que realiza uma Assembleia Comunitária para entender como o espaço se estrutura. Além disso, construímos uma oficina de educação permanente para as trabalhadoras da CFADS, com o intuito de compreender qual é a concepção de participação popular que os mesmos possuem, bem como sensibilizá-los para a temática.

A partir das atividades mencionadas, iniciamos o processo de modelização da intervenção, conforme Romeiro (2013), elencando uma lista de recursos, atividades, prazos,

responsáveis, produtos, resultados esperados e a longo prazo. Neste processo também incluímos a elaboração de indicadores e metas de implementação da Assembleia, que serão aprofundados no capítulo de Monitoramento e Avaliação (M&A).

Em relação à Fase de Ação, como o próprio nome relata, diz respeito à implementação das ideias e ações propostas. Nesta, identificamos a execução das etapas para a construção em si da Assembleia Popular.

Entre as atividades descritas, destacamos a elaboração compartilhada dos materiais de divulgação junto a usuários e trabalhadoras, distribuídos em consultas, salas de espera, reuniões de equipes, atividades coletivas e no território. Além disso, foram realizadas conversas de articulação com atores sociais e atas e listas de presença das Assembleias.

Quanto à Assembleia Popular, esta possui frequência mensal, acontecendo em uma terça-feira do mês, entre 15h30 e 17h, horário protegido para encontro entre todas as trabalhadoras. Os participantes se organizam em roda e a eles é disponibilizada uma lista de presença. A mediadora da vez inicia o encontro falando sobre a dinâmica do espaço: a fala e a proposição de pautas são abertas para todos. O mecanismo de organização das contribuições é um bastão da palavra, entregue à pessoa que deseja falar, com o objetivo de que todas as intervenções possam ter a atenção do coletivo.

Por fim, na fase avaliativa, temos o objetivo de verificar os resultados da intervenção a curto e médio prazo, de forma contextualizada, e extrair os ensinamentos que serão úteis para continuar a experiência e aplicá-la em outros espaços.

Aqui realizamos a apreciação da implementação da intervenção, com base no modelo teórico e operacional de avaliação, no qual identificamos a pergunta avaliativa, os fatores contextuais, os *stakeholders*, as dimensões e subdimensões a serem avaliadas e os indicadores e metas relacionados a elas (HARTZ et al., 1997).

Além disso, a partir dos diários reflexivos¹³ (DR), relatoria da oficina de educação permanente, relato de experiência da Assembleia no CAPS Neusa Santos Souza, dados sociodemográficos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS AB) e atas e lista de presença das Assembleias, construímos os capítulos embasados metodologicamente pela

¹³O Diário Reflexivo se constitui como um conjunto de anotações entregues mensalmente à coordenação do Programa de Residência contendo registros diários das residentes sobre suas vivências, impressões, reflexões do percurso da aprendizagem profissional e a articulação com os referenciais teóricos e práticos. Tem se tornado um valioso instrumento da própria gestão educacional da formação em saúde. Parte da compreensão que o trabalho em saúde é um espaço de aprendizagem onde “o produto é indissociável do processo que o produz; e é a própria realização da atividade” (PIRES, p. 85, 2000). Também tem o objetivo de contribuir para a percepção do processo trabalho como um espaço de produção/construção de conhecimento e como instrumento capaz de avaliar o desenvolvimento de competências que extrapolem o cognitivo (saber/ conhecimento e habilidades intelectuais) e o psicomotor (habilidades motoras e manuais) e que incorporem as afetivas (valores e atitudes).

observação participante. A mesma contribui com a pesquisa em questão na medida em que proporciona uma visão ampla da realidade, resultado da interação das pesquisadoras com o meio (QUEIROZ *et al*, 2007).

6. CONTEXTUALIZANDO A INTERVENÇÃO

6.1. CAPÍTULO 4 - *COMUNIDADE VALENTE*¹⁴: UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA

Viviane Liria Costa de Souza

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]
*Não existirão propagandas de remédios nem de alimentos
 Será tamanha a clareza do cidadão sobre seu corpo
 Que a palavra prescrição será abolida do dicionário
 Todo e qualquer tratamento será decidido em conjunto
 Quando os pacientes perderem a paciência*
 [...]
 (BRONZATTO, 2013)

Aprofundando-nos no objeto deste trabalho, passamos, a partir de agora, a discorrer sobre as realidades que se entrelaçam às teorias, histórias e autores que ajudaram a fomentar a proposta de implementação de uma Assembleia Popular permanente na CFADS. Neste capítulo retomaremos alguns aspectos do histórico de participação popular na comunidade do Jacarezinho. Essa caracterização foi um esforço de resgate elaborado por nós a partir da experiência da residência. Construiremos uma linha do tempo que se inicia com as primeiras construções habitacionais e chegando às iniciativas de participação popular na CFADS, culminando na proposta da Assembleia Popular e as etapas que antecederam sua construção.

6.1.1. Um olhar sobre o Jacarezinho

“Comunidade Valente” foi o nome dado ao Jacarezinho pelo enredo da sua escola de samba, no carnaval de 2017. O título remete ao seu histórico de luta e resistência que permeiam os cotidianos de seus moradores desde sua origem até os dias de hoje. Parte dessa história – o que foi possível traduzir – foi resgatada por nós residentes na construção do Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) em 2018.

A valentia das pessoas do Jacarezinho, de seus filhos e netos, é o pilar que sustenta e conduz sua existência. Desde as primeiras moradias às margens da linha férrea, a persistência é marca registrada daquele lugar e daquelas pessoas. Contra as agruras da sociedade, havia

14 JACAREZINHO, GRES. **O dia em que o jacaré comeu a noite**. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <<http://www.apoteose.com/carnaval-2017/unidos-do-jacarezinho/samba-enredo/>> Acesso em 05/02/2020.

sua capacidade de se reconstruir, reinventar, resistir e reorganizar, nos lembrando que a união popular é maior e mais contundente que a truculência e a marginalização que se impõe aos socialmente excluídos. Assim, o Jacarezinho se estruturou pela força da resistência. Ontem contra as demolições por tratores, hoje contra a devastação da “guerra ao tráfico”, o Jacarezinho segue resistindo e produzindo história e vida.

Desde os meados do século XX alguns moradores se destacaram enquanto lideranças e aos poucos foram legalizando as ruas e moradias do bairro, reunindo-se em mutirões para construir coletivamente as estruturas necessárias para o progresso e o crescimento da região (OLIVEIRA, 2019). Dessa forma, surgiu a Associação Pró Melhoramento do Jacarezinho e, anos depois, a Associação de Moradores (OLIVEIRA, 2019), entre outras entidades de representação política e social da comunidade. Como relatam os moradores, se as lideranças tiveram papel importante no processo de consolidação do Jacarezinho enquanto comunidade, estas, ao longo da história, foram se aproximando de um caráter político-partidário.

Vale destacar, enquanto força política, a XXIII Região Administrativa (RA), entidade pública, representante da prefeitura, que marcou a desvinculação do Jacarezinho do Bairro Jacaré. A instalação de uma RA no território, que hoje se localiza ao lado da CFADS, colaborou para o desenho político atual, pois representou um pólo de poder e influência no território.

Os protagonistas que foram surgindo provocaram uma segmentação do poder e, com isso, a dificuldade de acordo entre diversos interesses. Em sua memória, carrega forte presença de lideranças políticas, herança de sua origem que abrigou filiados do Partido Comunista do Brasil e outros grupos de resistência, nos anos de ditadura (OLIVEIRA, 2019).

Para Velloso (2012):

O morador traz justamente o relato de que na época da ditadura, quando a esquerda procurava se refugiar no Jacarezinho, o tráfico se articula e cresce no território, constituindo o Comando Vermelho. Desde os anos 1980 o tráfico se colocou como presença forte. Contudo, é a partir dos anos 2000 que há um intenso crescimento dessa atividade, de maneira que a comunidade começou a ser estigmatizada, principalmente pela mídia, que insiste até hoje em apresentar somente este aspecto da comunidade, ignorando o potencial e a história de seus moradores (VELLOSO, 2012).

O Jacarezinho cresceu e ganhou visibilidade. É uma comunidade localizada entre as principais vias de acesso do Rio de Janeiro, com transporte rápido para a zona sul e o centro da cidade. Esses e outros fatores tornaram o Jacarezinho um importante foco de exploração da mídia e, com isso, projetando politicamente os líderes que lá se destacavam.

O crescimento político incitou conflitos de interesse enfraquecendo o caráter comunitário das lideranças e também sua efetividade nas ações em prol dos moradores.

A exploração midiática trouxe também os olhares das políticas de combate ao tráfico de drogas instituídas pelo poder público, que decidiu instalar a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), em 2012 com a proposta de reduzir a violência imposta pela presença do tráfico.

Instituiu-se aqui um marco reflexivo acerca das extravagâncias determinadas pelo biopoder, através dos sistemas de dominação, renovando históricos privilégios e produzindo morte e sofrimento a uma fração da sociedade claramente recortada e delineada por critérios finamente sintonizados com os lucros e as atenções da classe social inversa a dos que morrem nas incursões policiais onde desvela-se a necropolítica, na qual o Estado vem se sustentando. Essa necropolítica, conforme abordada por Mbembe (2016), coloca a prova um Estado que reforça a população negra enquanto um inimigo ficcional e que exerce o poder de não só deixar viver, como produzir a aceitabilidade do morrer, a partir da perspectiva racial. Dessa forma, à medida que inúmeros jovens negros continuam sendo vítimas de um sistema racista, coloca-se uma cortina de fumaça sob o nome de “guerra às drogas” (MBEMBE, 2016).

A UPP ficou por aproximadamente três anos em todo o Jacarezinho. Num primeiro momento atuava também como um ator social, articulando com os diversos equipamentos - incluindo as Clínicas da Família - além de ofertar alguns serviços, como por exemplo, aulas de artes marciais e reforço escolar. Durante o terceiro ano de atuação, o projeto de polícia pacificadora perdeu forças frente aos crescentes conflitos no território, causando um sentimento de instabilidade à população. A morte de um policial foi o marco reconhecido pelos moradores para a retirada da UPP de uma parte da comunidade, o que promoveu a intensificação dos confrontos com o tráfico, pois o território passou a se dividir em duas cercanias: uma onde atuava a UPP e a outra que voltou a ter atuação do tráfico, aumentando assim os tensionamentos e a violência.

A disputa de poder configura-se principalmente pela polarização entre os interesses do tráfico e da polícia. Antagonizando muitas vezes o que prega o senso comum, o tráfico que historicamente fez parte do desenho da comunidade, também desfruta de um certo consenso local (embora não hegemônico) que o concede o papel - pela ausência do poder público nessa função - de protetor e “gestor¹⁵” do território; já a polícia sempre representou o poder de

¹⁵ Enquanto instituição de poder paralelo, o tráfico assume no território o lugar do gestor local, organizador urbano, provedor de recursos em alguma medida, articulador político, gerador de empregos diretos e indiretos.

coerção do Estado, ausente na garantia de direitos, presente como aparato repressor. Isto contradiz a ideia de pacificação, no momento em que oferece a truculência sob a insígnia da segurança pública.

No entanto, conforme já citado no Capítulo 1, o pensamento que Gramsci (1982) nos traz sobre a função coercitiva do Estado como ferramenta de opressão para os levantes do povo contra as desigualdades do capitalismo aporta-se em uma construção consensual que direciona a socialização das políticas públicas. Esta teoria elucida parcialmente a complexidade das relações de poder do Jacarezinho. O filósofo cita que este consenso caracteriza-se por ser uma “*hegemonia couraçada de coerção*” – grifo nosso. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011) Nesse sentido, a coerção do Estado personifica-se em constantes operações policiais na comunidade sob a égide da segurança pública e da “Guerra às Drogas”, produzindo uma violência que é publicizada como política de segurança e, portanto, tolerada e até desejada pela sociedade.

Adiciona-se a esse prisma uma perspectiva contraditória, onde deslocam-se os papéis do tráfico e da polícia, em que o provedor passa a ser repressor e vice versa, sem, no entanto, encontrar equivalência nessa oposição. Desequilibram-se mutuamente e competem severamente entre si, afastando-se dos interesses da população. E, em resumo, ambos (visto que este é também o comportamento do Estado) servem-se das potencialidades da comunidade e do território para se perpetuarem, sem, contudo, trazer contrapartida suficiente para a sustentabilidade e manutenção de um microssistema socialmente salubre.

A partir do descrito por Gramsci (1982), compreende-se nesse contexto como essas duas forças vetoriais acabam por atrair para um pólo ou outro as lideranças que emergem da comunidade e as entidades, que ora representariam os interesses dos moradores. Ao serem sequestradas politicamente por um dos pólos, são submetidas aos filtros de poder impostos por eles, reduzindo a força de representatividade da população e inibindo o aparecimento de lideranças descompromissadas com estes vieses.

Também por ocasião de uma disputa armada pelo território, como visto anteriormente, mas não apenas por ela, a violência é algo que atravessa a história dessa comunidade desde seu nascimento. As violências impostas a seus moradores tem muitas faces, a maioria delas passa imperceptível ao senso comum e aos próprios moradores, no entanto os atinge diariamente. Há relatos que apontam para uma mudança no jeito de viver a infância e da restrição de crianças e adolescentes às suas casas. Percebemos pelas falas que a vivência do território se transformou ao longo das diferentes gerações como efeito da crescente violência.

É possível assim, entender que as privações de direitos experienciadas por esta população configuram também uma das faces dessa violência, levando à vulnerabilização do território em diversos aspectos, como, por exemplo, na falta de acesso universal à educação, saúde e saneamento adequado, que os oferece riscos diversificados e por muitas vezes se sobrepõem à violência das armas sem, contudo, reduzir sua notoriedade e poder destrutivo.

6.1.2. Um olhar sobre a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira

A falta de acesso universal aos serviços de saúde configura outra face dessa violência. A construção da CFADS, em junho de 2011, ampliou o alcance desses serviços, levando à população o cuidado baseado no modelo de Saúde da Família (BRASIL, 2011). É preciso ressaltar, no entanto, que a construção da CF ainda não é suficiente para atender as demandas de saúde daquela população. Neste contexto de expansão, a CFADS foi inaugurada em junho de 2011, recebendo o nome em homenagem ao Bispo Anthídio Dias da Silveira, importante missionário e ativista na comunidade. A CFADS possui sete eSF completas, além de um Consultório na Rua cuja base também se encontra ali, atuando em toda a área programática (AP) 3.2.

A CFADS reconhece-se como um serviço-escola. Além de já ter sido campo de atuação de estágios, residência em Medicina de Família e Comunidade, é atualmente, campo de prática para turmas de primeiro e segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Das 28 mil pessoas atendidas pela unidade, 82,17% tiveram ao menos um atendimento feito por médica ou enfermeira no ano de 2019, segundo dados extraídos do Painel de Indicadores da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (RIO DE JANEIRO, 2019). Na cidade do Rio de Janeiro, essa porcentagem é de 73,68%, o que significa que a cobertura assistencial da CFADS é maior que a média do município. Outro número importante a ser analisado é a quantidade de procedimentos de Prática Integrativas e Complementares (PICs) realizadas pela CFADS em 2019. Dos 614 procedimentos realizados na AP 3.2, onde a clínica se localiza, 390 foram feitos nesta unidade, isso significa um percentual de 63,5% em relação ao total da AP.

Para além das consultas individuais com as médicas, enfermeiras e as equipes de saúde bucal, a CFADS é uma unidade que se dedica a atividades coletivas, como os grupos, que são divididos entre os dias da semana, oferecidos para públicos diversificados, a exemplo

dos grupos de Yoga, Auriculoterapia, de Gestão Autônoma da Medicação, Alimentação Saudável e grupo de saúde mental, que tem seu foco no tratamento psicoterapêutico.

A unidade possui um local chamado “Espaço Sideral”, situado na parte de trás da clínica, bem próximo da horta comunitária, que é utilizada para fins de convivência e compartilhamento de saberes, além do cultivo de diversas espécies de vegetais.

A CFADS conta com a participação de dois usuários voluntários, que diariamente, apoiam as atividades no serviço. Presentes em diversas ações, auxiliam o processo de trabalho e desempenham importantes funções no cotidiano da unidade. Uma delas é o suporte às equipes de residência durante todo o período de formação, onde dão seu apoio nas atividades internas e externas. Os voluntários certamente representam um diferencial nesse processo de aprendizado, porque influenciam no trabalho da equipe de residentes, facilitando os diálogos e as articulações com a comunidade, participando ativamente da formação, trazendo um olhar próprio e principalmente, nos acolhendo em seu território.

6.1.3. Um olhar sobre a Participação Popular na Clínica

A presença diária dos voluntários contribui com um olhar da comunidade para os fluxos de trabalho da clínica. No entanto, é possível perceber a ausência desse olhar nos espaços de debate e decisão da unidade. A participação popular na CFADS é algo a se considerar como um importante aspecto na história da Clínica. Os conflitos de interesses já citados anteriormente levaram ao afastamento das representações da comunidade de um lugar institucionalizado de liderança e esse entrave refletiu no serviço de saúde. Um bom exemplo desse fato foram as tentativas frustradas de formação de um Colegiado Gestor na unidade.

O histórico que vai ser relatado a seguir, é proveniente de diálogos com a gerente do serviço ou da própria vivência enquanto residentes. Não foi possível encontrar material sistematizado sobre a experiência de participação na gestão participativa da CFADS.

Tivemos a oportunidade de compreender os esforços da gestão para construir um coletivo de pessoas que contemplasse, assim como descreve a Lei 8142/90 (BRASIL, 1990), a participação popular nas etapas de construção das ações em saúde através de representação.

De acordo com relatos da gerente, foram organizados grupos para estruturar o CG e feitos convites à comunidade para que as lideranças tomassem parte das discussões promovidas pelo espaço de gestão. Com os sucessivos fracassos nas tentativas de reunir lideranças, a gestão decidiu então instituir um espaço interno de discussão¹⁶ e decisão, para

¹⁶ Refere-se ao Colegiado Interno Gestor, formado por representações das trabalhadoras da unidade.

que a necessidade de debate sobre temas de interesse da comunidade¹⁷ fossem minimamente levados ao crivo da democracia e representação dos trabalhadores.

A primeira tentativa ocorreu algum tempo depois da inauguração da clínica, convidando as lideranças da comunidade para construir um CG. A divulgação foi feita no território com cartazes, contudo não teve adesão dos usuários da clínica, repercutindo no cancelamento da reunião. A partir disso a gestão da unidade, ao procurar os motivos de ausência da população, soube por intermédio de trabalhadores que havia um temor relacionado ao rótulo de liderança. Isso se relaciona com a pressão sofrida por aqueles que destacavam-se como líderes comunitários no Jacarezinho, para que se afinizassem com um dos pólos de poder que atuavam no território.

Diante disso, é possível entender que a construção de coletividade em um grupo que representasse os interesses dos usuários da clínica não foi e nem será algo simples, visto que os esforços para abarcar os espaços de decisão enquanto algo a ser reconhecido como um direito é um desafio atravessado por forças políticas e tensionamentos históricos do território.

Em 2015, houve uma nova tentativa da gerência de construção de um CG junto à população. Tentou-se desconstruir o peso da denominação de “liderança” a partir da substituição deste termo por “moradores articuladores” ao convidar a população. O resultado foi bastante positivo. Muitas pessoas compareceram e dialogaram, levantaram pautas, começaram a construir uma abordagem coletiva para debater assuntos tanto da unidade de saúde, quanto da comunidade como um todo.

Esse resultado leva a uma reflexão sobre o significado das lideranças institucionalizadas na comunidade, onde pode-se entender que a negação da população em participar de discussões e decisões coletivas se dá mais pelo contexto histórico e político do que pela falta de interesse das pessoas.

Apesar da boa adesão no início, o grupo logo enfraqueceu, devido a sucessivos episódios de confronto armado no território, que levou ao fechamento da clínica por várias vezes, muitas delas nos dias em que estava marcada a reunião com a comunidade.

Pode-se ainda citar uma terceira tentativa, em 2017. Dessa vez sem a participação dos usuários, num objetivo da gerência de democratizar a gestão, ainda que de forma não representativa, abarcando questões que envolviam a comunidade. Esta nova configuração que foi denominada Colegiado Interno Gestor (CIG) era composta pela representação das

¹⁷ Exemplo de temas de interesse da comunidade: horário de funcionamento da clínica, forma de funcionamento do acolhimento, faltas de medicamentos ou insumos, formas de ampliação de acesso etc.

categorias de trabalhadores e pela gestão. Algumas reuniões foram feitas, no entanto, a iniciativa novamente deparou-se com um obstáculo político muito contundente, que foi o desmonte da APS no município do Rio de Janeiro. Iniciou-se um período de greves e manifestações dos trabalhadores pelo pagamento de seus salários, manutenção dos seus empregos e permanência das eSF naquele território. Diante das dificuldades postas pela conjuntura e pela descontinuidade de diversas atividades da clínica por conta das sucessivas greves, o CIG dissolveu-se.

