

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

CFCH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas

IP – Instituto de Psicologia

EICOS – Programas de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social

A ATENÇÃO À SAÚDE NA COMUNIDADE DA MANGUEIRA

Realidade Social e Gestão por Parcerias

Iêda Maria Vecchioni Carvalho

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas e Sociais.

Prof^ª. Orientadora: Dra. Jacyara C. Rochael Nasciutti

Rio de Janeiro

Abril de 2004

A ATENÇÃO À SAÚDE NA COMUNIDADE DA MANGUEIRA

Realidade Social e Gestão por Parcerias

IÊDA MARIA VECCHIONI CARVALHO

Profª Orientadora: Dra. Jacyara C. Rochael Nasciutti

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas e Sociais.

Aprovada por:

Profª Dra. Jacyara C. Rochael Nasciutti (orientadora)

Prof. Dr. Eduardo Vasconcelos – ESS / UFRJ (examinador)

Profª Dra. Ana Szapiro – EICOS / UFRJ (examinadora)

Rio de Janeiro

Abril de 2004

Carvalho, Iêda Maria Vecchioni.

A Atenção à Saúde na Comunidade da Mangueira: Realidade Social e Gestão por Parcerias/ Iêda Maria Vecchioni Carvalho. - Rio de Janeiro: UFRJ/ CFCH/ IP/ EICOS, 2004.

xi, 98f.: il.; 31 cm.

Orientador: Jacyara C. Rochael Nasciutti

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ CFCH/ IP/ EICOS / Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2004.

Referências Bibliográficas: f. 99-105.

1. O Programa Social da Mangueira. 2. O Atendimento à Saúde em Comunidade Carente. 3. Realidade Social, Saber Científico, Atuação por Parcerias. I. Nasciutti, Jacyara C. Rochael. II. Universidade Federal do rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Programa de Pós Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. III. Título.

Para minha filha Luciana, meu grande amor e eterna admiradora.

Para minha mãe Yolanda, grande incentivadora nos meus desafios.

Para meu marido Anizio, amor, amigo e colaborador de todas as horas.

*Para minha orientadora Jacyara C. Rochael-Nasciutti, meu carinho e respeito pelo
vasto conhecimento.*

Ao sucesso da comunidade da Mangueira.

Pai, onde você estiver, obrigada por sempre ter acreditado em mim.

AGRADECIMENTOS

O desejo de desenvolver esta dissertação surgiu de uma necessidade e uma inquietação. A primeira, por obrigação e vontade, já que a tarefa de ensinar exige amor e aperfeiçoamento constante. A segunda começou a partir da observação e interesse por aprofundar como se davam as relações entre dois ambientes muito conhecidos por mim: as empresas, com as quais sempre trabalhei, e a comunidade da Mangueira, por quem sempre tive um carinho especial e tive a oportunidade de amar mais ainda quando me aproximei através do Camp.

O momento exato em que o desejo transformou-se em intenção eu não sei, mas desde que se iniciou não parou mais e agora, neste momento, estou trazendo o fruto de tudo que a minha ansiedade me fez pesquisar, observar e registrar.

Certamente isto não se faz sozinha. É preciso, em primeiro lugar, o incentivo, compreensão e apoio daqueles que caminham junto conosco: minha família - minha filha, meu marido, minha mãe, meus sobrinhos e sobrinhas netos.

Jamais esquecerei o meu primeiro caderno do mestrado, no qual descobri um bilhete de minha filha Luciana Vecchioni na capa, onde dizia: “Mummy, Parabéns! Você merece! I love you”.

Também é difícil não lembrar as palavras de minha mãe, Yolanda Carvalho: “Você terá o que for melhor para você. Vá em frente. Se tiver que ser seu, você terá sucesso neste mestrado”, e sua alegria quando passei, dizendo: “Tá vendo? Eu não disse? Parabéns”!

Como poderei esquecer meu querido Nino, Anizio Palhano, me perguntando: “Já acabou? Ainda falta muito? Que tal pegar um pouco na sua dissertação? Deixe eu lhe ajudar na digitação”.

Essas palavras e incentivos são difíceis de esquecer. Como eu poderia chegar até aqui se essas pessoas não estivessem ao meu lado? Como poderei mostrar a elas o tamanho do bem que me causaram?

Não posso esquecer também do meu ambiente de trabalho e todos os amigos que tenho por lá: minha amiga e sócia Adriana Cardoso, meu amigo de tantos anos João Quintanilha, minhas queridas colaboradoras e grandes profissionais Gise Bittencourt e Cátia Oliveira, esta inclusive proveniente do Camp Mangueira... Se não fosse esta equipe trabalhando além do necessário e, por vezes, até do possível, não teria a tranqüilidade para meus estudos e desenvolvimento dos trabalhos do mestrado.

No campo da pesquisa tem alguém especial. Uma grande amiga, Maria Alice Nunes Costa, foi quem me ensinou a desenvolver meu ante-projeto. O que seria de mim, depois de tantos anos longe dos bancos da escola, sem alguém que tivesse a paciência e o conhecimento da Lili?

Tive a exata noção do quanto ainda teria que aprender quando comecei a lidar com minha orientadora, Jacyara Rochael-Nasciutti, embora ela sempre tenha me incentivado e acreditado em mim. Tornou-se uma verdadeira “guru”, a quem vou respeitar e reverenciar eternamente.

O quadro de professores foi fundamental, principalmente aquelas que tiveram maior contato comigo, como a Maria Cecília de Mello e Souza e a Ruth Barbosa. Quanto conhecimento, quantas respostas, quantos elogios e quantos questionamentos vieram destas duas pessoas especiais.

Meus colegas de mestrado e nossas disciplinas “eletivas” (sérias ou não) também fizeram parte desta trajetória. Muitas e muitas dúvidas tentamos tirar juntos e ríamos juntos quando conseguíamos (ou não).

Meus queridos amigos de muitos anos e meus grandes amigos do Portal da Tijuca, que sempre entenderam quando eu não podia sair, ir à piscina, ir a uma festa, tomar um chopp... o que seria de mim se vocês insistissem?

Meu grande companheiro de trabalho e ideal, embora eu ainda esteja engatinhando, enquanto ele passeia nesta área social, José Pinto Monteiro... será que ele lembra quantas vezes fui atrás de informações? E a Patrícia, do Posto de Saúde? O Ferreira então, nem se fala, tão prestativo.

A receptividade da comunidade da Mangueira é algo surpreendente. Acho difícil que, em sua totalidade, se tenha um atendimento desta natureza. Como poderia trabalhar e me dispor a cooperar com a comunidade científica, sem os dados, sorrisos e espontaneidade desse povo maravilhoso?

Meus alunos, pelos quais resolvi encarar esse desafio, obrigada.

Meu pai, mais uma vez sinto a sua falta, mas a saudade me traz de volta a lembrança da força de sua credibilidade em mim e é por isso que estou aqui.

Meu Deus, meus protetores budistas e espirituais, quanta proteção.

Jamais poderei agradecer a todas essas pessoas na intensidade exata que elas merecem. Só espero que, ao citá-las, elas possam ter ao menos a noção de que são muito importantes para mim.

RESUMO

A ATENÇÃO À SAÚDE NA COMUNIDADE DA MANGUEIRA

Realidade Social e Gestão por Parcerias

Iêda Maria Vecchioni Carvalho

Prof^ª Orientadora: Dra. Jacyara C. Rochael Nasciutti

Resumo da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, EICOS, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas e Sociais.

Esta dissertação investiga a complexidade que se apresenta no atendimento à saúde na comunidade da Mangueira, Rio de Janeiro, a partir do estudo dos projetos existentes nesta área e que fazem parte do Programa Social implantado há quase duas décadas, entendendo-o como resultante de uma convergência de fatores que envolvem a evolução das políticas públicas, a adoção de responsabilidade social pelas empresas privadas, a participação da comunidade e as práticas multidisciplinares incipientes nesse processo. Neste contexto, foi entendido que a gestão efetuada através das parcerias entre o poder público, o setor privado e a sociedade civil, neste caso representada por entidades sem fins lucrativos, por voluntários que participam do programa e pela própria comunidade, suscitou uma análise que possibilita a compreensão das oportunidades advindas deste evento, assim como pode trazer contribuições para o aperfeiçoamento do processo. O referencial teórico utilizado traz luz a reflexões psicossociológicas relativas à abrangência do conhecimento dos profissionais da área da saúde, à realidade social das comunidades carentes e à gestão por parcerias, permeados pelos conceitos de interdisciplinaridade e atuação complexa.

Palavras-chave: saúde em comunidade carente, realidade social, formação profissional, gestão por parcerias.