Depois dessas experiências, os canais institucionais que restaram de comunicação entre a gestão e a comunidade são majoritariamente usados como vias individuais, o que inviabiliza a troca de informações e experiências entre os usuários que utilizam esses recursos.

Os espaços coletivos de discussão sobre o processo de trabalho (Reuniões de equipe, Reuniões gerais, Atividades de Educação Permanente etc.) são restritos aos trabalhadores e a gestão, perdendo assim a contribuição dos usuários do serviço. Isso pode afastar os mecanismos do sistema das necessidades de saúde da população, desvalorizando o saber popular e reduzindo autonomia para que a população decida sobre as questões que a acometem. Além disso, descaracteriza a clínica como um equipamento pertencente ao território, onde se constroem coletivamente as ações que devem atender a população. Para Valla (1998):

Os profissionais e a população pobre não vivem a mesma experiência da mesma maneira. A forma de trabalhar dos profissionais (nos serviços de saúde, no partido político, na associação de moradores, nas igrejas) pode não estar levando isso em conta, principalmente porque o projeto dos profissionais costuma ser anterior ao contato com a população (VALLA, 1998, p14).

Para corroborar com seu pensamento, Valla (1998) cita ainda as palavras de Nunes (1989) “[...] torna-se ocioso(...) perguntar-se sobre a gênese e o significado do conteúdo das reivindicações sociais(...). Deste ponto de vista, quem sofre as necessidades não tem papel ativo em determiná-las como tal (...)” (NUNES *apud* VALLA, 1998, p.13).

Pensando nisso é possível deduzir que há um afastamento entre os trabalhadores da clínica e a população no que diz respeito às decisões relacionadas aos problemas e necessidades da comunidade, uma vez que o cuidado em saúde não é pensado de forma compartilhada, além de se centrar nos saberes biomédicos. Na compreensão de Cunha (1995,

apud VALLA, 1998), “é como se as classes populares se organizassem e reivindicassem a solução dos seus problemas apenas se houvesse ‘um vácuo do Estado’.” Entende-se por isso que a população se manifesta apenas nos casos de falha dos serviços, quando o ideal seria que ela participasse de todo o processo, desde o planejamento até a sua oferta, sendo assim construtora e não apenas receptora das ações de saúde.

6.1.4. Um olhar sobre a construção da Assembleia Popular

A elaboração do DSP forneceu margens para o planejamento das ações e atividades que seriam desenvolvidas ao longo de nossa permanência na CFADS. Esse arcabouço nos trouxe, entre outros, o questionamento sobre as experiências da unidade na formação de espaços coletivos de gestão. E, após entender os processos que se desenharam com as tentativas anteriores, conforme foi elucidado neste capítulo, houve, ainda durante o primeiro ano de residência, um interesse em retomar a construção do colegiado.

O processo de formação pela residência, instigou, a partir do horizonte da interprofissionalidade, a construção de um processo de trabalho crítico, em consonância da determinação social da saúde. De modo que a inquietação com a incipiente participação popular e organização coletiva na gestão da CFADS passaram a ser foco deste trabalho. Já em segundo ano de residência, no anseio de construir coletivamente, junto com a população, alternativas aos obstáculos colocados.

A proposta da Assembleia Popular permanente apareceu no segundo semestre de 2019, após a retomada da ideia de construir um CG como forma de promover maior interação da clínica com os usuários, para que se concretizasse aos poucos um modelo de gestão participativa. A partir desse primeiro esboço, foi necessário buscar o apoio da gestão da unidade para que fosse iniciado o projeto de intervenção. Neste processo, pudemos constatar que investir numa nova tentativa de CG, sem que as conjecturas externas tenham sofrido relevante alteração seria, muito provavelmente, uma aposta no fracasso. Vislumbramos, então, a construção de uma Assembleia Popular, contemplando a participação direta e tangenciando as turbulências geradas pela rotulagem da liderança e representatividade no território.

No mesmo período em que a Assembleia estava sendo organizada, houve uma iniciativa da Coordenação de Área Programática (CAP) para a criação de um Colegiado Gestor Integrado (CGI), que cumpre os preceitos legais, porém idealizado de forma verticalizada. Subdividiu-se a AP 3.2 em blocos de três unidades por aproximação geográfica. A proposta de organização tinha como orientação, realizar uma reunião a cada dois meses,

visando discutir problemas comuns às unidades envolvidas, intercalando-a com outra, que envolvesse os atores da própria clínica para resolver demandas locais.

Essa iniciativa da gestão atravessou o planejamento da Assembleia Popular, gerando uma preocupação em não sobrepor as atividades, ou ainda que as duas fossem confundidas pela população. Apesar de se mostrarem como propostas com objetivos similares em termos formais, germinaram-se por vias divergentes, com potencial de caminhar em sentidos opostos.

Reconhecemos então a necessidade de negociar e alinhar os dois processos, visto que, sua complementaridade poderia ser trabalhada de forma a potencializar seus resultados reciprocamente. No entanto, assim como as primeiras tentativas de estabelecer um CG, a experiência do CGI também esbarrou nas dificuldades vivenciadas por conta do processo de desmonte sofrido pela APS no município do rio de Janeiro, como veremos no próximo capítulo.

Via de regra, é possível perceber que a coletivização das decisões sobre assuntos de interesse da população tem encontrado barreiras naquele território, que imprimem contumazmente diversas faces de dificuldade aos que se propõem a romper com a dificuldade de organização política no Jacarezinho.

A participação popular na CFADS só se efetivará, enfim, com a inclusão, envolvimento e articulação do conjunto de sujeitos políticos envolvidos na garantia de sua função social - usuários, trabalhadores e demais atores sociais relacionados.

7. RESULTADOS

7.1. CAPÍTULO 5: ORGANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS COLETIVOS SOB A ÓTICA DAS TRABALHADORAS DA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA

Marina Ribeiro dos Santos

Quando os pacientes perderem a paciência

*[...]
 Todo contrato de trabalho será digno
 Fundações, O.S., EBSEH, serão apenas letras
 e palavras indecifráveis de papéis amarelados
 no museu de nosso passado precário
 quando os pacientes perderem a paciência
 [...]*

(BRONZATTO, 2013)

Atualmente, o município do Rio de Janeiro passa por uma enorme crise político-econômica, com repercussões diretas sobre o campo da Saúde Pública, bem como sobre a garantia de direitos sociais e trabalhistas. Em setembro de 2019, completou-se o quarto ano consecutivo de greves dos trabalhadores na saúde, devido ao não pagamento de salários e benefícios trabalhistas, ausência de investimentos em insumos e em serviços terceirizados. Isto precarizou ainda mais as condições de trabalho e, conseqüentemente, os processos de gestão e a produção de cuidado à população. No entanto, esta não é uma trajetória referente apenas a um projeto de governo municipal, e sim, a um projeto nacional e internacional de privatizações e avanços neoliberais.

Para fundamentar o debate, abordaremos o histórico de mudanças dos modelos de gestão no país, sobretudo na saúde, com a inclusão do terceiro setor e o histórico da organização dos trabalhadores durante a redemocratização brasileira. A partir disso, contextualizaremos como se deu a expansão da APS no Rio de Janeiro e o colapso na saúde municipal em 2019, a fim de compreender de que forma as trabalhadoras se organizam e se apropriam dos processos de gestão, em especial, àqueles vinculados à CFADS, local do presente estudo.

7.1.1. A Gestão Neoliberal nos serviços de saúde: mercantilização e privatização, redemocratização brasileira e criação das Organizações Sociais de Saúde

Nos anos 1970 e 1980 os países desenvolvidos foram acometidos por uma crise financeira, enquanto os países em desenvolvimento, por uma crise política dos governos autoritários. Ao mesmo tempo, houve uma alteração dos investimentos industriais para uma economia pós-industrial – dominada pelo setor de serviços e capital financeiro. A partir disso, identificou-se a ideia de que era necessário rever o papel e modelo de Estado vigentes – visto que estes estavam em crise – e reformá-los. Como resposta, emerge o neoliberalismo real, através do *New Public Management* (ou Nova Administração Pública, em tradução nossa), um conjunto de transições que considerava a existência de uma complexidade de problemas públicos a serem resolvidos com a incorporação de instrumentos gerenciais, reconhecidos como exitosos no mercado privado (SIQUEIRA; BORGES, 2018; VIEIRA, 2016).

Os impactos das políticas neoliberais também foram sentidos no setor da saúde. Em realidade, o Estado Neoliberal incentiva práticas de saúde residuais, compensatórias e focalizadas, a fim de não reduzir as margens de lucro. Adota políticas que abrangem orçamentos individuais, limitando os gastos *per capita* com casos de cuidado longitudinal (como o acompanhamento de usuários com doenças crônicas), além de estímulo ilusório ao Bem-Estar Social dos indivíduos, que recebem *status* de clientela (SIQUEIRA; BORGES, 2018).

Com relação aos serviços, houve a liberalização da produção de saúde, através do enfraquecimento do controle administrativo pelos trabalhadores do setor e sua substituição pela cultura de avaliação gerencial. Somado a isso, ocorreu a terceirização de serviços complementares, como manutenção, nutrição, limpeza, dentre outros; tanto a partir da mercantilização de serviços dentro das unidades hospitalares (comercialização de cafeterias, estacionamento etc.), quanto da criação de entidades jurídicas públicas independentes e de entidades sem fins lucrativos de iniciativas públicas e privadas. Estas entidades foram consideradas como o preâmbulo para tornar a privatização da saúde mais fácil no futuro e, também, como o principal modelo para a criação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Brasil, anos mais tarde (SIQUEIRA; BORGES, 2018).

Enquanto isso, no Brasil, acontecia o processo de redemocratização, que também influenciou os serviços de saúde, a partir do fenômeno histórico e social da RSB, abordado no Capítulo 2 deste trabalho. Enquanto protagonistas, dentre os diversos movimentos que compunham a reforma, contou-se com movimentos dos trabalhadores. Telles e Teixeira (2017) trazem que em meio à realização de greves, sobretudo na região do ABC Paulista, o movimento sindical obteve crescimento utilizando-se da coletivização das pautas dentre as

diversas categorias profissionais e da mobilização, para negociar junto a empresas e pressionar o Estado. (TELLES; TEIXEIRA, 2017, PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

O movimento operário incluiu as exigências de diversos setores, como as da saúde, cujas reivindicações prioritárias diziam respeito à criação de uma rede básica e pública como porta de entrada do sistema, participação dos trabalhadores no planejamento e execução das políticas de saúde e melhoria das condições de trabalho. Enquanto denúncia de um Estado privatista, promotor de discriminação aos cidadãos brasileiros, o acesso e atenção à saúde eram vistos enquanto um benefício aos trabalhadores do mercado de trabalho formal, cobertos pelo INAMPS e que excluía a maioria da população brasileira, a massa de trabalhadores informais. (TELLES; TEIXEIRA, 2017, STEVANIM, 2019).

No entanto, as reivindicações ainda possuíam caráter corporativista, por restringi-las ao redor da ampliação e da melhoria do acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, direcionadas ao fortalecimento dos serviços fornecidos pelo INAMPS e, principalmente, com a incorporação das demandas de melhoria da assistência médico-hospitalar, por meio de planos e seguros privados contratados pelas empresas (TELLES; TEIXEIRA, 2017, STEVANIM, 2019, PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006).

A presença de diferentes posições no meio sindical, de formas contraditórias – mas não obrigatoriamente antagônicas – desvelou distinções das pautas entre as lideranças e as bases dos movimentos sindicais entre si. Tal fato, conforme Telles e Teixeira (2017), gerou uma pulverização de lutas, que culminou, ao mesmo tempo, na conquista de direitos para todos os trabalhadores e na diminuição do entendimento universalista com relação à saúde (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006, TELLES; TEIXEIRA, 2017).

Em seu estudo, os autores supracitados julgam haver aproximação do discurso entre o movimento dos trabalhadores e sanitário, embora apenas em 1988 haja reconhecimento da importância da criação de um sistema de saúde universal por parte do movimento dos trabalhadores. Isto indica certa defasagem nessa discussão por parte dos trabalhadores – limitada ao período constituinte – visto que a RSB já contava com mais de uma década de existência. Ainda que a RSB culminasse com a criação do SUS, o histórico da gestão de saúde pré-SUS incluía a participação da iniciativa privada, facilitando que a mesma fizesse parte legalmente do novo sistema, autorizada a realizar execução das ações e serviços de forma complementar (TELLES; TEIXEIRA, 2017, VIEIRA, 2016).

Em 1995, aproveitando-se da série de tensões e contradições criadas a partir desta concomitância, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e conduzido pelo ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, apresentou-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do

Estado. O documento apontou inúmeros defeitos sobre a administração pública burocrática, como a ineficiência, a autorreferência e a incapacidade dos serviços atenderem as necessidades da comunidade, o que não se traduzia em verdade, visto que à época, os serviços do Estado ainda eram muito reduzidos (BRASIL, 1995, VIEIRA, 2016, SIQUEIRA; BORGES, 2018).

Com direcionamento do aparelho do Estado, segundo os paradigmas neoliberais, esse foi o momento de consolidação de ações que reforçaram o Estado Mínimo para as políticas sociais e máximo ao grande capital empresarial e conservador (BRASIL, 1995, VIEIRA, 2016, SODRE; BUSSINGUER, 2018). Segundo Ibañez (2001) citado por Vieira (2016), o objetivo era

[...] conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (VIEIRA, 2016, p. 15).

Para realização da reforma, o aparelho do Estado foi dividido em quatro setores: primeiro setor ou núcleo estratégico; segundo setor ou atividades exclusivas; terceiro setor ou serviços não exclusivos; e quarto setor ou produção de bens e serviços para o mercado (BRASIL, 1995). Como é do interesse do presente trabalho, iremos aprofundar aspectos relacionados ao terceiro setor.

Composto por entidades de natureza jurídica distinta, tem o intuito de atender as necessidades públicas sem acumulação de lucro, não estando sob o controle de nenhum indivíduo ou grupo; sendo seus dirigentes responsáveis pela gestão junto à sociedade civil. São elas as organizações não governamentais, fundações empresariais, filantrópicas, organizações da sociedade civil de interesse público, organizações sociais ou outras associações sem fins lucrativos (VIEIRA, 2016; SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

Desse modo, não podem ser caracterizadas nem como setor público e nem como privado. Consoante a Sodré & Bussinguer (2018), a caracterização de uma entidade sem fins lucrativos confere a elas um “não lugar”, abrindo espaço para que sejam beneficiadas tanto de estatutos públicos quanto privados. As organizações sociais são um exemplo disso, pois em sua proposta inicial, poderiam trazer mais leveza à gestão da saúde e mais alternativas às formas de gestão dos serviços sociais de modo geral, no caminho de torná-las menos burocratizadas e mais flexíveis (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

A fim de conferir mais especificidade, grupos de hospitais filantrópicos e de associações de empresários do campo da saúde (compostos por profissionais com prestígio financeiro e político) se reuniram para fundar as primeiras organizações sociais, as

Organizações Sociais da Saúde (OSS). Essas ganharam um *status* diferenciado, por terem ações focalizadas apenas no setor da saúde, distanciando-as da execução estatal. Além disso, diferenciaram-se por ter uma expertise maior nos serviços de saúde pública, por meio de convênios e parcerias com secretarias de saúde, tanto estaduais quanto municipais, através de contratos de gestão (SODRE; BUSSINGUER, 2018).

O contrato de gestão é o instrumento no qual se regula as ações das OSSs, ou seja, nele entram as metas de desempenho acordadas, de forma a, supostamente, assegurar a efetividade e a qualidade dos serviços. Além disso, é a partir do contrato de gestão que são controladas as aplicações financeiras realizadas pelas OSSs, segundo os resultados acordados entre as partes (VIEIRA, 2016).

Neste modelo de parceria entre o Estado e a Sociedade, o principal produto dos contratos era a possibilidade de diversos tipos de contratação de serviços que o terceiro setor estava hábil a desempenhar, envolvendo laboratórios, empresas médicas, cooperativas, consultorias etc., que estariam livres da contratação por licitação, antes prevista pelo Estado (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

A expectativa era que as OSSs pudessem ser uma organização externa ao Estado, dotada de transparência e de publicização dos recursos públicos utilizados, suprimindo o ideário de insatisfação histórico da população, que julgava os gestores públicos incompetentes para gerenciar um sistema de dimensões continentais e complexidade crescente como o SUS. Todavia, as OSSs foram criadas por dispositivos jurídicos que podem receber altas quantias de capital público sob a chancela de mais de um registro de pessoa jurídica, ou seja, tem na captação de múltiplos recursos estatais sua única e principal fonte de sobrevivência (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

Além disso, o esperado numa administração pública pautada em objetivos e metas, é que exista previamente um planejamento participativo, construído a partir de políticas públicas e por gestores, profissionais de saúde e usuários, negociando o que é possível ser implementado. Também, é essencial um rigoroso sistema de controle e avaliação de desempenho desses contratos. Contudo, vê-se que estes não deixam de ser instrumentos meramente formais, exigidos na contratualização, mas que não superam o rompimento com a burocracia, bem como não incluem os atores envolvidos (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018).

Desse modo, o modelo de gestão por OSS não é ajustável verdadeiramente à saúde pública, por não ser uma política de gestão de baixo custo, sendo necessário conhecimento especializado, de alto grau técnico, equipamentos de diferentes tecnologias, medicamentos com patentes mundializadas e oferta de serviços em extensa distribuição territorial. Isso

requer gerência sob grande quantidade de capital. Esses fatores indicam não só a existência de um grande complexo econômico e industrial no setor, mas também a inclusão do terceiro setor dentro deste mesmo complexo, visto os dirigentes que o representa (SODRE; BUSSINGUER, 2018).

A ineficiência e a fragilidade envolvidas na inexistência de sistemas de regulação do trabalho das OSSs, bem como os conflitos entre seu papel e suas funções, desvelam a quem serve estes interesses, trazido por Sodré & Bussinguer (2018), a seguir:

Da teoria à prática, na saúde, evidenciou-se a fragilidade do Estado no estabelecimento de contratos de gestão capazes de controlar e avaliar o desempenho das Organizações Sociais, seja por falta de sistemas gerenciais pautados em indicadores claramente estabelecidos, seja pelo desinteresse em instituir metas que pudessem ser objeto de demonstração do fraco desempenho de Organizações Sociais escolhidas, muitas vezes, em razão de interesses privados e não públicos (SODRÉ; BUSSINGUER, 2018, p. 50).

7.1.2. Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro e no Jacarezinho: expansão da Estratégia de Saúde da Família, gerencialismo e crise na saúde

O município do Rio de Janeiro (MRJ), até 2008, apresentava uma rede de atenção à saúde ainda focalizada no modelo hospitalar, apresentando centros de saúde no formato tradicional, com presença de especialistas e sem atendimento centrado em territórios e usuários (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A partir de 2009, com a posse da gestão de Eduardo Paes, o diagnóstico da saúde apresentado no “Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012”, identificou falta de recursos, assistência e resolução na APS do município, com cobertura de 3,5% da ESF. Esta situação desencadeou uma iniciativa de expansão da mesma, cuja meta era aumento de cobertura em 10 vezes até 2012 (RIO DE JANEIRO, 2010).

O destaque da ampliação, denominada Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS), ocorrida entre 2009 e 2015, foi a construção das chamadas Clínicas da Família, grandes unidades de saúde do tipo A (exclusivamente ESF), que comportam 5 ou mais equipes de Saúde da Família, com estrutura física diferenciada, design modernizado, ar condicionado e sinalização interna e externa; assim como, acesso à internet e insumos inovadores na realidade da APS, por exemplo, possibilidade de realizar radiografias, eletrocardiogramas, ultrassonografia e outros insumos e equipamentos para realização de procedimentos dentro das unidades (HARZHEIM, 2013).