ABSTRACT

THE ATTENTION TO MANGUEIRA'S COMMUNITY HEALTH

Social reality and Partnership management

Iêda Maria Vecchioni Carvalho

Teacher: Dra. Jacyara C. Rochael Nasciuti

This is the summary of Master dissertation presented to Post-Graduation Program in Communities Psycho-sociology and Social Ecology, EICOS, Psychology Institute, Filosofy Center and Human Science of Rio de Janeiro Federal University – UFRJ, as part of the necessary requirement to obtain the Master of Human and Social Science Certificate.

This dissertation shows how complex is the health attendance in Mangueira's community, Rio de Janeiro, based on the study of existing projects in this area witch are parts of Social Program established for almost two decades, understanding as a result of mutual factors witch involves the evaluation of publics politics, the adoption of social responsibility by privates companies, the community participation and multiple disciplines involved in the process. In this context, it was understood that the management through association among the public power, the private department and the civil society, in this case represented by entities without lucrative purpose, by volunteers who partake to program and by community, suggest an analysis that makes possible the perception about the opportunities followed upon this event, as well as can bring contribution to improving the process. The theoretical reference used bring us psycho sociology reflection about the experience of the health professional in community program, the social reality of needy communities and the partnership management, permeate by concepts about disciplines interaction and complex performance.

Key-words: health in needy communities, social reality, professional development, partnership management.

SUMÁRIO:

Introdução	12
Capítulo 1 – O Programa Social da Mangueira: Um Pouco de sua História	20
1.1 – O Histórico da Comunidade	20
1.2 – Características e Variáveis do Programa Social da Mangueira	25
1.3 – Algumas Considerações Psicossociológicas sobre a Comunidade	28
Capítulo 2 – O Atendimento à Saúde em Comunidade Carente – Perspectiva	
Contextual	33
2.1 – A Formação Profissional das Equipes da Área da Saúde	34
2.2 – As Políticas Sociais da Saúde	38
2.3 – A Origem das Parcerias	42
2.3.1 – A Inserção do Setor Privado na realidade Pública e Social	44
2.3.2 – O Terceiro Setor e a Participação Comunitária	51
Capítulo 3 – Realidade Social, Saber Científico, Atuação em parcerias – Uma	
Questão de Interdisciplinaridade	57
3.1 – Reflexões Psicossociológicas sobre a Concepção de Saúde em Comunidades de Baixa Renda	57
3.2 – O Científico e o Social – Distanciamento entre o Conhecimento Técnico e a Realidade Psicossocial	61
3.3 – Interdisciplinaridade e Atuação Complexa	66
Capítulo 4 – Programas Sociais Interdisciplinares: Intenção ou Realidade	72
4.1 – Considerações Metodológicas	73
4.1.1 – Pesquisa Documental	74
4.1.2 – Entrevistas	78
4.1.3 – Observação Participante	83
4.2 – Discurso e Prática nas Inter-Relações	86

Considerações Finais	94
Bibliografia	102
Anexos	109
1 – Roteiros das Entrevistas	109
2 – Fotos	115

INTRODUÇÃO

Essa dissertação focaliza a atuação de profissionais da área da saúde em uma comunidade de baixa renda – a Favela da Mangueira no Rio de Janeiro – em um contexto diferenciado que envolve o regime de parcerias entre Estado, setor privado e sociedade civil.

O atendimento à saúde numa comunidade de baixa renda torna-se muito mais complexo, em função de questões como desemprego, insuficiência no saneamento básico, violência e outras. Neste contexto, os fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que sustentam a integralidade do ser humano e afetam diretamente a sua saúde, sofrem impactos diferenciados devido à realidade vivida por esta população. O atendimento nesta área, portanto, vem exigindo um tratamento que, além dos cuidados relativos à recuperação da saúde física dos indivíduos, encontre (ou busque) soluções, através da conscientização, para a melhoria de suas condições de vida.

Como consequência, torna-se necessário um maior esforço e capitalização de recursos que hoje não são supridos pelo serviço público de saúde. Este fato é reforçado pelas próprias políticas públicas de assistência social, que vêm incorporando a idéia de que não é somente o governo que deve encaminhar soluções para as questões sociais. Reconhece-se a importância da participação e controle mais amplos da sociedade civil na definição do atendimento às suas necessidades, bem como do setor privado, enquanto detentor de uma responsabilidade social com a comunidade em que atua.

Em especial nas comunidades de baixa renda, a gestão pública vem abrindo espaço para participações colaborativas, principalmente no que se refere aos aspectos financeiros e da geração de oportunidades advindas do setor privado.