Enquanto estrutura organizacional, houve mudança do modelo de administração da saúde com a implementação da gestão por OSS, a partir da Lei Nº 5026/2009, aprovada pela

Câmara dos Vereadores. Esse modelo de gestão permitiu a redução nos prazos de compra de material permanente e consumo, a partir de terceirizações, e do tempo de realização de processos seletivos, com contratação de profissionais das eSF via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). A mudança de contratação de serviços e servidores não foi vista enquanto um risco à qualidade e oferta dos serviços ou privatização, “desde que a gestão pública estivesse presente, crítica e exigente” (HARZHEIM, 2013, p. 51).

Inspirado nos modelos à saúde de Portugal e Inglaterra, a RCAPS estruturou o modelo de atenção a partir do referencial de Barbara Starfield, com os quatro atributos essenciais, sendo eles, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, cuidado integral e coordenação das ações e serviços; bem como os três atributos derivados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Harzheim (2013) apontou que há uma grande dificuldade de fixação do profissional médico na ESF, bem como de contratação, devido ao baixo número desses especialistas em medicina de família e comunidade na rede. Como estratégia, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) ofertou melhoria na remuneração profissional, com sistema de pagamentos por desempenho, sem constituição de carreiras públicas. Também implantou os programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem em Saúde da Família, com profissionais incorporados pela rede posteriormente (HARZHEIM, 2013, SORANZ; PINTO; PENNA, 2016, MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

O aumento de equipes e de cobertura foi exponencial, crescendo de 128 eSF em 2008, para 734 eSF implantadas e credenciadas ao fim de 2012, correspondendo a 39% de cobertura por ESF. Com a reeleição de Paes e a continuidade do projeto, em 2015, das 860 e 346 equipes de saúde da família e de saúde bucal (eSB), respectivamente, 732 e 285 equipes faziam parte das 76 CFs implantadas no período no município. Em 2016, chegou-se a 958 eSF (HARZHEIM, 2013, SORANZ; PINTO; PENNA, 2016, MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A partir de 2017, no novo governo de Marcelo Crivella, houve promessa de continuidade do projeto de ampliação da saúde, tendo como *marketing* “cuidar das pessoas”. A proposta era aumentar as 1251 eSF implantadas e credenciadas ao fim de 2017, sobretudo, em áreas de maior vulnerabilidade social. No entanto, ainda neste ano, sob a alegação de *déficit* no orçamento municipal, gerou-se em 2018, atrasos no pagamento dos salários de profissionais de serviços gerenciados por algumas OSSs, demissões de agentes comunitárias de saúde (ACS) e redução do horário de funcionamento das unidades. Além disso, muitos

profissionais, sobretudo médicos, se sentiram vulnerabilizados pela situação, solicitando demissões (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Diante disso, enquanto forma de luta e resistência, surge em 2017, um movimento de trabalhadores da rede, o Nenhum Serviço de Saúde a Menos (NSSM), com presença majoritária de trabalhadores vinculados à APS e à Saúde Mental, que realizou uma série de mobilizações a partir de atos públicos; atuação com sindicatos e a órgãos do poder legislativo e judiciário; greves e interrupção dos serviços ofertados durante os períodos de cerceamento dos direitos trabalhistas. Ao mesmo tempo, as diferentes OSSs do município, impuseram barreiras a essas organizações, através de assédio moral, perseguições e demissão nos períodos de greve, sem as devidas sanções (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Da nossa entrada na CFADS, em meados de 2018, acompanhamos os desdobramentos dessas decisões. Após o período de demissão de ACSs, houve solicitação pela Coordenação de Área Programática (CAP) de remanejamento de algumas destas profissionais entre as equipes da unidade, entendendo que era importante transformar as equipes com a randomização das trabalhadoras que possuíssem uma maior produtividade no serviço. Esta medida desconsiderou o trabalho territorial que estas trabalhadoras realizam e, em certa medida, prejudicou o vínculo das mesmas com os usuários do território, impactando também nas relações dentro das eSF.

Outrossim, em 2018, a SMS-RJ, justificando-se a partir da crise financeira proveniente da expansão acelerada da gestão anterior, elabora o documento “Reorganização dos serviços da APS – Estudo para Otimização de Recursos”. De acordo com ele, tal reorganização visava a melhoria de fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas e motivadas, com eliminação de desperdícios, prevendo a extinção de 184 eSF e 55 eSB, em diversas APs do município e modificação das tipologias de eSF existentes, segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2017). Pressupondo que as equipes que cobriam menos de 3000 habitantes são ociosas e com baixa produção, elas poderiam ser fundidas e atender uma maior quantidade de pessoas, se tornando outro tipo de equipe de saúde (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Desse modo, defendiam que a cobertura à população não seria prejudicada. O mesmo não pode ser dito com relação ao impacto e desqualificação do acesso à rede. Além do mais, não foi de interesse analisar que a redução na produção de consultas e procedimentos tinha estreita relação com a ocorrência de greves, atraso de pagamentos, confrontos armados nos territórios adscritos, mudança dos prontuários eletrônicos privados para o Prontuário

Eletrônico do Cidadão (PEC – e-SUS), mudanças no formato do acolhimento dos usuários, dentre outros fatores (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

Alguns trabalhadores da CFADS participaram dos grupos de divulgação do NSSM, via *internet* e presencialmente, apresentando durante as reuniões gerais e conversas nos corredores, propostas do movimento que fortalecessem a mobilização dentro da CF. A partir disso, à época, criou-se um comando de greve e discutiu-se a forma com que os serviços e ações de saúde seriam oferecidas no Jacarezinho.

As mudanças organizacionais do serviço – implementação do PEC – e-SUS e formato do acolhimento – alteraram substancialmente as relações entre os próprios trabalhadores, identificando-se grande pressão para cumprimento de metas e transformação do serviço, sem respeito a um período de transição.

Com relação ao prontuário, ACSs eram constantemente tensionadas a fazerem alterações de cadastramento e unificação de cadastros duplicados. Além disso, o novo prontuário não conseguia importar todos os dados de cadastro do sistema de informação privado anterior. Esse quadro dificultou o processo de trabalho da equipe, bem como o acompanhamento da situação de saúde da população usuária.

Já o novo modelo de acolhimento, teve rebatimentos tanto no cuidado à população quanto nas relações entre os trabalhadores. Diante dessa tentativa de padronização dos fluxos de atendimentos das eSF, desconsiderando as particularidades das diferentes áreas dentro do mesmo território, a população usuária era atendida pelos trabalhadores escalados nos turnos, não necessariamente sua equipe de referência, prejudicando o vínculo. Devido a não inclusão dos trabalhadores no processo de formulação deste novo modelo, no trato com a população coube a eles a responsabilidade de informá-la.

As equipes eram pressionadas a reorganizar seus processos de trabalho sem espaços de discussão. As ACSs passaram a ser as responsáveis por comunicarem à população essas recorrentes mudanças de fluxos, devido à incompatibilidade deste modelo de acolhimento com as necessidades de saúde da população. Isso gerou um contexto de exposição e desgaste de tais profissionais. As enfermeiras substituíram seus turnos de ação territorial, em prol da demanda de realização da classificação de risco, diminuindo a qualidade de atenção à saúde dos usuários na comunidade. Ademais, enfermeiras, médicas e ACSs entravam em conflito constantes, pois a responsabilidade pela inclusão ou não de determinado usuário para a fila de atendimentos fluía entre as categorias.

Além disso, não levou-se em conta a produção de cuidado compartilhado entre equipes mínimas, saúde bucal e categorias NASF, fomentando a fragmentação na assistência, bem como reforçando a pressão por um modelo clínico-ambulatorial.

A fragilidade das relações trabalhistas, somada a outros fatores, nos fez observar o rebatimento disso nos trabalhadores, que em alguns casos, levados ao esgotamento, abriram mão de seus cargos. Isso ocasionou certa rotatividade de profissionais, aumento no absenteísmo e adoecimento.

Aprofundando o desmonte com a flexibilização dos direitos dos trabalhadores, demissões e cortes de equipes, soma-se a isso a restrição no acesso às ações e serviços dos usuários, com a falta de repasses às empresas terceirizadas, ou seja, houve restrição estruturais e de insumos para a realização das ações de saúde, dos mais variados tipos – por exemplo, falta de gases para realização de curativos, ausência de internet para cadastro de consultas no sistema de regulação e impossibilidade de manutenção, de ar condicionado a equipamentos para radiografia e eletrocardiograma. Isto tem gerado uma enorme pressão sobre os trabalhadores a partir dos usuários, que têm seus direitos negados diariamente e que exigem por atendimento (MOROSINI, 2019).

Mesmo com o apoio judicial garantindo o direito de greve, pagamento dos salários atrasados e o recebimento dos encargos relativos a demissões, a renovação de contratos com as OSSs também se manteve, inclusive, com oferta de salários reduzidos em algumas APs, e não oferecimento de plano de carreira nesse modelo de gestão. Do mesmo modo, o contingenciamento financeiro também não é capaz de suprir a demissão de trabalhadores, visto o alto custo de contratos com as OSS, em comparação com trabalhadores estatutários que exercem função e carga horária semelhantes (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

A perspectiva gerencial trouxe, também, o afastamento político do problema para a individualização, trazendo críticas a performance dos profissionais, na exigência do cumprimento de metas cada vez mais irreais, desconsiderando o total contexto de contingenciamento. De acordo com Melo, Mendonça e Teixeira (2019), há de se ter entendimento que para além de um trabalhador com competência técnica, há um ser humano, que também possui um fator ético-político, assim como sua subjetividade, que é alvo de constrangimentos e de inúmeras restrições nos seus cenários de atuação, como trazido no trecho abaixo:

Racionalidades gerenciais que infantilizam o trabalhador, que o constroem a serem “colaboradores”(colaboração como status formal e moral e não como construção), que depositam no indivíduo a responsabilidade de ser criativo e de fazer mais com menos tendem a produzir sofrimento, competição e até cinismo, ao passo

que no SUS e particularmente na APS precisamos de trabalhadores para defender a vida das pessoas (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019, p. 4597).

7.1.3. Limites e possibilidades da organização das trabalhadoras na CFADS: experiências prévias e espaço de educação permanente

Nesse contexto de desmonte da APS carioca e diante do desafio de fomentar a participação popular na CFADS no cotidiano das trabalhadoras, entendemos que se fazia essencial o envolvimento e mobilização das mesmas na construção da Assembleia Popular.

Enquanto parte das atividades descritas no modelo lógico de nossa intervenção, realizamos atividade de educação permanente junto às trabalhadoras, cujo objetivo era sensibilizar e discutir seus entendimentos sobre o tema. Contou-se com participação de cerca de 30 trabalhadoras, em sua maioria, mulheres e ACSs. A proposta foi feita em duas etapas: na primeira, fizemos uma dinâmica de participação coletiva e na segunda, aplicamos uma metodologia denominada *Word Café*¹⁸.

Na primeira etapa, o objetivo era discutir a ideia de coletividade, sobre a perspectiva de cuidado em saúde, reforçando o trabalho multiprofissional. Distribuímos folhas em branco para todos os participantes e materiais de papelaria diversos. Em seguida foi pedido para que fizessem com aquela folha o que quisessem durante alguns segundos. Após o término do tempo, as participantes deveriam trocar as folhas aleatoriamente e continuar a intervenção que já havia sido começada por outra pessoa. Esse movimento se repetiu por alguns ciclos.

Ao final da dinâmica, muitas trabalhadoras referiram desconforto em não ter em mãos um instrumento que de fato contribuísse com o desenho da colega. Houve relatos de que ainda que com um instrumento diferente, foi possível exercitar a reflexão e a criatividade, pensando em que poderia ser feito naquela arte, para que a mesma não perdesse sua intenção inicial, mostrando que cada sujeito tem algo a oferecer e a acrescentar, ainda que possua instrumentos e competências diferentes.

¹⁸*Word Café* é uma metodologia criada por Juanita Brown e David Isaacs, em 1995, na Califórnia/EUA, com o intuito de explorar temas relevantes a um grupo, em um ambiente leve, receptivo e descontraído, estimulando a criatividade, a conexão de perspectivas distintas e a contribuição e construção coletiva. A dinâmica tem duração de uma hora e meia, e os participantes são divididos em grupos menores com cartolinas e canetas à disposição. Cada grupo menor tem um anfitrião e uma pergunta relacionada ao tema, que deve ser respondida coletivamente. A cada 20 a 30 minutos, uma nova rodada começa e os pequenos grupos fazem um rodízio entre as demais estações. Aos anfitriões, cabe anotar os insights dos grupos. Ao final de todas as rodadas, os anfitriões fazem o compartilhamento a todo o grupo (chamado de colheita) e os participantes, dispostos geralmente em roda, relatam o que mais os chamou atenção durante o processo (SCRAMIN, 2017).

Também foi levantado que quando não há uma comunicação efetiva, cada pessoa desenvolve o trabalho da forma que acredita ser possível, sem necessariamente alcançar um objetivo comum. Daí a importância de desenvolver a comunicação em saúde, tanto nos relacionamentos interpessoais e profissionais, quanto para a produção de cuidado.

A comunicação em saúde é uma importante estratégia que permite o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, melhora dos processos de tomada de decisão e também, permite um cuidado compartilhado com qualidade (NARDI *et al.*, 2018). Além disso, possui também forte influência no relacionamento entre os profissionais e os usuários, no que tange à satisfação, à adesão ao tratamento e, conseqüentemente, nos resultados de saúde (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Na segunda etapa, dividimos os participantes em quatro grupos para que rodassem nas estações, discutindo as seguintes perguntas norteadoras: (I) “Quais espaços de diálogo temos com a população? Como esses diálogos são feitos?”; (II) “Que diferença faria no meu trabalho se a população o entendesse?”; (III) “Eu me sinto sozinha no meu processo de trabalho? Como me comunico com meu colega?”; (IV) “Frente ao cenário de desmonte, o que podemos fazer junto com a população?”.

Com relação aos espaços de diálogo (I), as participantes apontaram os atendimentos individuais, visitas domiciliares, grupos, “Posso Ajudar” e *Facebook* como espaços de comunicação com a população. De forma geral, espaços coletivos foram colocados como mais potentes, contudo, a forma como esses espaços são conduzidos também foi destacada. A sala de espera foi citada por muitas como um espaço pouco potente, no qual a profissional se sente exposta e sente que a mensagem não chega até a população, pois devido à dinâmica do acolhimento, não é possível que se tenha atenção na discussão proposta. Mais uma vez, uma referência à importância da comunicação em saúde, quando consideram que a abordagem mais direta deve ser considerada.

Relatam, ainda, que a maioria da população gosta do processo de trabalho da CFADS, mas não tem iniciativa na discussão do mesmo, não se sentindo à vontade para falar do serviço. Sentem que ela não se identifica como agente transformadora, pois pensa não poder fazer a diferença, o que é ruim, visto o apontamento de que a participação mais assídua poderia ser um ponto de tensão com a CAP a favor das trabalhadoras.

As trabalhadoras demonstraram reconhecer o importante papel das ACSs que, por sua inserção no território, identificam demandas que não chegam em outros espaços. No entanto, dizem sentir que o diálogo com a população ficou mais frágil e que, diante da mudança do processo de trabalho devido ao atraso de salários e do contexto de desestímulo atual, muitas

ações em saúde que estavam em curso retrocederam. Além disso, relatam o sofrimento diante da pressão das metas e a contrariedade da gestão, que estimula a participação em seus discursos, mas impõe decisões verticalizadas. Isso atrapalha a noção de governabilidade que as trabalhadoras possuem (ou não) diante das situações que perpassam o processo de trabalho.

Consoante a isso, no geral, houve concordância de que o ambiente de trabalho seria melhor se a população entendesse a função de cada um (II), representado por relatos de um maior sentimento de gratificação, motivação, respeito, reconhecimento e valorização das trabalhadoras da saúde. Principalmente em relação às ACSs, relatos indicaram alguns atritos entre a população e essa categoria, que por vezes é acusada de “não fazer nada”, “ficar passeando”, “ter um trabalho fácil e desnecessário”; demonstrando incompreensão de parte da população sobre a importância da função desempenhada por essas trabalhadoras, sobretudo, no aspecto territorial no cuidado em saúde.

Na opinião das trabalhadoras, se houvesse maior entendimento entre elas e a população, o cotidiano do serviço seria menos agressivo e estressante; as pessoas seriam mais bem informadas; haveria uma melhora com relação aos seus cuidados (maior adesão aos tratamentos, corresponsabilização do cuidado em saúde, menos condutas medicalizantes e mais foco em ações de promoção à saúde e prevenção de agravos); e assim, haveria qualificação do trabalho em saúde prestado à comunidade. Trazem ainda que, a partir desse diálogo, seria possível construir parcerias entre a clínica e a população nas lutas pela saúde.

Não obstante, as ACS foram as profissionais que mais identificaram o sentimento de solidão durante o trabalho (III), sobretudo quando estão realizando ações territoriais. Trouxeram ainda que, apesar deste sentimento, vêm o processo de trabalho entre as sete equipes como um só e que este deve ser realizado conjuntamente entre todas as categorias. A maioria das trabalhadoras referiram se sentir apoiadas entre outras da mesma categoria, o que não acontece entre categorias diversas, devido a um sentimento de competição e de hierarquia, como entre as ACS e as profissionais que compõem a equipe técnica.

As participantes também relatam a importância que os relacionamentos interpessoais possuem no cotidiano, pois reconhecem que as trabalhadoras que possuem mais afinidades entre si, para além do processo de trabalho, consegue desempenhá-lo de forma mais harmoniosa. A ausência de profissionais da equipe técnica em algumas eSFs da clínica e a forma diferenciada de comunicação e conexão entre os profissionais de cada equipe foram identificados como um complicador do processo de trabalho, sobretudo das ACSs que ficam no acolhimento da unidade, o que as fazem perder credibilidade e resolubilidade perante os usuários.

Além disso, apontam que a CFADS é uma unidade grande, o que torna a comunicação um de seus pontos mais frágeis. Relatam ter vários espaços de comunicação, como reuniões de equipe, reuniões gerais, conversas nos corredores e também uso do *Whatsapp*, mas que o modo e o conteúdo das informações que são transmitidas pela gestão chegam às trabalhadoras, muitas vezes, de forma não efetiva.

O uso do *Whatsapp* divide opiniões, pois ao mesmo tempo que foi identificado como um meio de facilitar e agilizar o compartilhamento de informações, que podem ser esquecidas no cotidiano, também foi colocado como um meio de afastamento do diálogo pessoal, que pode gerar más interpretações e que também se torna algo obrigatório quando muitas profissionais não consideram importante ser imediatista em responder mensagens *online*. Pode-se observar esta crítica também à construção do processo de gestão da clínica com os usuários, que preferencialmente utilizam meios individuais para resolução de questões que são comumente, do coletivo. Além disso, referem desconforto em ter que fazer uso de seus próprios pacotes de dados para este uso, visto que as CFs não fornecem internet para acesso em dispositivos de celulares.

Quanto à possibilidade de diálogo com os usuários (IV), pontuou-se não só a responsabilidade das trabalhadoras em oferecer informação sobre o serviço de saúde (bem como seus atravessamentos), como o papel da população na produção do cuidado e, conseqüentemente, o dever de valorização da clínica enquanto um serviço da comunidade.

Diante do contexto político municipal, notou-se um sentimento de desânimo e exaustão das trabalhadoras, que foi expresso em falas desacreditadas quanto ao processo de participação popular, como “nada”, “fazer a nossa parte”, “fazer com perseverança”. Da mesma forma, as falas das profissionais apontaram para o desejo de maior proximidade com os usuários, possibilitando a coletivização das lutas. Para esta aproximação, sugeriu-se o compartilhamento sobre a oferta de serviços da clínica, a importância desta oferta através da presença da CFADS no território, realização de salas de espera, Assembleias e espaços de reflexão contínua das trabalhadoras com os usuários e protestos.

Esses sentimentos podem ser atribuídos à tentativas progressivas de aproximação, sensibilização e mobilização da população do território quanto às pautas das trabalhadoras e ataques do governo, principalmente nos momentos de greve vivenciados.

Em anos anteriores, trabalhadoras se uniram para caminhar pelo território divulgando um abaixo-assinado, em prol da continuidade do trabalho da CFADS; além de realização de salas de espera, cartazes e varais informativos com os dados da diminuição das eSFs no município, informando sobre a importância do usuário para o serviço e mostrando a eles como

era antes e como seria após o desmonte, na linha tênue entre saber se as trabalhadoras estariam ali ou não no próximo dia de trabalho. Além disso, houve também a tentativa de construção de um CG, com convocação de lideranças do território, que não conseguiu se concretizar, conforme explicitado no capítulo anterior.