A realidade vem mostrando que os componentes dessas alianças revelam não só objetivos comuns, tais como o atendimento à saúde em seus aspectos preventivo e corretivo, por exemplo, mas também objetivos próprios e específicos a cada um desses setores, que nem sempre seguem o mesmo fluxo de ação na direção da missão social a ser atingida. Estes objetivos podem ser caracterizados (ou estar relacionados) por fatores que, por hipótese, são vistos como influenciadores da formação das parcerias nas causas sociais.

Não se pretende nesta pesquisa fazer uma análise crítica das políticas públicas ou dos processos de gestão utilizados, mas sim verificar a existência documentada e formal de um sistema que funciona por intermédio das parcerias entre os três setores e os atores sociais envolvidos, como é divulgado. Entretanto, é importante verificar a real contribuição destes no atendimento à saúde no Programa Social em estudo, o que passa pela identificação destes objetivos:

1. desenvolvimento e manutenção das políticas públicas;
2. necessidade e visibilidade de novas oportunidades de ampliação de mercado e manutenção da imagem das Organizações pelo setor privado;
3. necessidades da comunidade, onde nem sempre as disfunções fisiológicas aparecem como causa única ou principal de um problema de saúde.

Acrescente-se a este fato a formação atual do profissional da área da saúde que inclui o conhecimento técnico privilegiado pelos meios acadêmicos, mas não os

conhecimentos específicos que levem a uma compreensão sobre a realidade sócio-econômica, cultural e da vida cotidiana dos usuários de seus serviços.

A constituição do saber médico (ou do sistema biomédico) a partir de uma inter-relação complexa de tecnologias omitem ou excluem a questão social. Mais precária ainda se torna essa formação se verifica-se que também não existe nenhuma preparação para uma atuação subordinada a uma gestão por parcerias. As diretrizes curriculares estabelecidas pelo MEC para o curso de medicina comprovam esta afirmação.

Embora os profissionais da área sejam conhecedores das políticas públicas de saúde, a relação de subordinação a um sistema que envolve outras questões ou interesses não tratados pelo curso superior, acaba tornando-se um emaranhado de disfunções que fogem ou se afastam do objetivo maior de uma gestão por parcerias nessa área em especial.

Neste cenário, justifica-se a realização de um estudo de caso sobre um programa de parcerias entre atores sociais de diferentes origens, como é o caso do Programa Social da Mangueira, para um melhor entendimento de como funciona este processo e quais suas reais contribuições para alavancar e fortalecer este tipo de atuação da área da Saúde, em seus aspectos preventivo e corretivo, considerada como a base para uma maior qualidade de vida desta população.

O foco neste Programa deve-se ao fato do mesmo ter sido precursor dessa forma de atuação, além de ter se tornado modelo pelos resultados considerados positivos por várias entidades nacionais e internacionais.

O Programa Social da Mangueira resulta de uma parceria entre os governos estadual e municipal, empresas do setor privado e a sociedade civil da cidade do Rio de

Janeiro, representada por voluntários, organizações não-governamentais e, em especial, a Escola de Samba da comunidade.

Este Programa iniciou-se em 1987 com um projeto que visava o desenvolvimento e educação das crianças da comunidade da Mangureira, a partir da implantação do Projeto Esportivo da Vila Olímpica. Em seguida, foram criados o Projeto Saúde e o Projeto Cultural Mangureira do Amanhã. Atualmente este Programa conta, ao todo, com vinte e oito projetos e uma estrutura física instalada em um terreno ao lado da Favela e da Escola de Samba, cedido pela Rede Ferroviária Federal.

O Projeto Social de Saúde, especificamente, é o grande catalisador da atenção à saúde nesta comunidade, em todos os seus aspectos e áreas de atuação, sejam eles preventivos, corretivos ou educativos.

Originalmente, este Projeto foi gerado pela comunidade para dar atendimento aos atletas e participantes das atividades da Vila Olímpica. Nesse sentido, foi criado um Posto de Saúde ainda no mesmo ano, subsidiado pela Golden Cross, empresa do setor privado que assumiu as instalações físicas já existentes na comunidade, tendo estrutura humana e atendimento próprios. Entendendo-se a importância dessa questão e devido também a fatores internos relativos a essa empresa, bem como o estabelecimento das novas políticas sociais, em 1999 o Posto de Saúde da Mangureira passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura em parceria com a Escola de Samba.

Este Posto de Saúde, cuja estrutura é composta de médicos, odontólogos, enfermeiros, para-médicos, assistentes sociais e agentes comunitários passou a ter, a partir de então, um novo enfoque e um objetivo conjunto de alcançar a todos os moradores das quatro regiões da Mangureira – Shalé, Telégrafo, Candelária e Buraco

Quente – com o desenvolvimento de atividades de orientação e palestras com fins de conscientização sobre a necessidade de atitudes preventivas, além da própria atividade de recuperação da saúde da comunidade.

O Projeto Social de Saúde realiza ainda um programa de atendimento domiciliar, onde agentes comunitários (moradores da região, além de formadores de opinião na comunidade) são treinados para visitar, cadastrar e fornecer informações básicas sobre a saúde, de uma maneira geral, às famílias das respectivas regiões em que atuam, uma atitude já em linha com o Programa de Saúde da Família, em fase de estudo para implantação nessa comunidade. Outros projetos existem e funcionam como satélites do Projeto Social de Saúde:

- Melhorando a Cada Dia – em parceria com a Universidade Castelo Branco, a Xerox do Brasil e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, constitui-se no desenvolvimento de protocolos ortopédicos e fisioterápicos para atuação de forma profilática, abrangendo a comunidade da Mangueira, adjacências e atletas da Vila Olímpica.
- Fonoaudiologia – em parceria com a Universidade Veiga de Almeida e a Xerox do Brasil, é dirigido a crianças, adolescentes, adultos e terceira idade, visando prestar atendimento às alterações da linguagem, voz, fala e audição.
- Portadores de Necessidades Especiais – em parceria com a Xerox do Brasil, Posto de Saúde da Mangueira (Secretaria Municipal de Saúde), CIEP Nação Mangueirense (Secretaria de Estadual de

Educação), APAE, ISEC, ARDEM-RJ e Universidade Castelo Branco, visando desenvolver e integrar portadores de deficiência mental e Síndrome de Down.

- Esporte e Saúde para a Terceira Idade – em parceria com a Universidade Veiga de Almeida, Universidade Castelo Branco e Xerox do Brasil, visando promover a saúde física, social e mental na terceira idade.
- Projeto Castelo Branco – Mangueira – em parceria com a Universidade Castelo Branco e a Vila Olímpica da Mangueira, visando prestar serviços na área de Fisioterapia e nas áreas de Serviço Social, Jurídica e de Educação Física a crianças, adolescentes e comunidade, de modo geral.

Devido ao exposto, nada mais intrigante do que analisar como efetivamente se processa esse atendimento à saúde em um nível mais amplo, permeado pelas novas regras definidas pela Constituição de 1988, pelo estabelecimento de parcerias que aparentemente sustentam todo o escopo do Programa Social, o processo evolutivo de atuação de seu corpo funcional e as próprias inter-relações existentes entre os projetos que levam a um objetivo maior no sentido de melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O problema investigado, portanto, refere-se a

“como se processa a atenção à saúde em uma comunidade carente, a partir de um modelo de gestão por parcerias entre a rede pública, o setor privado e a própria comunidade, levando-se em conta a realidade social e as formas de ação (integradas ou não) de cada um desses setores, por meio de seus atores sociais e suas interações”.

Este problema foi tratado a partir de um estudo de caso, onde foram verificados a evolução do Programa Social da Mangueira e o funcionamento das parcerias na área da saúde especificamente, através da observação e entrevistas semi-estruturadas que levam a algumas considerações e conclusões que certamente nos instigam a um trabalho posterior, como poderá ser constatado no corpo desta dissertação.

O estudo será apresentado em quatro capítulos. O capítulo 1 terá como objetivo mostrar os referenciais originados a partir da história da comunidade da Mangueira e da criação e evolução de seu Programa Social, já com base em algumas considerações psicossociológicas deste contexto e desta realidade social.

O capítulo 2 terá como eixo o atendimento à saúde em comunidades de baixa renda, considerando-se aí a formação profissional das equipes que atuam nesta área especificamente, a origem e evolução das políticas públicas da saúde e o incentivo e o histórico da formação das parcerias entre o setor público, o setor privado, o terceiro setor e a participação comunitária.

No capítulo 3 serão analisados os conceitos de interdisciplinaridade e atuação complexa neste cenário que envolve as concepções de saúde em uma realidade social

específica e permeada de peculiaridades e o saber científico que ainda não contempla as características destas realidades diferenciadas.