Com o fim da atividade foi possível compreender o panorama que as trabalhadoras possuíam a respeito da participação popular e o que, a princípio, estariam dispostas a construir conosco, a partir da proposição da Assembleia enquanto espaço coletivo para aproximação com os usuários, sugerido por unanimidade dos grupos.

Ao longo do processo de implementação da Assembleia Popular, também pudemos acompanhar um maior engajamento das profissionais, tanto nas assembleias das categorias, quanto nos atos e também, maior interesse nos processos de implementação deste espaço, a partir da divulgação aos usuários, desde o acolhimento ao encaminhamento dos usuários nos diversos serviços que a unidade oferece.

Continuamos construindo estratégias possíveis para a mobilização, indicando a importância destas trabalhadoras não só no processo de gestão da clínica, mas enquanto sujeitos da resistência na luta pela saúde pública do município e do território onde se encontram, tanto como moradoras como trabalhadoras.

7.2.CAPÍTULO 6 - ASSEMBLEIA POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHIDIO DIAS DA SILVEIRA: DO NASCIMENTO AOS PRIMEIROS PASSOS

Rhanna da Silva Henrique

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]

*Quando os pacientes perderem a paciência
Numa reunião qualquer do centro
comunitário do bairro
serão decididos os rumos da ciência.*

(BRONZATTO, 2013)

Diante das discussões apresentadas até então, o presente capítulo objetiva dar materialidade ao processo que desencadeou a realização de três Assembleias Populares na CFADS, ocorridas nos meses de agosto, novembro e dezembro de 2019. Como fontes de informação, foram usadas as atas e listas de presenças das Assembleias, a observação participante – que se deu a partir da inserção nesses espaços, e nossos diários reflexivos (DR) do ano de 2019, os quais trazem relatos dos acontecimentos a partir das perspectivas das residentes.

7.2.1. Assembleias Populares: a cogestão na prática

Advinda dos movimentos sociais, as Assembleias Populares podem ser um importante dispositivo de construção e manutenção de um processo político democrático, com vistas à participação direta e aberta à toda população. A definição de “espaço coletivo” de Campos (2013) foi um importante referencial teórico usado na operacionalização da Assembleia Popular na CFADS.

Para o autor, o espaço coletivo é “um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeitos e de Coletivos Organizados” (Ibidem, p. 153). Pode assumir a forma de equipes de trabalho, Conselhos de Cogestão, Colegiados de Gestão, reuniões, Assembleias, entre outros. Campos (2013) defende ainda a ideia de que espaços coletivos são

Espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) (CAMPOS, 2013, p. 153).

Esses espaços são uma forma de operacionalizar a cogestão, ou seja, o exercício da gestão enquanto tarefa coletiva, sem concentração nas mãos de minorias especialistas. Esta cogestão depende da produção de espaços coletivos que cumprem, além da função de

administrar os processos de trabalho, uma função de caráter político, ou seja, como um modo de mexer nas formas de poder. Além disso, têm as funções pedagógica e terapêutica, entendendo que esses espaços são produtores de reflexão crítica, de subjetividade e de construção dos sujeitos.

No campo da Saúde Pública, além do arcabouço legal trazido no segundo e terceiro capítulos, a extinta Política Nacional de Humanização (PNH) era um exemplo de documento norteador que trazia a gestão participativa e a cogestão como diretrizes, entendendo a indissociabilidade entre as decisões da gestão e a atenção à saúde. Essas são formas de produzir e organizar novos modos de cuidar e novas formas de produção de trabalho. A partir do envolvimento de trabalhadores e usuários na gestão dos serviços e da participação ativa no processo de tomada de decisões, o cuidado e a assistência deixam de ser restritos à equipe de saúde e passam a ser tomados como uma responsabilidade coletiva, com a população usuária assumindo o protagonismo no seu cuidado em saúde.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, p. 5, 2013).

Na busca de referências bibliográficas, nos deparamos com a incipiente produção de material sobre Assembleias Populares na APS. Perpetuando a sua história ligada ao campo de Saúde Mental, o mais comum foi encontrar relatos de experiências realizadas nos CAPSs. Sentimos, então, necessidade de ter contato com uma experiência já em curso. Foi assim que chegamos até o CAPS Neusa Santos Souza, em Senador Camará, na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

No local, a chamada Assembleia Comunitária acontece desde a recente criação do serviço, há três anos. Sob um sol quente do Rio de Janeiro, chegamos até o CAPS onde usuários e trabalhadores organizavam a roda no pátio para acomodar todas as pessoas que chegavam para Assembleia. A grande quantidade de gente no local pode ser explicada, em parte, pela estratégia empregada pela equipe de não realizar atendimentos clínicos ou outros serviços durante o momento, priorizando-o como um espaço de cuidado.

A minha experiência de Assembleia era pouco consensual, era dura. E, então em meio a meu doer dolorido me deparo com a Assembleia do CAPS, um lugar aconchegante (se assim pudesse descrever), em que os sentidos e sentimentos se afluam, em que se constrói algo centrado nos atores do território a partir de um discurso amigável e acolhedor, um discurso de escuta e construção coletiva. No CAPS curei minha ferida, enxerguei a possibilidade de uma relação mais horizontal de gestão e construção do processo de trabalho, uma linha que foge do gerencialismo brutal ao qual estamos submetidos, que respeita os lugares, que tem voz, tem sentimento e que tem também uma luta pulsante (Trecho de DR).

A partir do contato com essa experiência, pudemos ter maior clareza em como conduzir a implementação da experiência na CFADS, bem como sua materialização.

7.2.2. A concepção: fecundando ideias

Como já visto, o processo de implementação da Assembleia Popular na CFADS não refere-se apenas aos três momentos em que ela ocorreu de fato. Desde as primeiras conversas entre a equipe de residentes até as com trabalhadoras da unidade, estávamos reunindo esforços para que a Assembleia acontecesse. A comunicação torna-se um ponto chave para a sua adesão, uma vez que neste território ainda é pouco conhecida e vivenciada pela população. Por isso, após a visita ao CAPS Neusa, nos voltamos para pensar as formas em que seria feita a sensibilização da população usuária.

A começar pela formulação do convite, sempre houve a preocupação de que os processos se dessem coletivamente, de forma que a Assembleia Popular não cumprisse uma função meramente burocrática, sendo um projeto de intervenção atrelado somente à obrigatoriedade do Programa de Residência. A partir dessa perspectiva, a participação dos sujeitos é fundamental para manutenção e continuidade do espaço.

Após a construção prévia de um modelo de convite, contamos com a participação de trabalhadoras e usuários para a sua finalização. Por exemplo, uma ACS trouxe a importante visão de que a palavra “assembleia” na comunidade estava associada à Igreja Assembleia de Deus e, por isso, seria importante não dar tanto destaque à expressão “Assembleia Popular” em um primeiro momento. Assim, junto a outras contribuições, chegamos ao convite usado para divulgação da primeira Assembleia, no dia 20 de agosto de 2019 (Figura 01). A data foi escolhida para viabilizar a participação de todas as trabalhadoras, pois no turno da tarde, a terceira terça-feira do mês é um dia de disponibilidade dos trabalhadores na unidade.

A ideia inicial era articularmos algumas estratégias de divulgação, feitas concomitantemente. A principal aposta era no território, na possibilidade de diálogo com a população. Contudo, nos deparamos com a realidade que não acompanha nossas tabelas e planilhas de planejamento. Só no mês de agosto, a clínica fechou duas vezes nas primeiras duas semanas em decorrência de conflitos armados no Jacarezinho. Ao mesmo tempo em que isso ratificava a necessidade de diálogo entre população e trabalhadores, também nos impedia de estar na comunidade.

Com as operações policiais, tivemos nossos meios de divulgação cerceados: ir ao território era impossível. De porta em porta muito menos. Houve até a ideia de um

jingle de som para andarmos na comunidade, mas não tivemos braços (Trecho de DR).

Diante desse cenário, a *internet* foi uma grande aliada. Nesse caso, diferente do caráter individualizante referido em outros momentos do presente trabalho, a página do *Facebook* da unidade, bem como grupos de *Whatsapp* (com usuários e trabalhadores) foram meios eficientes de comunicação com a população. No dia 14 de Agosto publicamos o convite da 1ª Assembleia Popular na plataforma digital e a postagem atingiu um grande número de pessoas, gerando muitas interações e comentários (Figura 02).

Outra estratégia foi a divulgação nos espaços da própria clínica, como nos grupos, murais informativos, salas de espera (no acolhimento, nas filas da farmácia e da vacina), em reuniões de equipe e durante as consultas, no próprio consultório. Também fizemos contato com trabalhadoras da XXIII RA, Conselheiros Distritais de Saúde e com outros equipamentos sociais, como Associação de Moradores, CAPS e CRAS.

Além das necessárias estratégias para sensibilizar a população, o capítulo anterior abordou o esforço de dialogar com trabalhadoras, uma articulação que se revelou um desafio. Encontramo-as muito desmotivadas, o que gerou questionamentos a respeito do projeto de intervenção, como sugerem trechos de nossos DRs.

Depois de nos organizarmos para botar em prática nosso projeto, ouvimos de muitas pessoas que a ideia não era tão boa assim, que outras vezes já tentaram e o resultado foi desanimador (Trecho de DR).

Várias vezes neste mês me perguntei se não estávamos dando passos maiores que nossas pernas com nosso projeto de intervenção. Se fazer assembleia, reunir pessoas, não seria uma resposta a um desejo nosso, e não algo construído coletivamente. Uma assembleia de residentes para residentes, este era meu maior medo (Trecho de DR).

No meio do esgotamento dos profissionais e nosso, atravessados pela descrença dos pacientes, fiquei ansiosa. Haveria energia para uma Assembleia? Haveria recursos internos de cada sujeito para isto? (Trecho de DR).

Contudo, essas incertezas foram se dissipando no decorrer do processo de implementação. Embora não em maioria, encontramos trabalhadoras que apostaram no projeto desde o início, passando a integrá-lo e a construí-lo coletivamente, mesmo em meio a um cenário tão complexo. Assim, a Assembleia na CFADS deixa de ser pensada e feita por residentes e para residentes, mas se constrói, ainda que timidamente, enquanto projeto coletivo, como veremos a seguir.

7.2.3. Parto, partimos, partiremos: o nascimento da Assembleia

Ainda que houvesse muitos esforços para coletivizar ao máximo todas as etapas e processos de implementação da Assembleia, entendemos que o início foi marcado por um

protagonismo da nossa equipe de residentes. No dia da 1ª Assembleia, foi pactuado com a responsável técnica (RT) da enfermagem que a mesma estivesse representando a gestão da unidade; assim como com a farmacêutica, para explicar como se dá o fluxo do seu setor e o motivo do seu fechamento em determinadas ocasiões, pauta que, a partir de nossa observação, entendemos mobilizar a população usuária e também trabalhadores.

Estiveram presentes no auditório da clínica 61 pessoas, dentre as quais 18 eram usuários e 34 trabalhadoras da clínica, sendo 9 residentes (Figura 03). O número é significativo, considerando as reduzidas formas de divulgação e o fato de ter sido um dia de chuva, quando geralmente há expressiva redução na frequência de usuários da CFADS.

E no fatídico dia, tomadas pela ansiedade e pela expectativa nos surpreendemos! Adentro o auditório da clínica e vejo a sala cheia, foram em média 60 pessoas participantes do espaço, trabalhadores e usuários que se demonstraram abertos ao diálogo, dispostos a falar e reconstruir um canal, muitas vezes dado como perdido, de confiança e trocas (Trecho de DR).

A Assembleia foi mediada por uma de nós, que a iniciou explicando brevemente a proposta: um espaço aberto e suscetível a tomar a forma que os presentes achassem mais adequada. Foi sugerido que quem quisesse se colocar levantasse a mão, para que fosse levado “o bastão da palavra”. “Foi um jeito que encontramos de não fazer algo super formal, como inscrição de fala, mas também tentar organizar, com uma fala por vez, permitindo que a gente se ouvisse” (Trecho de DR). Todos concordaram com a proposta. Esse modo de funcionamento se seguiu pelas outras Assembleias.

Na ocasião, as pautas giraram em torno da conjuntura da saúde do Rio de Janeiro, o funcionamento da própria unidade, a forma de acesso à saúde antes da CFADS e a violência no território. A RT iniciou sua fala fazendo uma análise de conjuntura. Isso incentivou a participação de outras pessoas e, em seguida, usuários também se posicionaram. Ao menos dois destacaram a pouca presença da população na Assembleia Popular. Junto a isso, a CFADS foi reconhecida como um importante equipamento social do território, sendo necessário que a população lute para a garantia dos direitos sociais conquistados. O histórico do acesso à saúde foi trazido por um usuário que lembrou quando precisava ir até o Posto de Atendimento (PAM) do Méier e nem sempre conseguia atendimento. Agora, relatou, ele não passava mais por esse problema. De modo geral, nessa 1ª Assembleia, foram feitos muito elogios aos trabalhadores e à unidade.

Confesso que estranhei bastante não termos críticas. Alguns ensaiavam algo, mas logo traziam outro elogio à equipe ou a um momento específico em que foi bem atendido. Depois refleti que a Assembleia se deu como deveria ser: um primeiro passo para limpar terrenos, vincular usuários e profissionais (Trecho de DR).

Usuários questionaram qual era o canal direto possível para pressionar a OSS e a Prefeitura com vistas a garantir o recebimento dos salários. A ouvidoria da Prefeitura foi apontada por trabalhadoras como sendo esse canal de comunicação, mas houve também destaque para própria Assembleia como espaço potente para construção de respostas que não estão prontas e precisam ser de elaboração coletiva.

A fala da farmacêutica da unidade sobre a organização da farmácia foi um momento que oportunizou aos usuários um espaço para esclarecer suas dúvidas e à trabalhadora a possibilidade de visibilizar fluxos muitas vezes ocultos, mas que interferem diretamente no processo de trabalho e no acesso (ou falta dele) a medicamentos.

Outro tema abordado na Assembleia foi a violência. O ponto foi levantado por uma moradora da comunidade, no território há 50 anos. A mesma começou sua fala trazendo o panorama da dinâmica do acesso à saúde antes da existência CFADS. Relatou que era preciso pegar filas de madrugada, o que eventualmente implicava na exposição a tiroteios. Por isso, entendia o fechamento da clínica nesses episódios. A usuária se mostrou agradecida por ter acesso à CF, sendo uma mulher viúva e sem plano de saúde.

Um dos momentos importantes foi a compreensão que os usuários demonstraram sobre o fechamento da unidade em dias de conflito. Uma usuária relatou que não compreendia essa orientação, até o dia que, infelizmente, estava dentro da unidade em um confronto. Segundo ela, teve uma sensação desesperadora tão grande, que hoje em dia conversa com todos os vizinhos e familiares sobre a importância de garantir a segurança dos profissionais nesse contexto, visto que a estrutura física da clínica não é de alvenaria, o que configura um sentimento de desproteção muito grande (Trecho de DR).

Ainda sobre a violência, uma ACS reforçou a fala anterior. “Só quem vivencia tiroteio dentro da clínica, passando sufoco, é que entende o medo. A parede não é de alvenaria, é muito vulnerável”, relatou. Explicou que fechar é uma alternativa para resguardar a vida das trabalhadoras e moradoras. “Quando tem tiroteio só contamos com a oração e o chão. Todos nós temos vivido as coisas aqui contando com esse apoio”, completou. Nesse sentido, outra ACS afirmou que há de se ter atenção para naturalização e banalização da violência. “Para aqueles que moram na favela, existe o costume de se acostumar com o que é ruim, mas isso não é positivo”, ela expôs. Em sua visão, o fechamento da CF durante confrontos contribui também para a segurança dos trabalhadores que moram fora do território, prevenindo o desligamento destes por medo da violência.

Tivemos alguns acessos vermelhos no território, mas mais do que isso. Quase todos os dias nos sentimos acuados e ameaçados pelas operações policiais. Quase não consigo me lembrar de dias em que não ouvíamos nenhum disparo, ou que não tínhamos que estar muito atentos às movimentações dos policiais e dos “meninos”. Vivemos um episódio, especialmente marcante de grande desespero e furor. Uma sexta feira na qual tinha em média uma centena de usuários na clínica e os tiros

permaneceram constantes por quase duas horas seguidas. Mais recentemente, antes mesmo de conseguirmos chegar lá, vivemos através dos grupos de *Whatsapp* o verdadeiro pavor dos nossos trabalho ao companheiros de vivenciarem uma operação em que o “caveirão voador” atuou, disparando de cima, contra os arredores da clínica e grande parte do território do Jacarezinho. Vivemos de longe o pavor dos usuários também, a incerteza de voltar para a casa, a destruição do inseguro lar, a negação do direito de ir e vir, o desprezo por suas vidas e histórias por este Estado genocida. Vivemos a dor deles, que também é minha, vivemos a nossa dor (Trecho de DR).

Desses apontamentos feitos em Assembleia emerge uma contradição que atravessa o cotidiano de trabalho. Desvela-se uma realidade presente nos territórios de favela e que, portanto, não se restringe à CFADS. A associação entre voltar para casa e a sensação de segurança é um privilégio daquelas que, assim como nós, apesar do comprometimento com o local enquanto trabalhadoras, não residem ali.

Caminhando para o final do encontro, uma médica destacou para a população o momento importante em que a clínica se encontrava, com todas as equipes completas e com ofertas de várias formas de atendimento que não apenas o individual, no consultório. Relatou a importância de sentir seu trabalho reconhecido, mas frisou que a Assembleia é também um local de apresentação de críticas, possibilitando, assim, sugestões coletivas e a proposição de soluções. Na mesma direção, a RT explicou o novo fluxo de acolhimento, o que desencadeou perguntas sobre o funcionamento da ultrassonografia e o horário da coleta de sangue.

Encerrando as falas, o conselheiro distrital de saúde, morador do território e presente no local, apresentou o Conselho, explicando como o mesmo acontece e convidando a população a estar presente. Ao final, foi encaminhada a data da próxima Assembleia, no dia 17 de setembro, às 15h30. Em seguida, um usuário solicitou a presença da gerente na próxima reunião.

Se por um lado há uma descrença nos espaços representativos, formais, por muitas vezes carcomidos pela velha política, doses de burocracia e cooptação, por outro, há um contexto que demanda urgência na produção de encontro e do diálogo. Não nos furtamos disso, de enfrentar as necessidades que a conjuntura nos pede, mesmo que na micropolítica. Para mim, é uma grande ousadia. Mas, como diz a frase empunhada em Maio de 68 nas ruas de Paris: “Sejamos realistas, peçamos o impossível”. Que as próximas experiências da Assembleia nos tragam buracos, erros e ainda mais experiência para construir e seguir apostando no processo e não, necessariamente, no fim (Trecho de DR).

Essa primeira experiência reforçou o desafio de divulgar mais o espaço e construí-lo cada vez de forma mais coletiva, junto a trabalhadores, usuários e atores sociais. O encontro foi potente e, além da troca entre população e trabalhadoras, possibilitou que a própria população dialogasse entre si, identificando alguns pontos de encontro entre as relações que desenvolvem com a CFADS, incluindo aspectos negativos e positivos.

7.2.4. Engatinhando: o ensaio do caminhar

Nos dois meses subsequentes, setembro e outubro, a Assembleia foi novamente atravessada pela violência armada no território. Como as datas agendadas eram próximas do final do mês, não foi possível remarcar-las (Figura 04).

Antes de sair de casa fui olhar o celular. Tiros. Helicóptero. Profissionais desesperadas. Pessoas sem ter para onde ir. Caveirão. Uma funcionária desmaiou. Mais tiros. Muitos tiros. Acesso vermelho. Fiquei sentada no sofá sem saber exatamente o que fazer. É uma sensação estranha. Como se fosse um mundo paralelo. Perto de mim tudo estava igual. A padaria da minha rua estava aberta. Os porteiros estavam na portaria. Os carros entravam e saíam do condomínio. Os vizinhos da frente tomavam café. As pessoas passeavam com os cachorros. Os ônibus passavam cheios e o motorista acelerava para não pegar mais gente no ponto. Num outro lugar, não tão distante, as pessoas estavam vivendo uma verdadeira guerra. Silêncio dentro de mim. Queria que o mundo parasse para saber que essas coisas acontecem. Não sei descrever muito bem os sentimentos que me atravessam nesses momentos. Também acho que não é preciso. Quem me lê nesse exato momento entende o que eu falo (Trecho de DR).

Paralelamente, houve a agudização da crise da saúde no município do Rio de Janeiro. No mês de outubro teve início a greve dos trabalhadores da saúde contratados via OSSs. Em meio a longos meses de atrasos salariais, ameaças de perda do emprego e paralisações de 100% dos trabalhadores, o movimento perdurou até o mês dezembro.

O contexto contribuiu para o desestímulo dos profissionais em estarem no espaço de trabalho e também, para seus processos de adoecimento. Junto a isso, a pouca mobilização das demais categorias em um processo coletivo foi um limitador do processo de greve coletivamente. Uma das maiores apostas dos profissionais eram a participação na Assembleia Popular e o diálogo com os usuários, que devido à ocorrência de operações policiais, não aconteceu (Trecho de DR).

7.2.5. Desenvolvimento: o equilíbrio dos primeiros passos

Dado o contexto, as estratégias de divulgação para a Assembleia de novembro ocorreram nos moldes da primeira. Uma mudança significativa foi a data. Diante do cenário de greve e de organização atípica do calendário das trabalhadoras, a segunda Assembleia foi marcada para a primeira semana, no dia 05 de novembro. Assim, diante de alguma intercorrência, poderíamos reagendá-la ao longo do mês.

Para nossa surpresa, as profissionais começaram a nos procurar para agendarmos uma nova Assembleia (...) Começamos a divulgação com poucas semanas de antecedência, mas contando com o apoio de algumas trabalhadoras e dos usuários com quem tínhamos mais vínculos (Trecho de DR).

A Assembleia de novembro contou com um total de 48 participantes, dentre os quais 21 eram usuários e 18 trabalhadoras, dos quais 9 eram residentes (Figura 05). Isso expressa um aumento na presença da população, mas uma queda em relação à participação dos trabalhadores.

Diferente da primeira experiência, dessa vez houve esvaziamento de profissionais. Entendo que é muito em função das greves e faltas de salários, a desmotivação é geral. Mesmo sabendo que esse é um espaço muito potente de fortalecimento coletivo, acho natural que as pessoas estejam muito cansadas, ao ponto de não quererem mais fazer movimentos (Trecho de DR).

Não havia ninguém representando a gestão da unidade. A enfermeira de uma das equipes, junto de uma de nós, fez a mediação do espaço. Isso já significa um avanço em relação à primeira, mediada apenas por residentes. Ela iniciou sua fala informando sobre a não realização das Assembleias nos meses anteriores, associando o fato aos confrontos no território. Disse-se triste por isso, pois é algo que afeta trabalhadoras e usuários.

Em seguida, foi a vez de uma usuária se colocar.

A primeira fala de uma usuária foi sobre a falta de insumos e infraestrutura da clínica, a impossibilitando de ter acesso à sua saúde, por isso, aquilo ali “podia fechar e virar um Guanabara”, pois assim seria mais útil. Apesar de uma fala difícil de ser ouvida, achei muito necessária e levada ao local certo! Afinal, a ideia não é a Assembleia ser apenas um lugar de elogios e consensos, mas sim de discussão coletiva dos conflitos que perpassam o cotidiano de tantas pessoas (Trecho de DR).

“Eu entendo minha querida”, gostaria de ter falado para a senhora. Eu entendo que aqui não está oferecendo cuidado em saúde que você precisa. Entendo que um mercado ia ser melhor, que assim, pelo menos, o acesso ao alimento estaria mais perto. Dói em mim, também. Sei que quando não se tem o básico, é mais difícil investir em movimentos de luta (Trecho de DR).

Neste momento, para minha surpresa, vários usuários tomaram a fala, explicando as vantagens e atributos da atenção básica. As trabalhadoras puderam falar sobre o contexto de greve (Trecho de DR).

Muitas falas posteriores, principalmente de usuários, vieram em resposta a essa, sobre o fechamento da unidade. Uma usuária se posicionou afirmando que, apesar de todas as dificuldades, o melhor para toda população é a CFADS permanecer aberta e ofertando os seus serviços. Outros usuários trouxeram suas histórias de vida relacionadas à clínica, como a assistência ao filho com autismo, à mãe acamada ou mesmo atendimentos em momentos de emergência. Numa postura de muito acolhimento, uma usuária afirmou se sentir muito bem em relação ao atendimento, mas que entende que “cada caso é um caso”. “A dor do outro pode não ser igual a minha, mas é uma dor”, terminou dizendo.

Novamente, como na primeira experiência, trabalhadoras explicaram questões mais específicas da unidade, como a ausência de alguns profissionais ou o fluxo de determinada equipe. Além disso, a Saúde Pública foi abordada a partir de um aspecto mais amplo, como a legislação do SUS, divisão em saúde no município em áreas programáticas, a gestão via OSS, planejamento e orçamento anuais da saúde e as relações disso nos atrasos salariais e greves. As pessoas presentes foram convidadas a se somar ao ato que teria em frente à Prefeitura, no dia 11 de novembro.

Uma característica marcante dessa Assembleia foram as falas de usuários relacionando a conjuntura local com a gestão municipal. Diante de uma gestão eleita sob a promessa de cuidar da saúde das pessoas, a realidade se confronta a todo tempo com uma falaciosa campanha. As falas trouxeram uma perspectiva mais ampla do que aquela centrada apenas na própria unidade. A falta de medicação, salários, equipamentos e manutenção que, em muitos momentos do cotidiano, são questões associadas pela população apenas ao microuniverso da CFADS, ganharam contornos mais gerais. Aos menos quatro usuários se expressaram em favor de manifestações, reforçando a necessidade da população comparecer. Um deles enfatizou a importância de ser um ato pacífico, com tentativa de diálogo, apesar de ele reconhecer que o atual prefeito “não é do diálogo, é do impulso”. Foi sugerida uma manifestação em frente à própria unidade, para expor a realidade vivida no território.

Outro fato que ganhou destaque - a partir da nossa perspectiva - nessa Assembleia foi um usuário que levou pautas e sugestões a serem discutidas coletivamente. O mesmo havia ido à primeira e a partir da sua vivência do espaço se motivou a participar mais ativamente. Sua fala foi embasada por legislações e entre as suas propostas estava a criação de um Conselho Apoiador, formado por usuários do grupo de atividade física para facilitar a comunicação entre trabalhadores e usuários. Ademais, ele citou o Conselho Distrital como espaço a ser ocupado pela população, se colocando à disposição para tal. Após uma análise de conjuntura da cidade do Rio de Janeiro, finalizou sua fala enfatizando a saúde, dentre outros setores, como direitos constitucionais. Diante da não garantia desses direitos, é preciso que a população lute por eles. “O usuário não pode ficar calado!”, encerrou dizendo. A fala do usuário demonstra uma apropriação do espaço e seus efeitos enquanto gerador de reflexão crítica, podendo aproximar todos os envolvidos do exercício da cogestão.

Um dos usuários tinha, inclusive, construído um papel com pautas para tratar ali (...) Posteriormente, ele foi até a manifestação que teve em frente à Prefeitura. É um trabalho de formiguinha. Em uma Assembleia, um passa a se motivar a estar em espaços de mobilizações... Na outra, já tem mais gente interessada... Depois, um vai falando com o outro e por aí vai... Leva-se tempo para a construção de uma participação popular. Sei que dentro da residência não iremos colher todos os frutos do que estamos plantando, mas é muito bom saber que nos propusemos a construir algo que fizesse sentido para o lugar que nos inserimos e para o nosso processo como um todo (Trecho de DR).

Ao final da segunda Assembleia, a data da próxima, última do ano, foi definida para o dia 10 de dezembro de 2019.

7.2.6. Primeiros passos: encontrando apoio para seguir

Diferente das outras duas Assembleias, a de dezembro se deu em meio a outras condições, tanto no que diz respeito à comunicação e divulgação quanto à realização em si.

O contexto era difícil. Incerto. Duvidoso. Estávamos vivendo pela primeira vez um processo de paralisação geral das unidades de saúde da família, com indicação de 100% dos serviços parados, devido ao não pagamento dos salários e pela falta de insumos e condições mínimas de trabalho (Trecho de DR).

A começar pela divulgação, além das redes sociais e espaços da clínica, também pode ser feita no território. Quatro de nós, junto ao voluntário da CF, fomos até a comunidade distribuindo convites e colando cartazes em pontos estratégicos, como algumas lojas do comércio, bares, restaurantes, igrejas e padarias, tudo com permissão dos proprietários (Figura 06). Nesse momento também pudemos contar com a participação da Associação de Moradores, que além de imprimir mais convites e cartazes – uma vez que os que levamos foram insuficientes – divulgou também em suas próprias redes sociais.

Foi uma vivência incrível poder ter tempo para conversar com a população sobre a situação da greve e a importância da participação deles para a luta por direitos. No Jacagrill, restaurante que vez ou outra almoçamos, conversamos com a L., com a N. e com a E., que prontamente colaram o cartaz no salão de refeição do restaurante. Na lojinha de mochilas, trocamos bons papos com o Sr. W., que afirmou a indignação com a gestão do governo municipal, estadual e federal. Fomos ao Bar do E., famoso pela deliciosa feijoada (...) Logo em frente, colamos cartazes na loja de material de construção do W. Lá, conversamos com C. que ficou com um bocado de panfletos para convidar os clientes da lojinha para a Assembleia. J., vendedora da loja de roupas, disse que sua tia estava sem remédio para o tratamento da Diabetes Mellitus, e que a sua família dependia da Clínica para poder se cuidar (Trecho de DR).

Em meio à greve e paralisações, a oportunidade de estar no território foi de grande relevância para entendermos um pouco melhor como era a compreensão da população sobre o que estava acontecendo. Muitas pessoas, usuárias frequentes da CF, sabiam da greve e que o funcionamento não estava regular, contudo, quando perguntadas sobre os motivos para tal, era comum que poucas soubessem responder. Ao expormos a situação do atraso de quase três meses nos salários das trabalhadoras, a falta de diversos insumos e também de condições mínimas de trabalho, era frequente haver espanto por parte da população.

Por outro lado, foi possível dialogar também com quem não chega até a unidade. Houve muitos relatos de descrédito do modelo de ESF, alegando dificuldade em conseguir atendimento. Como vimos, isso se dá em consequência de um processo no qual houve distanciamento da população na construção do serviço. Mas não só isso: as dificuldades que a clínica tem na oferta de cuidados em saúde são reflexos do contexto de desmonte da Saúde Pública. Ademais, percebe-se que a insatisfação da população tem relação com a valorização

da clínica enquanto um espaço de oferta de práticas médico-centradas, ou seja, reforça que quando há ausência de atendimentos médicos, há redução da frequência na clínica.

Em relação às trabalhadoras, contamos com importantes participações durante a divulgação. Mesmo com o número reduzido, quem estava presente se comprometeu e acreditou na proposta do espaço. “Um dos cenários mais críticos que nós residentes e os profissionais da clínica já passaram, mas mesmo assim a Assembleia foi muito potente” (Trecho de DR).

No dia da Assembleia, 10 de dezembro, como efeito do processo político em curso, a clínica estava funcionando com poucas trabalhadoras. Para garantir a presença dos mesmos, optou-se por realizar a Assembleia no espaço do acolhimento, uma vez que essas trabalhadoras precisavam estar no local recebendo, informando e encaminhando quem ia até a unidade buscar por atendimento ou informações.

Acolhimento abafado, cadeiras mais duras, muito calor e mosquitos. Confesso que fui reticente sobre realizar a Assembleia no acolhimento (...) Felizmente estava errada (Trecho de DR).

O fato mencionado explica o baixo número de trabalhadoras na 3ª Assembleia, um total de 12, contando com 5 de nós e, pela primeira vez, com a presença da gerência da unidade. Quanto à presença de usuários, o número foi o mais alto desde a primeira, chegando a 26. “Vários usuários afirmaram que estavam indo na Assembleia pela primeira vez, e que tinham ficado sabendo por familiares e pelos cartazes nas ruas” (Trecho de DR).

Aos poucos, foram chegando usuários e profissionais. Pessoas que conhecíamos dos grupos, e usuários que nenhuma de nós residentes havíamos conhecido. Juntamos as cadeiras, e pronto, posso dar o pontapé inicial ao momento (Trecho de DR).

A Assembleia foi aberta por uma enfermeira da unidade, o que reforça, em alguma medida, a apropriação do espaço pela trabalhadora, não sendo necessário que uma de nós o iniciasse. A mesma se disse triste e desmotivada com a atual conjuntura, nunca tendo visto isso acontecer em anos anteriores. A gerente da unidade fez uma breve análise de conjuntura, retomando os objetivos da ESF, fazendo relação com a APS em outros países e no município do Rio de Janeiro. Sobre a CFADS, mais especificamente, destacou a formação técnica dos trabalhadores, muitos especialistas em Saúde da Família. Reforçou a saúde como um direito social, pago através de impostos por toda população. Encerrou sua fala apontando a Assembleia como um momento importante para sentir que a população apoia e se coloca junto às trabalhadoras na luta pela saúde, apesar do sentimento de solidão existente no processo de greve.

Em seguida, foi a vez de uma usuária se posicionar, retomando um assunto já trazido em Assembleias anteriores, o papel da CF na prevenção e promoção da saúde. Afirmou que apesar de não frequentar muito a clínica, entendia que a sua família estava sendo prejudicada e indagou às trabalhadoras presentes como a população poderia ajudar. Essa tentativa de obter resolução das trabalhadoras sobre o papel da população apareceu nas três Assembleias. Destacamos aqui o fato das respostas das trabalhadoras não terem limitado a participação popular a espaços já instituídos. Ao menos se propuseram a definir contornos, recusando formulações já prontas. Pelo contrário, as mesmas se posicionaram no sentido de construir coletivamente propostas para essas inquietações.

A médica que estava presente fez um resgate de outros anos, apontando que não é o primeiro ano de greve, mas que sente uma perda na capacidade de mobilização de trabalhadores e da população. Sugeriu que fossem feitas manifestações mais próximas do território, pois assim a população se aproximaria das questões que tanto afetam suas vidas. A partir dessa fala, é possível pensar que a aproximação da Assembleia com o território poderia provocar outro movimento: o próprio espaço refletindo as necessidades da população.

A mesma médica apontou o horário de manhã como sendo potente para uma manifestação, uma vez que o grupo de atividades físicas da unidade concentra um grande número de pessoas que poderiam se somar na luta. Além disso, falou sobre o próprio espaço da Assembleia e o seu caráter permanente, apontando-a como um direito à participação popular garantido na CF88, no qual a população pode se somar na gestão da CF.

Foi também emocionante ver a fala das profissionais presentes (...). A apropriação que tiveram com o espaço da Assembleia. Me lembro da J. falando: “Porque esse espaço é importante não só no momento de greve. Nós precisamos saber o que vocês pensam e podemos construir melhorias para a Clínica no dia a dia (Trecho de DR).

A partir dessa fala, a construção da Assembleia tornou-se o seu próprio objeto de interesse e discussão. Num movimento de metalinguagem, uma usuária fez uma crítica, afirmando não ter tomado conhecimento sobre as Assembleias anteriores. Falou que a divulgação precisa melhorar, a colagem de cartazes na rua não seria tão eficaz e a página da clínica no *Facebook* ainda seria pouco acessada. Sugeriu que a divulgação fosse feita no grupo dessa mesma rede social, chamado “Jacarezinho RJ”, que concentra grande número de moradores participantes. Colocou-se disponível para participar da divulgação dos próximos espaços, apontando a necessidade de melhora na comunicação, inclusive no que tange à sua adequação em relação à linguagem, tornando-a mais acessível à população. Sugeriu também que a Assembleia acontecesse em outros espaços, dando o exemplo da XXIII RA, localizada próxima à CF, num local de grande fluxo de pessoas e com melhor visibilidade. “A saúde está

agonizando, se ao menos metade da comunidade participar, poderemos fazer a diferença”, apontou.

Diante dessa fala, a residente mediadora propôs que o coletivo pensasse em ações possíveis para aumentar a presença da população nas Assembleias. Esse foi um momento que gerou grande interação, com muitas pessoas dispostas a falar e dar suas sugestões. Dentre elas, a divulgação entre conhecidos foi apontada como muito eficaz; um carro de som divulgando a Assembleia na comunidade; distribuição de panfletos com explicações claras em igrejas, com o destaque para figuras religiosas como pessoas estratégicas; realização das Assembleias aos finais de semana, para que usuários trabalhadores consigam estar presentes; ações mais lúdicas de divulgação no território; e realização da Assembleia de forma itinerante, acontecendo em diferentes locais dentro do próprio território, como forma de possibilitar a inclusão de pessoas com dificuldade de locomoção.

Como sugestões e encaminhamentos dessa Assembleia, tirou-se a realização de uma manifestação na sexta-feira seguinte, na parte da manhã, em frente à CFADS, em defesa do direito à saúde e contra os sucessivos desmontes. Para organização e divulgação do ato e das próximas Assembleias, foi formada uma comissão composta por dois usuários, residentes do segundo ano e três trabalhadoras, sendo o *Whatsapp* o principal meio de comunicação. Articulou-se, ainda, a concentração e saída conjunta de usuários e trabalhadoras em direção ao ato público do dia 11 de dezembro, em frente ao Tribunal Regional do Trabalho, onde ocorreria a Audiência Pública sobre o dissídio da greve. Foi apontada ainda uma data possível para a 4ª Assembleia, a se realizar em janeiro de 2020, dia 21.

Vivenciamos ao longo de sua construção momentos difíceis diante da conjuntura e perspectiva de futuro, e vimos como os profissionais e usuários apostaram nesta ferramenta para seguir lutando junto à população. Foi neste espaço que se ecoaram falas sobre o apoio a greve dos profissionais, a construção de manifestações e comissões de usuários, este foi o lugar de solidariedade e de compartilhamento entre profissionais e usuários (Trecho de DR).

A partir da realização da Assembleia de dezembro, surge, então, o desejo coletivo de organizar uma manifestação em frente à própria CFADS. O ato, contou com a participação de, aproximadamente, 100 pessoas (Figuras 07 e 08). Na Avenida Dom Helder Câmara¹⁹ ecoaram as vozes daqueles (as) que acreditam na luta por direitos e participação popular como ferramenta democrática. Abaixo, trechos dos nossos diários reflexivos narram o episódio a partir de diferentes olhares e percepções.

Fiquei surpresa ao ver que a associação de moradores tinha mandado um carro de som! Muitos profissionais foram para clínica apenas para manifestação, visto que

¹⁹ Rua onde se localiza a Clínica da Família Anthídio Dias e onde ocorreu o ato.

estavam em paralisação. Foi um momento de muita força. Fiquei muito orgulhosa em compartilhar o cotidiano profissional com pessoas de luta e comprometidas com a saúde pública. Não era só pelo salário (Trecho de DR).

No dia 13 de dezembro marchamos nas ruas adjacentes à Clínica, fazendo ecoar nossas vozes, juntamos pouco mais de cem pessoas entre profissionais e usuários em um ato em defesa do SUS e da saúde pública, em defesa dos nossos direitos. Ouvimos Dona M. clamar pela participação dos moradores, os Agentes Comunitários de Saúde gritarem palavras de ordem e falas dos profissionais dialogando sobre a situação da saúde com quem passava. Nos unimos a equipamentos do território, como a associação de moradores e a lideranças de Manguinhos para construir algo sem igual, para se fazer ouvir, para LUTAR. Nos despedimos, mas levamos conosco esse fervor, levamos a força da luta coletiva (Trecho de DR).

Se entendemos que a realização de três Assembleias no curto espaço de cinco meses é o começo de um processo que tem muito a caminhar – dando, portanto, seus primeiros e tímidos passos –, uma manifestação que foi organizada a partir desse espaço e que mobilizou tantas pessoas é um sinal positivo para sua continuidade. O ato, portanto, aqui ganha destaque na medida em que efetiva a Assembleia como um potente espaço coletivo de articulação.

7.2.7. Caminhando: a construção de uma direção coletiva

Ainda que a experiência descrita se passe num curto período de tempo e esteja localizada em um contexto muito específico, consideramos que as três Assembleias realizadas na nossa presença, bem como aquelas que não puderam ocorrer, foram significativas em termos de fomentar a participação popular, como era o nosso objetivo.

As discussões realizadas nos espaços e seus desdobramentos, como é o caso do ato relatado anteriormente e da participação de usuários em outras manifestações pela cidade, mostram toda a potência das Assembleias Populares na CFADS. Daí se explica o receio de que esse processo que vem se construindo e que teve muitas etapas até aqui se encerre com a nossa saída.

O mês de janeiro de 2020, quando estávamos de férias e, portanto, fora da clínica, era uma incógnita. Mesmo que tenhamos feito articulações com trabalhadores e usuários da clínica não sabíamos se a Assembleia ocorreria. Mostrando que a caminhada coletiva vale a pena, mesmo que a passos lentos e num trajeto cheio de idas e vindas, as próprias trabalhadoras e usuários articularam-se e organizaram a Assembleia de Janeiro. A mesma ocorreu no dia 21 de Janeiro de 2020 e contou com a participação de 3 trabalhadoras e 8 usuários. Segundo os registros em ata, foram discutidas pautas como equipamentos de saúde existentes no território e a falta de equipamentos de lazer; a atual situação da saúde no Rio de

Janeiro, greves e atrasos nos salários; o funcionamento do Conselho Distrital; e fluxos internos da unidade. Além disso, o grupo também pactuou uma data para a realização da próxima Assembleia, em fevereiro.

Vimos assim, o projeto de intervenção de uma equipe de sete residentes multiprofissionais em saúde começar a caminhar com as próprias pernas e ir ao encontro do seu principal objetivo: resgatar a aposta na organização popular como ferramenta de mudanças.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ASSEMBLEIA POPULAR NA CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA

O presente capítulo tem por objetivo apresentar as etapas do monitoramento e da avaliação (M&A) da experiência descrita acima, bem como seus resultados. Entendemos que estas etapas da intervenção são necessárias, uma vez que contribuem para a sua adequação à realidade, manutenção e continuidade.

Segundo Portela e Martins (2010), o monitoramento é uma atividade que verifica o desempenho dos serviços de saúde de forma contínua ou periódica. Neste avalia-se a qualidade do desempenho, as possíveis causas do problema de qualidade identificadas, propõe-se modificações e acompanham-se os efeitos dessas ações no desempenho.

Já a avaliação em saúde busca explicar a relação entre a ação e seu resultado. Através dela é possível identificar problemas do plano de ação e aprimorar a intervenção (TOLEDO *et al.*, 2017).

No caso da Assembleia Popular, acreditamos que seja possível, a partir do processo de monitoramento, qualificar a intervenção, bem como direcionar sua divulgação, contribuindo, dessa forma, para sua manutenção.

Como apresentado anteriormente, identificamos como situação problema a **incipiente participação popular e organização coletiva de usuários e trabalhadores na gestão da CFADS**. Suas principais causas críticas são **(I)**. Falta de um espaço instituído que promova organização popular e coletiva entre usuários e trabalhadores da CFADS **(II)** Mobilização social incipiente, envolvendo usuários e trabalhadores no contexto da Estratégia de Saúde da Família na CFADS **(III)** Reduzido número de ações conjuntas realizadas envolvendo os atores sociais no território.

8.1. MODELO LÓGICO DA INTERVENÇÃO: DEFININDO OS RUMOS DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O modelo lógico é uma das etapas de monitoramento e avaliação. Caracteriza-se como uma representação visual que expressa o funcionamento da intervenção e expõe as relações entre seus elementos, mostrando a interação entre os recursos necessários, atividades, produtos e resultados, a médio e longo prazo. Ele permite mapear se a intervenção está funcionando como o esperado e quais são suas fragilidades (OLIVEIRA, *et al. apud*

FONTENELE, *et al.*, 2015). A seguir, apresenta-se o quadro referente ao modelo lógico desta intervenção.

Quadro 1 – Modelo Lógico da Intervenção de Implementação de uma Assembleia Popular na CFADS

Situação Problema: Incipiente participação popular e organização coletiva de usuários e trabalhadores na gestão da CFADS

RECURSOS	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADO DE MÉDIO PRAZO	RESULTADO DE LONGO PRAZO
Recursos Humanos (Gerente, residentes), sala disponível, papel.	Realizar reunião com a gerência da clínica sobre tema da intervenção.	Reunião com a gerência sobre tema da intervenção realizada.	Apoio da gestão para realização da intervenção.	Construção da assembleia enquanto um espaço plural, equânime e democrático.
Recursos Humanos (residentes), computador, acesso à internet.	Realizar curso EAD de capacitação em participação e controle social.	Curso EAD de capacitação em participação e controle social concluído.	Capacitação da equipe de residentes sobre os conceitos de participação e controle social.	
Recursos Humanos (trabalhadores da saúde, residentes), sala disponível.	Realizar reunião para planejamento da atividade de educação permanente, sobre participação popular, junto aos profissionais.	Reunião de planejamento da atividade de educação permanente sobre participação popular, com envolvimento dos profissionais realizada.	Incentivo à construção compartilhada, a partir da inclusão dos trabalhadores no processo de planejamento da atividade.	
Recursos Humanos (residentes), recursos financeiros.	Comprar materiais de papelaria para atividade de educação permanente. ↓			
Recursos Humanos (trabalhadores da saúde, residentes), materiais de papelaria, sala disponível.	Realizar atividade de educação permanente sobre participação popular para os trabalhadores da CFADS.	Atividade de educação permanente sobre participação popular para trabalhadores realizada.	Mobilização dos trabalhadores, atores sociais e usuários para a construção da Assembleia.	
	Realizar regularmente conversas de articulação para construção e divulgação da assembleia com trabalhadores, atores sociais e usuários.	Conversas de articulação para construção e divulgação da assembleia com trabalhadores, atores sociais e usuários realizadas regularmente.		
Recursos Humanos (residentes, diretor do CAPS, orientadoras), salas disponíveis.	Realizar reunião com o diretor do CAPS Neusa Dias dos Santos.	Reunião com o diretor do CAPS Neusa Dias dos Santos realizada.	Aproximação com estrutura de uma assembleia popular.	
Recursos humanos (residentes), transporte.	Participar da Assembleia Comunitária do CAPS Neusa Dias dos Santos.	Participação realizada na Assembleia Comunitária do CAPS Neusa Dias dos Santos.		
Recursos humanos (residentes, trabalhadores, usuários), computador, acesso à internet.	Elaborar mensalmente materiais de divulgação (cartaz, convites e publicações nas redes sociais) para assembleia da CFADS.	Materiais de divulgação (cartaz, convites e publicações nas redes sociais) para assembleia da CFADS elaborados mensalmente.	Divulgação da assembleia para profissionais, atores sociais e usuários.	
Recursos humanos	Divulgar assembleia	Assembleia divulgada		

(residentes, usuários), materiais de divulgação.	durante as consultas e grupos existentes na CFADS.	durante as consultas e grupos existentes na CFADS.		
Recursos humanos (residentes, trabalhadores, usuários, atores sociais), sala disponível, livro-ata, lista de presença, caneta.	Realizar mensalmente assembleias populares da CFADS.	Assembleias populares da CFADS realizadas mensalmente.	Incorporação da Assembleia popular na rotina da CFADS.	
Recursos humanos (residentes), computador, lista de presença.	Caracterizar os participantes da assembleia popular a partir da lista de presença.	Caracterização dos participantes da assembleia popular a partir da lista de presença.	Identificação da distribuição da participação de categorias profissionais, atores sociais e usuários, bem como a proporção de participantes por equipes CFADS.	

Fonte: Elaboração própria

No que tange a este processo de monitoramento da implementação da intervenção, pode-se destacar que dentre as atividades listadas, a única atividade não efetivada refere-se a reunião para planejamento da atividade de educação permanente, sobre participação popular, junto aos profissionais; sendo esta planejada apenas pelas residentes proponentes.

Considerando as ferramentas escolhidas para o M&A, elaboramos a seguinte pergunta avaliativa: **As estratégias realizadas no plano de ação estimularam a participação de usuários, trabalhadores e atores sociais na Assembleia Popular da CFADS?** O foco da nossa avaliação, portanto, está no **processo de implementação da assembleia**, não em seus resultados.

8.2. ANÁLISE DOS USUÁRIOS POTENCIAIS DA AVALIAÇÃO

A análise dos usuários potenciais da avaliação, ou seja, dos chamados *stakeholders*, deve ser considerada como forma de inclusão de diferentes perspectivas e valores na consolidação de uma intervenção. Nesse sentido, sobretudo na fase de implementação de um projeto, essa diversidade pode possibilitar, a identificação precoce das necessidades de ajustes e correção das estratégias utilizadas (CARDOSO *et al.*, 2019).

Tratando-se da implementação em questão, pensar o papel, o interesse na avaliação, o papel de utilização dos achados e os potenciais conflitos de interesse de cada um na intervenção, tende a coletivizar e potencializar a experiência de construção e avaliação do processo.

Dessa forma, elencamos como usuários-chaves da avaliação de implementação: (I) Representantes da gestão do serviço - Gerente, Responsáveis técnicos e Coordenadoria de Atenção Primária - CAP 3.2, onde o território está alocado, no sentido de compreender a importância da validação e do apoio institucional disponibilizado para a Assembleia; (II) O público-chave da própria intervenção - Usuários, trabalhadores e atores sociais vinculados à CFADS, com objetivo de construir uma avaliação participativa e vinculada com o olhar dos envolvidos no processo; e (III) Nós, residentes, enquanto equipe proponente e avaliadora da intervenção, por identificarmos nessa implementação, uma atividade que envolve pesquisa, educação e ação (CARDOSO *et al.*, 2019).

Quadro 2 – Perfil dos usuários potenciais da avaliação na implementação da Assembleia Popular da CFADS

Usuário potencial da avaliação	Papel na intervenção	Interesse na avaliação	Papel na utilização dos achados	Conflitos de interesse
Gerente/RT da CF	Participar, apoiar a implementação e mobilizar os outros atores	Construir a gestão participativa da CFADS	Construir estratégias para aprimorar a intervenção	Potencial centralização do poder e a lógica gerencialista
Trabalhadores da CF (Equipe Técnica/ACS/R1)	Participação, implementação e manutenção da intervenção	Entender como as demandas e necessidades da população se relacionam com o processo de trabalho	Construir estratégias para qualificar a comunicação entre trabalhadores e os outros atores	Potencial individualização das críticas.
Residentes R2	Implementar, acompanhar, participar, monitorar e avaliar.	Adesão dos atores, redesenho da intervenção e retorno da Residência para o cenário de prática	Construir estratégias para alinhar o processo de intervenção	Autoavaliação
Usuários	Construir, participar e avaliar a intervenção	Compreender se a Assembleia tem sido um espaço democrático de participação popular	Construir estratégias para fortalecer o espaço e contribuir com a sua manutenção	Receio de retaliação e rebatimentos no seu acompanhamento de saúde no serviço
CAP 3.2	Apoiar a implementação e mobilizar os outros atores	Compreender os efeitos da Assembleia no território e na situação de saúde da população	Realizar apoio institucional à Assembleia da CFADS	Potencial centralização do poder e a lógica gerencialista
Atores sociais	Construir, participar e avaliar a intervenção	Compreender como a Assembleia pode fortalecer a rede socioassistencial do território	Construir a partir da Assembleia, estratégias de fortalecimento da rede socioassistencial do território	Visibilidade das lacunas da rede socioassistencial

Fonte: Elaboração própria

8.3.MATRIZ DE ANÁLISE DA ASSEMBLEIA POPULAR

Segundo Donabedian (1985), o processo de avaliação inclui sua valoração a partir de dimensões e atributos. Usadas pelo setor saúde, elas são capazes de promover o redirecionamento dos serviços e a melhora dos mesmos. Diante disso, escolheu-se a dimensão de qualidade, que possui objetivo de verificar o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes. O autor chama ainda atenção para o fato da seleção dos atributos ser sempre específica, de acordo com os contextos da intervenção avaliada. Para esta dimensão foram elencados os atributos de conformidade, legitimidade e aceitabilidade.

O atributo de conformidade é usado para verificar se o encontrado com a implementação está de acordo com aquilo que foi inicialmente planejado. No caso da assembleia, foi elencado para analisar se a periodicidade das assembleias está de acordo com o que consideramos como padrão ouro, ou seja, um total de 5 reuniões em 5 meses. O indicador a ser utilizado para a análise é a razão entre o número de assembleias realizadas e o número de assembleias previstas.

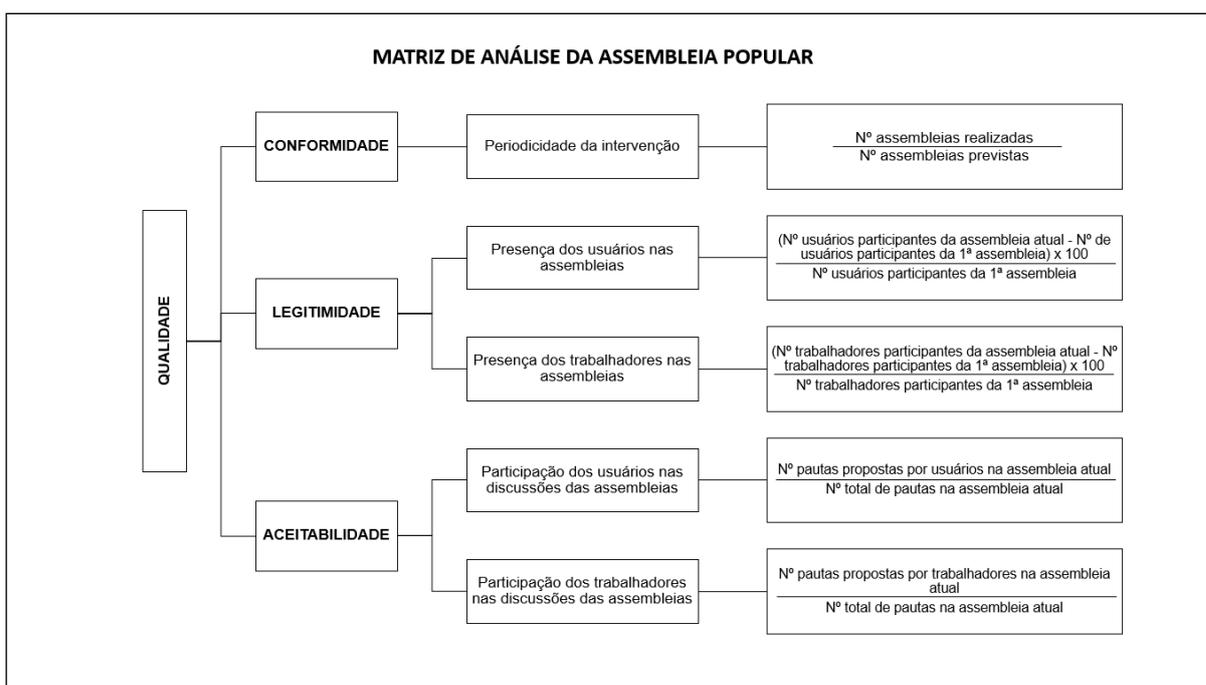
Já o atributo de legitimidade, é usado para identificar o “grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo dos serviços ofertados” (DONABEDIAN, 1990). Nesse caso, foi usado para verificar se a população e os trabalhadores se fizeram presentes no espaço da assembleia. A primeira assembleia é usada como referência para que a partir dela seja possível analisar se está tendo crescimento no quantitativo de pessoas.

O indicador utilizado refere-se à diferença entre a quantidade de usuários presentes na assembleia atual e a quantidade de usuários presentes na primeira assembleia, sobre o número total de usuários presentes na primeira assembleia. O cálculo para esta avaliação relacionado à presença dos trabalhadores da CFADS se dá da mesma forma. Quanto à presença, ressalta-se aqui que as trabalhadoras residentes estão incluídas na categoria “trabalhadoras”, uma vez que, apesar da diferença de vínculos, também estão integradas ao processo de trabalho da unidade.

Em relação ao atributo da aceitabilidade, este visa analisar se o fornecimento de serviços está de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares (DONABEDIAN, 1990). Neste sentido, a intenção é analisar a participação dos

usuários e trabalhadores nas discussões durante as assembleias, ou seja, se o espaço está fazendo sentido para as pessoas que o integram. O indicador utilizado é a razão entre o número de pautas propostas por cada um dos segmentos e o número total de pautas propostas na assembleia em questão. Para fins de esclarecimentos, cabe ressaltar que a definição de pauta aqui utilizada refere-se a um determinado tema introduzido no espaço coletivo, diferenciando-se assim do número de falas, por exemplo. É possível que uma mesma pauta mobilize vários atores a fazerem falas.

Quadro 3 – Matriz de análise da Assembleia Popular



Fonte: Elaboração própria

8.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao primeiro atributo avaliamos que das cinco assembleias planejadas, duas não ocorreram, ou seja, a intervenção teve 60% de conformidade. Isso se deve ao forte atravessamento da violência armada no território, como apontado em discussões anteriores.

Já sobre a legitimidade, os indicadores revelaram um aumento da presença dos usuários na segunda (17%) e terceira assembleias (44%), em comparação com a primeira, que teve um total de 18 usuários presentes, como demonstra a tabela abaixo. Em contrapartida, houve redução da presença de trabalhadoras da CFADS, em comparação com a primeira assembleia, onde compareceram 43 profissionais, com redução de 37% na segunda e 72% na

terceira assembleia. Apesar disso, é importante apontar que o contexto de precarização do trabalho, evidente, sobretudo na terceira assembleia, influenciou diretamente na falta de condições objetivas (dinheiro para o transporte, alimentação, dentre outros) para que as trabalhadoras estivessem presentes na unidade, e conseqüentemente, se mobilizarem em maior número.

Quadro 4 – Indicador de legitimidade relativo à porcentagem de participação dos usuários nas Assembleias Populares, em relação à 1ª Assembleia

Indicador de conformidade para presença dos usuários nas Assembleias	$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de usuários da assembleia atual} - \text{N}^{\circ} \text{ de usuários participantes da 1}^{\circ} \text{ Assembleia})}{\text{N}^{\circ} \text{ de usuários participantes da 1}^{\circ} \text{ Assembleia}} \times 100$	% de aumento de presença de usuários
Presença dos usuários na 1ª Assembleia	18 usuários	100%
Presença dos usuários na 2ª Assembleia	$\frac{(21 - 18)}{18} \times 100$	17%
Presença dos usuários na 3ª Assembleia	$\frac{(26 - 18)}{18} \times 100$	44%

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 5 – Indicador de legitimidade relativo à porcentagem de participação das trabalhadoras nas Assembleias Populares, em relação à 1ª Assembleia Popular.

Indicador de conformidade para presença das trabalhadoras nas assembleias	$\frac{N^{\circ} \text{ de trabalhadoras da assembleia atual} - N^{\circ} \text{ de trabalhadoras participantes da 1}^{\text{a}} \text{ Assembleia}}{N^{\circ} \text{ de trabalhadoras participantes da 1}^{\text{a}} \text{ Assembleia}} \times 100$	% de aumento de presença de trabalhadoras
Presença das trabalhadoras na 1ª Assembleia	43 trabalhadoras	43 (100%)
Presença das trabalhadoras na 2ª Assembleia	$\frac{(27 - 43)}{43} \times 100$	- 37%
Presença das trabalhadoras na 3ª Assembleia	$\frac{(12 - 43)}{43} \times 100$	- 72%

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à presença de residentes, incluídas nessa última categoria, considera-se as do primeiro e segundo ano do programa de residência. A análise desse grupo específico revela uma incipiente participação das residentes do primeiro ano. Fato este, que pode ser explicado pela incompatibilidade de seus dias previstos para realizarem atividades no campo. Dessa forma, a equipe se organiza através de revezamento em escalas para comparecer na CF às terças feiras, dia em que ocorrem as reuniões gerais e, por isso, também as assembleias. Esse destaque se mostra importante uma vez que as mesmas podem ser um ponto estratégico de apoio para a manutenção do espaço. A residência, assim, assume a potência de seu duplo papel: fortalecimento da qualificação de residentes e das trabalhadoras do próprio serviço (DOMINGOS, NUNES E CARVALHO, 2015).

Tanto o aumento da presença da população quanto à redução das trabalhadoras, são fatores possíveis de serem explicados a partir do contexto sócio-político. Em relação à população, pode-se destacar dois fatores importantes - a comunicação presencial realizada no território e a redução dos episódios de confronto armado nos dias da Assembleia. Esses elementos reforçam a dinamicidade desse território, evidenciando sua potência de vida.

Sobre as trabalhadoras, houve a agudização da precarização do trabalho com um consequente processo de greves e paralisações. Destaca-se ainda, a inviabilidade da presença das trabalhadoras do asseio e conservação do serviço, vinculados a uma empresa terceirizada. O dia e horário destacados para a realização das Assembleias convergia com os dias reservados para a limpeza geral da CF. Na mesma direção, as eSF escaladas para realizar o

atendimento nos horários das reuniões gerais às terças feiras também ficaram impedidas de comparecer às assembleias.

Quadro 6 – Indicador de aceitabilidade relativo à porcentagem de pautas propostas por usuários em cada Assembleia Popular, a partir do número total de pautas em cada uma delas

Indicador de aceitabilidade para participação dos usuários nas Assembleias	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pautas propostas por usuários na assembleia atual}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pautas na assembleia atual}}$	Porcentagem de pautas propostas por usuários
Pautas propostas por usuários na 1ª Assembleia	$\frac{5}{9}$	55,5%
Pautas propostas por usuários na 2ª Assembleia	$\frac{3}{6}$	50%
Pautas propostas por usuários na 3ª Assembleia	$\frac{3}{10}$	30%

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7 – Indicador de aceitabilidade relativo à porcentagem de pautas propostas por trabalhadoras em cada Assembleia Popular, a partir do número total de pautas em cada uma delas

Indicador de aceitabilidade para participação dos trabalhadores nas Assembleias	<i>Nº de pautas propostas por trabalhadores na assembleia atual</i>	Total de pautas propostas
	<i>Nº total de pautas na assembleia atual</i>	
Pautas propostas por trabalhadoras na 1ª Assembleia	$\frac{3}{9}$	44,5%
Pautas propostas por trabalhadoras na 2ª Assembleia	$\frac{3}{6}$	50%
Pautas propostas por trabalhadoras na 3ª Assembleia	$\frac{7}{10}$	70%

Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao atributo de aceitabilidade, pode-se conferir a diminuição de pautas propostas por usuários ao longo das assembleias, ao mesmo tempo em que houve aumento das apresentadas pelas trabalhadoras. Assim, o número de pautas propostas por cada segmento foi inversamente proporcional à presença destes no espaço coletivo.

A partir do quadro e de nossa inserção na unidade, pode-se refletir que o aumento da presença não diz sobre a forma em que a população se insere neste espaço coletivo. A comparação da proposição de pautas entre usuários e trabalhadoras, por exemplo, pode sugerir que a população compreenda a assembleia como um local para obtenção de informes sobre os processos relacionados à CF, sobretudo no contexto das greves.

Ao mesmo tempo, a quantidade de pautas propostas não reflete, necessariamente, o debate desencadeado por elas. É possível que uma pauta levada por uma trabalhadora instigue maior envolvimento e discussão entre usuários.

Em relação às trabalhadoras, observamos que aquelas presentes no espaço, em sua maioria, estavam mobilizados devido ao processo de greve. Isso pode explicar uma maior implicação e estímulo para a sugestão de pautas a serem discutidas. A última Assembleia

reforça tal suposição, visto que em comparação com as outras duas, foi a que teve um número mais reduzido de trabalhadoras e maior número de pautas.

A partir da análise dos indicadores e retomando nossa pergunta avaliativa, podemos inferir que as estratégias realizadas cumpriram o papel de estímulo à participação direta dos atores envolvidos, no entanto, a mesma se fez de forma distinta para cada segmento. Tal questão se relaciona com o importante atravessamento tanto do contexto sociopolítico do território, quanto do processo de precarização do trabalho imposto às trabalhadoras da APS.

Destacamos ainda, que o desenvolvimento do M&A ocorreu em um curto espaço de tempo, fazendo-se necessário a incorporação desses processos não só para acompanhamento da experiência enquanto um conjunto de atividades pontuais, mas como estímulo à cultura avaliativa no contexto da APS e no SUS, aproximando-se das necessidades sociais e de saúde da população.

8.5. ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Considerando a proposta de coletivização do presente projeto, acreditamos ser de suma importância coletivizar também os resultados dessa avaliação, visto que estes podem orientar o processo de realização das próximas assembleias, mostrando caminhos para que o horizonte continue sendo o objetivo de estimular a participação popular das trabalhadoras, gestão, moradores e atores sociais do território.

Para tal, propomos divulgar os resultados durante a realização de uma das próprias Assembleias Populares, onde é o espaço coletivo no qual incluímos os moradores, trabalhadoras e atores sociais. Também propomos que sejam publicizados durante reunião geral da CFADS, onde estão presentes trabalhadoras e gestão.

9. CAPÍTULO 7 - PARTICIPAÇÃO POPULAR: ALICERCE PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Adrielle Campos Moreira

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]

Muitos intelectuais ficarão sem chão

Ao verem que o problema central não era de administração

Que as grandes soluções não eram humanização, formação, avaliação, regulação, negociação

Ficará claro que o melhor dispositivo de gestão é a revolução

Quando os pacientes perderem a paciência

[...]

(BRONZATTO, 2013)

Este é um capítulo de uma profissional de educação física. Formada em uma Universidade Pública Federal e que só cursou três disciplinas de Saúde Pública e todas optativas. Chego na Residência com uma formação mais técnica e uniprofissional, sem a vivência de espaços de participação popular no SUS. Chamo a atenção aqui para a dificuldade inicial de discorrer sobre o tema, a partir da minha trajetória. O contato com o arcabouço teórico e as trocas entre as pessoas envolvidas nesse processo foram fundamentais para colocar este trabalho no papel.

Empresto meu olhar, combinado com os do restante da equipe, para discutir aqui sobre o atravessamento da participação popular em nossa formação. Nos capítulos anteriores discorreremos sobre os resultados desse processo com foco nas trabalhadoras e usuários. Neste capítulo, buscamos destacar a importância da participação popular na formação das trabalhadoras de saúde, entendendo que todas as etapas desse projeto de intervenção tiveram, para nós residentes, um caráter formativo, fomentando um novo olhar sobre formação e práticas em saúde.

A formação nas graduações em saúde no Brasil é, de modo geral, pautada no modelo biomédico, tendo como reflexo uma atuação reducionista, individualista e biologicista, focada na doença e no hospital. Frente ao processo histórico e desenvolvimento tecnocientífico, o campo da saúde ainda se encontra com o conhecimento compartimentalizado, resultando em núcleos de saberes e práticas em saúde cada vez mais especializados, refletindo no perfil profissional. Isso acarreta um viés de trabalho uniprofissional e resolutivista (HENRIQUE *et al*, 2019).

Em sua maioria, nossas formações acadêmicas advindas de Universidades Públicas Federais, não são antagônicas a esse perfil. Na Residência Multiprofissional em Saúde da

Família, nos deparamos com uma realidade que vai de encontro a nossa formação acadêmica, uma vez que essa é voltada para uma formação multiprofissional. Nela, constituímos uma equipe com sete categorias profissionais diferentes, experienciando o cuidado compartilhado através de interconsultas, visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipe, ações territoriais e intersetoriais como atividades em escolas e outras, na perspectiva de caminhar em busca do cuidado em saúde -em seu conceito ampliado e nos preparar para atuar na Saúde Pública.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) tem como proposta pensar uma formação que se integre ao processo de trabalho, objetivando:

Capacitar os residentes para integrar as instituições de ensino e serviços de saúde por meio de ações que visem a mudança das práticas de formação e atenção, da organização do processo de trabalho, do cuidado individual, coletivo e familiar, da formação e educação na saúde e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos usuários (FIOCRUZ, 2019).

O PRMSF vem então como um espaço promissor de formação em serviço, nos colocando como trabalhadoras atuantes na ESF em consonância com o arcabouço teórico, buscando desenvolvimento das seguintes áreas de competência: “Organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, coletivo e familiar) e nos processos de educação e formação em saúde visando a melhoria da saúde e bem estar dos indivíduos, suas famílias e da comunidade, pautados em princípios éticos (FIOCRUZ, 2019)”. Isso possibilita caminharmos na construção de uma saúde pública, universal, integral e equânime, a partir de um trabalho multiprofissional, atendendo as necessidades em saúde no território que atuamos, construindo uma formação socialmente referenciada.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004):

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWEK, 2004, p.43).

Desse modo, podemos considerar o processo de formação na residência enquanto um espaço privilegiado que nos permite refletir a prática de maneira sistematizada, nos constituindo como trabalhadoras capacitadas pelo SUS para atuar no SUS. Temos também o privilégio, em relação às trabalhadoras da rede, de não estarmos submetidas ao rigor do cumprimento de metas e indicadores para nortear nosso trabalho, possibilitando assim, presença em importantes espaços de controle social e participação popular.

Ceccim e Feuerwerker (2004) abordam as dimensões de ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social - quadrilátero da formação - como processos que extrapolam a educação para o domínio técnico-científico e

se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. (CECCIM; FEUERWEK., 2004, p.42).

Desde o início de nossa inserção na CF com o desenvolvimento do DSP, as trocas com a população já marcavam um momento importante de nosso processo de formação. Aqui podemos citar duas pessoas que nos acompanharam efetivamente ao longo de todo o processo da residência, ambos moradores do Jacarezinho e voluntários na CFADS. Estas duas pessoas foram um elo entre nós e a comunidade, além de serem figuras de afeto. Trouxeram seus olhares singulares sobre a relação clínica-comunidade, nos possibilitando desenvolver percepções maiores do que o processo de trabalho poderia nos ofertar. Estas foram fundamentais para que pudéssemos conhecer não só o território do Jacarezinho, mas os mecanismos de participação popular dispostos na AP no qual ele se insere. Tal fato expandiu nossos horizontes para a ocupação de outros espaços importantes para as lutas na saúde.

Estivemos presentes em diversas plenárias do Conselho Distrital de Saúde na AP 3.2, além da participação nas Conferências Nacional e Distrital de Saúde, enquanto espaços do controle social. Apesar de se constituírem enquanto instâncias formais de participação comunitária, os mesmos ainda têm pouca adesão dos usuários, mesmo sendo abertos à sua participação ainda se mantêm baseados na participação dos representantes.

No que tange ao movimento de residências, comparecemos a dois Encontros Nacionais das Residências em Saúde (ENRS), além de compor o coletivo de residentes do Estado do Rio de Janeiro. Nestes espaços pudemos reconhecer a importância da competência política no processo de formação em saúde. Isto é, uma formação que não se restringe a saberes técnicos. Sob essa premissa, os espaços de participação popular não são atividades extra, mas parte integrante e importante da nossa formação de especialistas em saúde da família.

Destacamos também a participação no NSSM, movimento já apresentado no decorrer desse projeto. Diante do contexto de desmonte já discorrido em capítulos anteriores, estar nesses espaços foi uma necessidade imposta pela realidade do atual cenário para o nosso processo formativo. Também participamos das assembleias de nossas respectivas categorias profissionais. Esses exemplos de mecanismos de participação popular são relevantes na medida em que impactam nossa formação, trazendo uma visão ampliada e crítica da conjuntura atual.

Buscamos aproximar as discussões realizadas nesses espaços aos sujeitos da CFADS. Isso pode ter colaborado com o maior envolvimento de usuários e trabalhadoras em mobilizações dentro e fora do território. O ato construído a partir da terceira Assembleia Popular pode refletir essa afirmação, na medida em que se trata de uma iniciativa organizada pela população e trabalhadoras, conforme descrito no capítulo 6.

Nossos questionamentos e reflexões a partir da inserção nesses espaços também foram responsáveis pela escolha da Assembleia Popular como nosso projeto de intervenção. Pensar na participação popular como um processo transversal na formação em saúde, marca um novo paradigma de atuação profissional, de forma que este carregue a herança dessa experiência enquanto direção técnico-política de trabalho.

Pensando na experiência como elemento transformador do sujeito, concordamos aqui com Larrosa (2011) “[...] que a experiência é ‘isso que me passa’. Não isso que passa, senão ‘isso que me passa’”. Tendo-a como um acontecimento que passa em mim, que afeta a mim, sendo um passo, uma passagem, uma travessia. “Assim o sujeito da experiência é como um território de passagem, como uma superfície de sensibilidade em que algo passa e que “isso que me passa”, ao passar por mim ou em mim, deixa um vestígio, uma marca, um rastro, uma ferida”. É dada como uma via de mão dupla, onde o sujeito faz uma saída de si mesmo, em direção ao conhecimento, e de retorno, tendo transformação nesse processo. (LARROSA, 2011, p.4.)

Como sujeitos implicados na produção de saúde nos tornamos comprometidos com a luta por um SUS de fato público, universal, integral e equânime nos espaços que ocupamos e ocuparemos. Sabemos que pensar e materializar o espaço da Assembleia foi só o começo, uma das ferramentas possíveis para fomentar espaços coletivos de trocas diretas com a população, atores sociais e trabalhadoras com a perspectiva de construir o cuidado em saúde de acordo com as necessidades e demandas locais. São passos certos em um futuro incerto, uma aposta para pensar um SUS socialmente referenciado, fortalecido em meio aos desmontes que a saúde vem sofrendo. Um trecho do diário reflexivo de uma das residentes versou sobre nosso processo de formação:

É um trabalho de formiguinha [...] Leva-se tempo para a construção de uma participação popular. Sei que dentro da residência não iremos colher todos os frutos do que estamos plantando, mas é muito bom saber que nos propusemos a construir algo que fizesse sentido pro lugar que nos inserimos e para o nosso processo como um todo (Trecho de DR).

A formação que tratamos no presente trabalho não se esgota com o fim da residência, o fazer em grupo e com a comunidade nos transformou como sujeitos. Nessa direção a

Assembleia se aproximou do horizonte de trazer as trabalhadoras e usuários para um trabalho compartilhado, trazendo contribuições fundamentais. Paula Haubrich *et al.* (2015) afirmam que: “os trabalhadores, envolvidos em uma nova forma de produzir o cuidado, criam um novo significado para o trabalho em saúde, pois produzem também a si, enquanto sujeitos” (HAUBRICH *et al.*, 2015), levando conosco essa herança de formação humana para quaisquer lugares de trabalho ou relações futuras.

Destacamos que o modelo de SF pautado no trabalho multiprofissional foi um terreno fértil para a produção de um cuidado integral transformador de pessoas e práticas. Entretanto, o conceito de multiprofissionalidade está em disputa. A recente nota técnica do MS 03/2020, que versa sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Programa Previne Brasil confirma a extinção do incentivo financeiro federal deste dispositivo e não prevê o credenciamento de novas equipes. O futuro incerto está colocado para o modelo multiprofissional da SF - a nota reforça ainda mais a direcionalidade da política da APS para modelo clínico assistencial centrado. Na verdade, o desafio está posto pela política e o aprendizado em rede está ameaçado.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num processo de polarização política no qual o conservadorismo e o neoliberalismo ganham a “legitimidade” pelo voto, reforçam-se os papéis estabelecidos da democracia liberal representativa. Apesar disso, vivemos sob a égide de uma democracia (seja qual for) historicamente frágil, que está cada vez mais ameaçada.

Evocar a participação popular enquanto instrumento de resistência nos tempos atuais é trazer à tona a complexidade dos obstáculos que se impõem à classe trabalhadora. Frente ao desmonte vivenciado pela Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo prioritário de APS, são impactadas também, as diretivas de territorialização, e conseqüentemente, a lógica do cuidado equânime em territórios vulnerabilizados. Isso ganha maior gravidade, quando associada a uma política de genocídio da população negra, mascarada de Guerra às Drogas.

Localizar tal questão na APS, e sobretudo, no Jacarezinho – território tão vivo e vulnerabilizado – é uma ousadia necessária para enfrentar os desafios colocados. Diante do exposto e feito até aqui, acreditamos que a implementação de uma Assembleia Popular se caracteriza como uma importante estratégia para fomentar a participação popular na gestão da CFADS. A experiência se mostrou potente para fortalecer mecanismos de democracia participativa, em contraposição a uma negação da ocupação desses espaços de fortalecimento e organização coletiva.

O processo de construção da Assembleia se deu buscando coletivizar as atividades e processos propostos. Todavia, nos deparamos com os desafios impostos pela conjuntura vivida pelas trabalhadoras no município do Rio de Janeiro, bem como pela herança dos modos tradicionais de participação política representativa e seus impasses no SUS.

Como dificuldade nesse percurso da Assembleia, nos deparamos com alguns entraves. Destacamos aqui a articulação com os principais atores sociais do território. Acreditamos que o contexto possa ter influenciado a ausência destes nas Assembleias, visto que, apesar dos convites, tivemos apenas a presença de um conselheiro distrital. Tal fato mostra-se como um reflexo do cotidiano do trabalho, visto que essa dificuldade de articulação entre os serviços também ocorre.

O fato de terem sido planejados cinco encontros, e a realização de somente três, colocam a violência armada como uma questão importante para a reflexão do projeto de intervenção. Ela não só inviabilizou a realização de encontros, como também foi pauta, mobilizando trabalhadoras e usuários a discutirem a questão, a partir de seus pontos de vista.

Além disso, a Assembleia foi um importante canal de comunicação coletiva em meio aos ataques aos direitos trabalhistas e à saúde.

Apesar dos percalços, acreditamos que a Assembleia Popular impulsionou maior conhecimento da população sobre o funcionamento da CFADS; mobilizou para os Atos do NSSM; materializou a construção coletiva de uma manifestação entre usuários, trabalhadoras e atores sociais; suscitou a criação de uma comissão de organização da Assembleia; proporcionou maior conhecimento sobre Conselho Distrital, e sobretudo, ultrapassou os limites de um espaço de informes, constituindo-se, ainda que timidamente, em um espaço de organização coletiva.

Compreendendo que a construção desse projeto de intervenção foi transversal à residência, reconhecemos o tema da participação popular como imperativo em nossa formação como trabalhadoras de saúde qualificadas no SUS para o SUS.

Nesse sentido, embora tenhamos a consciência da insuficiência deste projeto de intervenção para contemplar as necessidades da população, esperamos que esta iniciativa se some a muitas outras que servirão de esteio para a construção de uma sociedade menos desigual a partir da participação popular. Aos que aqui estiveram e estarão, conjecturamos este projeto de intervenção como um passo inicial que, ao considerar a potência da história e força da população, tem o objetivo de enfrentar as avarezas do capitalismo para ajudar a construir as vias de uma comunidade menos invadida, menos violentada, mais autônoma, com mais dignidade e respeito à vida, tendo a saúde como um direito inalienável.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Participação e Espaço Público. In: **Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas**. Rio de Janeiro, Cepesc-UERJ: Abrasco. 2005. p. 299-300.

ALBINO, N. M. **Controle Social e Privatização da Saúde: o papel do Conselho Municipal de Saúde neste processo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Política Social) –Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018. Disponível em:<<http://repositorio.ufes.br/jspui/handle/10/11106>>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

ALVAREZ, S; DAGNINO, E; ESCOBAR; A. Cultura, cidadania e democracia – a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, S; DAGNINO, E; ESCOBAR, A (orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000.

AMARANTE, P. *et al.* **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AROUCA, S. **Democracia é saúde**, depoimento na 8 Conferência Nacional em Saúde. Brasília: VideoSaúde Fiocruz, 1986. Video restaurado em 2013. (42min33seg). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Publicado em 6 set. 2013. Acesso em: 06 Jan.2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Pelo Direito Universal à Saúde: contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, nov. 1985.

ATLAS BRASIL 2013. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 201**. Consulta. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_udh/24723>. Acesso em: 28 de novembro de 2019.

BENSAID, D. **Marx, o Intempestivo: Grandezas e misérias de uma aventura crítica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 507p.

BRASIL, M. S. DECRETO Nº 9.759/2019, Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, 11 de abril de 2019.

_____. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf> Acesso em: 02 Jan 2020

_____. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 6 jan 2019

_____. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde** Brasília: MS; 1986.

BRASIL. Lei nº 10.216 (2001, 06 de abril). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em 5 de jan de 2019

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

_____. BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

BRASIL. M. S. & Secretária de Atenção a Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial** [Internet]. Brasília; 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Último acesso em: 06 jan 2019. BRAVO, Maria Inês. Políticas de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2006.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3304556808077>. Acesso em 29 jan 2020.

CAMPOS, G. W.S.C. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARDOSO, G. C. P. *et al*. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 54-68, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100054&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de novembro de 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CENTRO BRASILEIROS DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **A questão democrática na área da saúde. 1979**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/10/a-questao-democratica-na-area-da-saude/>> Acesso em 04 Jan. 2020.

COHEN, J. Procidimiento y sustancia en la democracia deliberativa. *Revista Metapolítica*, México, v. 4, n. 14, p. 24-47, 2000.

COLLET, S.C. A representação do corpo nos serviços de Saúde Mental. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharela em Psicologia). Instituto Saúde e Sociedade, UNIFESP-BS, Santos, 2016.

CÔRTEZ, S.M.V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. *In: Participação, Democracia e Saúde/* Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009. 288p.

_____. Especificidade dos conselhos municipais de saúde em relação aos demais fóruns participativos brasileiros. *In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, 2003.

COUTINHO, C. N. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008. SANTOS, Boaventura de Sousa (org). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira, Introdução geral à coleção**, p. 13-28, Introdução v.1, p. 39-82, 2002.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. *In: Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

DAGNINO, E; OLVERA, A; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. *In: DAGNINO, E; OLVERA, A.; PANFICHI, A. (orgs). A disputa pela construção democrática na América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 2006. (pp 13-91)

DAMASCENO, M. M. C. *et al* . A comunicação terapêutica entre profissionais e pacientes na atenção em diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 4, p. 685-692, Aug. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000400008&lng=en&nrm=is Acesso em fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400008>.

DANTAS, A. V. **Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2017.

DANTAS, A. V. **Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2017.

DANTAS, A. V. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 145-157, Nov. 2018 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700145&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 Jan. 2020.

DOMINGOS, C. M; NUNES, E. F. P. A.& CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.55, pp.1221-1232. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>. Acesso em nov 2019

DONABEDIAN, A. **The epidemiology of quality**. Inquidity. 1985; p. 22:282-92.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars Of Quality**, Arch Pathol Med. 1990; p. 114:1115-1118.

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade Civil e Democracia: Um debate necessário**. São Paulo: Cortez, 2007.

ESCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. In: Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 43, 2008. (pp. 23-29)

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 180-201. ISBN 978-85- 7541-361-6. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Reviravolta_na_sa%C3%BAde_origem_e_articula.html?id=LzBiAwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true>. Acesso em: 02 Jan. 2020.

ESCOREL, S; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. spe, p. 39-48, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Jan. 2020.

FERRAZ, A. T. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo-SP, v. 88, 2006 (pp. 59-74)

FERRAZ, A. T. R. **Pensando a Democracia e seu processo de adjetivação**. AGÁLIA v 85, supl. 1, p. 173 – 200, 2006. Disponível em: <<https://www.agalia.net/images/recursos/8586.pdf>> Acesso em: 27 de dez. de 2019.

_____. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo-SP, 2006 v. 88, (pp. 59-74).

_____. **Impactos da experiência conselhistas sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde: o caso do movimento popular de saúde de Campinas / São Paulo**. Tese (Doutorado em Ciência Política)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FIOCRUZ. Ementa Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018 Disponível em: <http://www.sigals.fiocruz.br/pub/curso/dadosCurso.do?codU=471&codC=488>. Acesso em:30 de janeiro de 2020

FLEURY, S. A (org) Questão democrática na Saúde. In:**Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury** (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível

em:[http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/2/docs/saude48-saude e democracia.pdf#page=26](http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/2/docs/saude48-saude_e_democracia.pdf#page=26). Acesso em: 15 Jan. 2020.

_____. Democracia e socialismo: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. M. (orgs) **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. 288p.: ISBN 978-85-88422-08-7. (pp. 24-46).

_____. A (org) questão democrática na saúde. In: **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial. 1997 Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf>> Acesso em: 04 Jan. 2020.

FONTENELE, R. M. *et al.* Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. In: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 167 - 179, 2017.

FRIAS, P. G. de *et al.* Atributos da Qualidade em Saúde. In: **Avaliação em Saúde - Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. (pp. 42 – 55).

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GRAMSCI, A **Cadernos do cárcere. Antonio Gramsci: introdução ao estudo da filosofia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

_____. **Cadernos do cárcere. v.4**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. **Cadernos do Cárcere: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3

_____. **Cadernos do Cárcere: o Risorgimento**. Notas sobre a História da Itália. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

HARTZ, Z.M.A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

HARZHEIM, E. (org). **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

HAUBRICH, P.L.G.; et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como *locus* privilegiado da educação permanente em saúde. Ver. **Saúde em Redes**, 1 (1): 47-56, 2015.

HENRIQUE, R. S. *et al.* Múltiplos olhares: a busca pela interprofissionalidade em uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família no município do Rio de Janeiro/RJ. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. Brasília: 2019. Disponível em: <http://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/issue/view/1>.

INACIO, Gizelle Chagas; ALVES; CRUZ, Guilherme Vargas; Luane T. P. D. dos Santos; COSTA, Ulysses Alves; COSTA, Tereza Andréa Barros. **Diagnóstico Situacional Participativo do Jacarezinho**. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2015.

IV INTERNACIONAL, Secretariado Unificado. Democracia Socialista e Ditadura do Proletariado. Porto Alegre: Sariema, 1987. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/tematica/1985/01/dsdp.pdf>> Acesso em: 23 Jan. 2019

KINOSHITA, R. T. Em Busca da Cidadania. In: **Contra Maré a Beira Mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad Bras Saude Ment**. 2009 (p223-231).

KOERICH M.S. *et al.* Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):717-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>.

L'ABBATE, S.; LUZIO, C. A. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Comunic, Saúde, Educ**. v.10.n.20., jul/dez 2006 (pp 281-98).

LANCETTI, A., & AMARANTE, P. (2012). Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S *et al* (orgs), **Tratado de saúde coletiva** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz. (pp. 615-634).

LARROSA, Jorge. Experiência e alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.04-27, jul./dez. 2011.

LÊNIN. V. **IA revolução proletária e o renegado Kautsky**. São Paulo: Novo tempo, 1971.

. _____. **O Estado e a revolução**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

LUXEMBURGO, R. O que quer a Liga Espártaco? ¿Qué se propone la Liga Espartaco? **Em Obras Escogidas, Editorial Ayuso**, Madrid, 1978.Vol. 2, pp. 151-161. Disponível em:<<https://www.marxists.org/portugues/luxemburgo/1918/12/14.html>> Acesso em: 23 de dez. de 2019.

MARX, K. **Crítica ao Programa de Gotha**. Rocket Edition, 1999. Versão para e-book. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/gotha.pdf>> . Acesso em: 20 dez. 2019.

_____. **A questão judaica**. Tradução de Silvio Donizete Chagas. São Paulo: Martin Claret, 2005.

_____. **A ideologia alemã**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MARX, K; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Cortez, 1998.

MELO, E. A; MENDONÇA, M. H. M; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 12, p.4593-4598, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em fev 2020.

MENEZES, J. S. B. **Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MONTAÑO, C., DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Estado, Classe e Movimento Social**. 2a Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOROSINI, L. Contextos não-saudáveis. **Radis**, Rio de Janeiro, v. 205, p.26-29, out. 2019. Mensal.

MUÑOZ, G. R. A. Modelos de Gestão Participativa e a inserção do colegiado gestor no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. In: **Gestão participativa no colegiado na área de planejamento 5.3 no município do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12192>. Acesso em: 06 Jan. 2020.

NARDI, A. C. F. et al. Comunicação em saúde: um estudo do perfil e da estrutura das assessorias de comunicação municipais em 2014-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 3 Fevereiro 2020], e2017409. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200015>. Epub 02 Jul 2018. ISSN 2237-9622.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a Sociedade Civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. São Paulo: Cortez, 2004.

PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. In: FLEURY, S; BAHIA, L & AMARANTE, P. (Orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 04 Jan. 2020.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Jan. 2020.

PINA, J. A; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 837-846, Sept. 2006. Available from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300031&lng=en&nrm=iso.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem** 2000; 53:251-63.

PORTELA, M; MARTINS, M. Avaliação dos Serviços de Saúde - Conceitos Básicos. *In*: LOPES, C. M. B; BARBOSA, P. R.; SILVA, V. C. (Orgs). **Gestão da Qualidade em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ead/ensp, 2010. p. 31-49.

QUEIROZ, D.T.; *et al*; Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**. Pág. 282. Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, N.; RAICHELIS, R. Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.109, p.45-67, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 06 Jan. 2020.

RIO DE JANEIRO, SMSDC. SUBPAV; Coordenação de Saúde da Família. **Cobertura Assistencial pela Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://subpav.org/SAP/indicadores_novo/ficha/cobertura_assistencial.pdf>, Acesso em: em 28 de janeiro de 2020.

RIO DE JANEIRO, SMSDC. SUBPAV; Coordenação de Saúde da Família. **Instrução Normativa nº04**. Rio de Janeiro, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 - pós-2016. O Rio mais integrado e competitivo**. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde**. Superintendência de Atenção Primária. SMS, 2016. Disponível em:<http://www.subpav.org/download/impressos/SMSDCRJ_carteira_de_servicos_Vprofissionais.pdf>. Acesso em: 03 Jan. 2020.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do Parlamento. *In*: FLEURY, S. (Org) **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. 1997. São Paulo: Lemos Editorial. p.63-92. 199

SANTOS, Boaventura de Sousa (org). Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. *In*: **Civilização Brasileira, Introdução geral à coleção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.p 39-82

SCRAMIN, P. M. **Como facilitar um World Café?** Disponível em: <https://medium.com/@paulamanzottiscramin/como-facilitar-um-world-cafe%C3%A9-b44a1a2ff336> Acesso em: 29 jan. 2017.

SHUMPETER, J. A. **Capitalismo, Socialismo e Democracia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. editores, Parte IV, cap. XXII, p. 336-353, 1984.

SIQUEIRA, C. E. G; BORGES, F. T. Inventando o reinventado: as organizações sociais de saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. In: SODRÉ, Francis et al (Org.). **Organizações Sociais, agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. (pp. 17-36).

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações sociais e privatização da saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. In: SODRÉ, Francis et al (Org.). **Organizações Sociais, agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. (pp. 37-65).

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe; PENNA, Gerson Oliveira. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1327-1338, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>.

STEVANIM, Luiz Felipe. Democracia Inacabada. **Radis**, Rio de Janeiro, v. 205, p.10-17, out. 2019. Mensal.

STOTZ, E. “O fantasma da classe ausente”: ensaio sobre as bases sociais do Movimento da Reforma Sanitária. **Rev. em pauta**. n. 43 (2019). Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/42501/29815>>. Acesso em: 06 Jan. 2020.

TELLES, Maurício Wiering Pinto; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 3, p.34-44, set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s303>.

THIOLLENT, M. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

TOLEDO, P. P. S.; SOARES, B. C.; OLIVEIRA, E. A.; CARDOSO, G. C. P. Monitoramento e Avaliação como função gestora da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. In: **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017 (pp. 401-413)

VALLA, V. V. Participação Popular.. In: BARATA, R.B. & BRICEÑO-LEÓN, R.E. (orgs) **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 376 p. ISBN: 85-85676-81-7. Disponível em SciELO Books. Acesso em: 03 Jan. 2020.

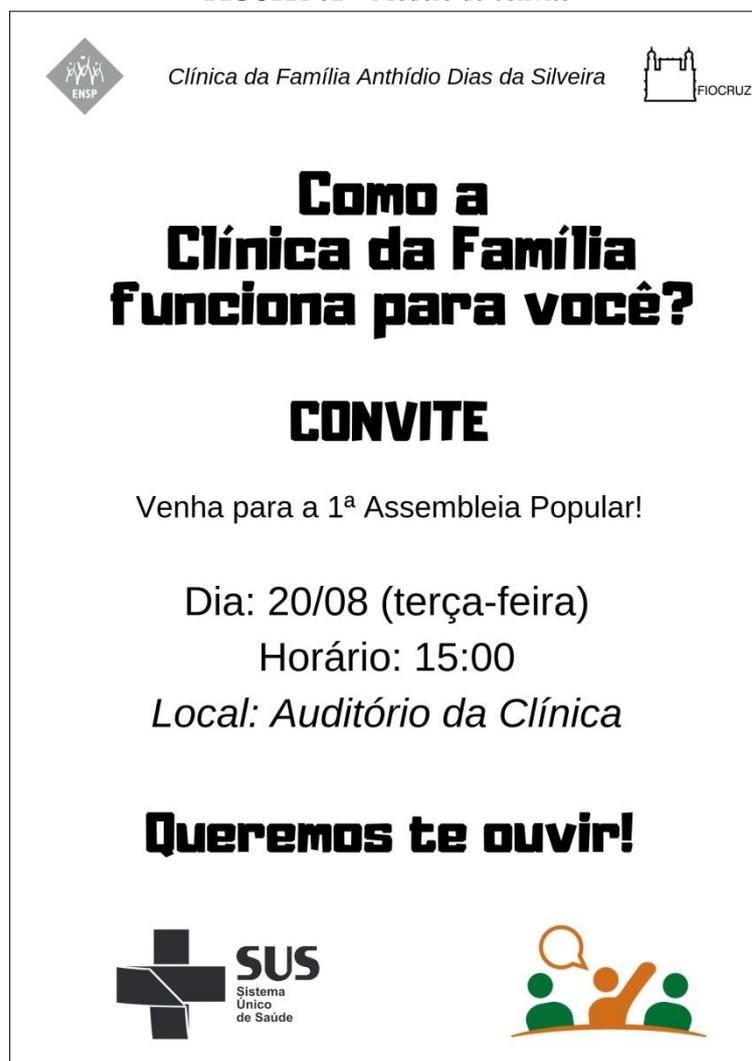
_____. Educação e participação popular - Revendo o debate em torno da participação popular: ampliando sua concepção em uma nova conjuntura. In: BARATA, R.B; BRICEÑO-LEÓN, R. E. (orgs). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 376 p. ISBN: 85-85676-81-7. Available from SciELO Books . Disponível em:<http://books.scielo.org/id/45vyc/pdf/barata-9788575413944-15.pdf> Acesso em: 28 Dez. 2019.

VELLOSO, J.P. R.; PASTUK, M.; DEGANI, A.P. **Favela como oportunidade: plano de desenvolvimento de favelas para a sua inclusão social e econômica**: Complexo do Jacarezinho/Complexo do Alemão. Fórum Nacional, 2013.

VIEIRA, João Paulo Tapioca de Oliveira. **Fragilidade dos mecanismos de controle das organizações sociais de saúde no município do rio de janeiro.** 2016. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública, Escola de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016.

FIGURAS

FIGURA 01 – Modelo de convite



Fonte: Elaboração própria (2019)

Figura 02 – Publicação na página do *Facebook* I



CF Anthídio Dias da Silveira

14 de agosto às 17:14 · 🌐

...

COMO A CLÍNICA DA FAMÍLIA FUNCIONA PARA VOCÊ?

Teve tiros e a Clínica fechou? O formato do acolhimento da Clínica mudou e você não ta entendendo direito? Não está sabendo como anda o dia a dia dos profissionais? A Farmácia não abriu ou estava faltando medicamento? Acha que a clínica não está oferecendo o que você precisa? Tem sugestões?

QUEREMOS TE OUVIR!

Venha para nossa primeira assembleia popular!

Data: 20/08/2019 (terça feira)
 Horário: 15:30h
 Local: Auditório da clínica!

Poderemos conversar (profissionais e população) sobre como tem sido nosso funcionamento e o que podemos fazer juntos (as) para melhorar.

Você também é parte da construção do SUS e a sua participação é muito importante! Contamos com a sua presença!


FIOCRUZ
Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira


Como a Clínica da Família funciona para você?

CONVITE

Venha para a 1ª Assembleia Popular!

Dia: 20/08 (terça-feira)

Horário: 15:30

Local: Auditório da Clínica

👍❤️😄

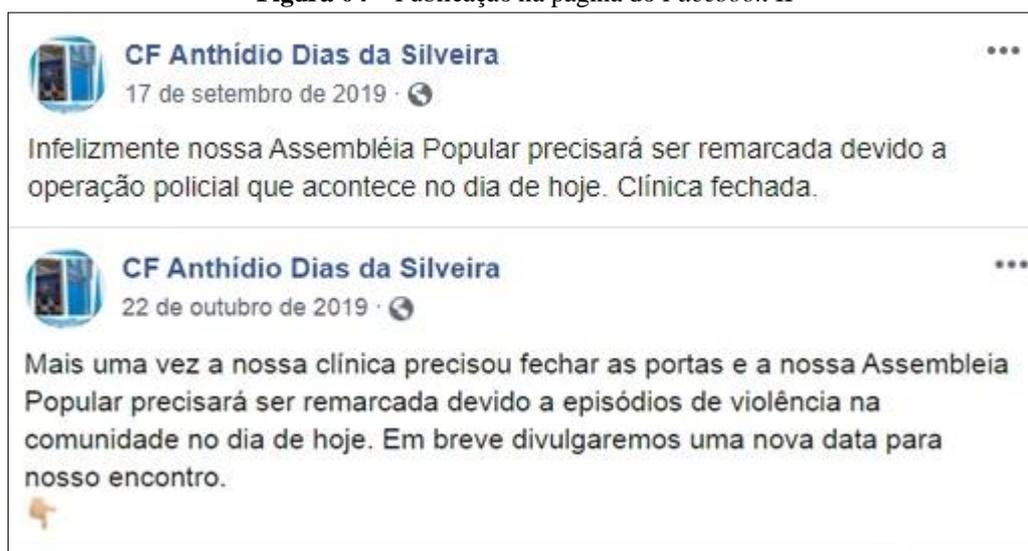
Você, Sophia Rosa e outras 144 pessoas
61 comentários 19 compartilhamentos

Fonte: Página da CFADS no *Facebook* (2019)

Figura 03 – 1ª Assembleia Popular



Fonte: Arquivo pessoal (2019)

Figura 04 – Publicação na página do *Facebook* II

Fonte: Página da CFADS no *Facebook* (2019)

Figura 05 – 2ª Assembleia Popular

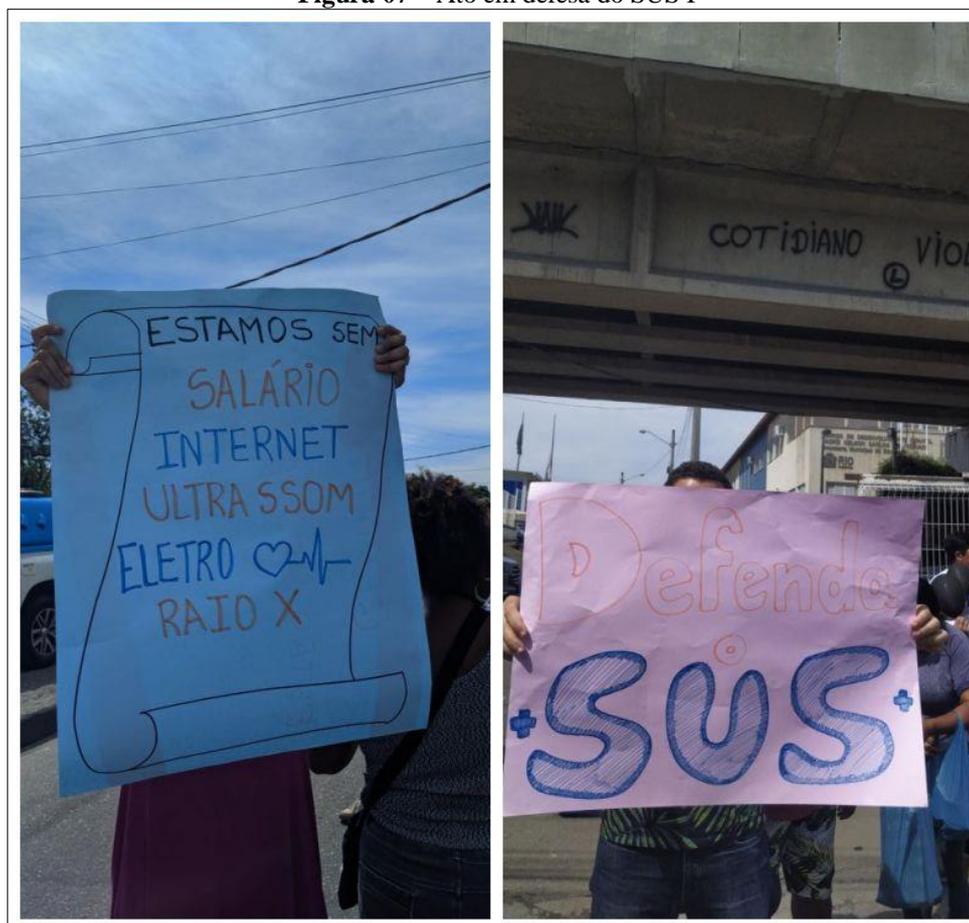
Fonte: Arquivo pessoal (2019)

Figura 06 – Divulgação da Assembleia Popular no território



Fonte: Arquivo pessoal (2019)

Figura 07 – Ato em defesa do SUS I



Fonte: Ana Carolina Xavier (2019)

Figura 08 – Ato em defesa do SUS II



Fonte: Ana Carolina Xavier (2019)