O capítulo 4 trará os resultados e análises deste contexto que abrange as conexões entre os objetivos da participação do setor público, a atuação das empresas e a representação da sociedade civil, em especial da própria comunidade, que se mostra atuante e disposta a colaborar na perpetuação e melhoria desse processo e do desenvolvimento social que surge como consequência.

Ao término do trabalho, serão apresentadas as considerações finais deste estudo de caso, assim como a bibliografia citada e consultada.

Capítulo 1: O PROGRAMA SOCIAL DA MANGUEIRA: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

Este estudo pretende não focar uma história de vida individual, não analisar a associação entre o relato de um sujeito, contemplando todo o seu intelecto e psíquico, e o coletivo de onde ele surge, com todo o seu contexto social e suas contribuições inter-relacionadas. Não pretende ainda buscar explicações psicossociológicas para o que está sendo ouvido e transcrito sobre apenas um ser em especial.

Ao contrário, sua intenção prende-se ao fato de buscar a compreensão sobre o nascimento e o desenvolvimento de um programa; um programa que partiu da intenção de uns e tomou forma a partir da vontade e atuação de muitos; um programa coletivo e social que, na verdade, surgiu da união de histórias de vida que traziam em sua essência um desejo comum: o de construir e repartir solidariedade.

É com base neste cenário que se fará uma reflexão psicossociológica sobre o Programa Social da Mangueira, a partir de suas origens mais remotas e da teia de inter-relações que o sustenta, compondo a gestão por parcerias.

1.1 – O HISTÓRICO DA COMUNIDADE

A comunidade da Mangueira vive fisicamente em um Complexo composto dos morros Telégrafos, Chalé, Parque Candelária e Mangueira, além de outros pequenos núcleos, constituindo o Complexo da Mangueira.

De propriedade do Visconde de Niterói (Francisco de Paula Negreiros Saião Lobato), presente do Imperador D. Pedro II, iniciou-se enquanto comunidade nas últimas décadas do séc. XIX, após a morte de seu dono.

Segundo Carlos Moreira de Castro, o Carlos Cachaça, seu padrinho Tomás Martins alugou a área para uso próprio mas, a partir da remodelação da Quinta da Boa Vista, os soldados do 9º Regimento de Cavalaria que moravam em casas de cômodos no próprio local de trabalho, as quais foram demolidas, mudaram-se para a Mangueira devido à proximidade e às condições financeiras que possuíam. A área plana continuou sendo de propriedade do Exército, sendo considerada área de segurança na época da Primeira Guerra Mundial. Após este período, o próprio Exército a cedeu para alguns soldados que moravam distante. Estes fatos, aliados à destruição do Morro de Santo Antônio no centro da cidade em 1916, serviram de base para a definição do início da população da Mangueira.

A partir daí algumas fábricas foram sendo implantadas, trazendo emprego para os moradores. Uma delas, de chapéus, tinha o nome de Fernando Fraga, seu dono, mas era conhecida como “fábrica das mangueiras” devido à grande quantidade de mangas na região. Logo após, mudou o seu nome para Fábrica de Chapéus Mangueira, o que seria utilizado mais tarde para denominar a estação da Central do Brasil criada em 1889. Na década de 30, imigrantes vindos de Minas Gerais, Espírito Santo e do nordeste passaram a integrar também essa comunidade.

Os descendentes do Visconde de Niterói tentaram despejar esses moradores em 1935, fato esse que foi frustrado devido à intervenção do Prefeito Pedro Ernesto. Em 1964, um português de sobrenome Pinheiro fez nova tentativa alegando ter adquirido os

bens da família Saião Lobato. No entanto, Carlos Lacerda, governador do Estado do Rio de Janeiro na época, lançou um decreto desapropriando todo o morro.

“A Mangueira cresce como uma comunidade de gente pobre, constituída quase na totalidade por negros, filhos e netos de escravos, ou seja, elementos da camada dos desprivilegiados social e economicamente, identificada com as manifestações culturais e religiosas que caracterizavam esse segmento social e racial.” (Costa, 2002)

Muitas manifestações surgiram desde então, entre estas as artísticas, culturais, esportivas e sociais, esta última com origem no samba e no carnaval, até a fundação da Escola de Samba em 1928. Foi criado também o Esporte Clube Cerâmica, cujo campo de futebol era utilizado para os ensaios da Escola de Samba, além de servir para sua própria atividade. Toda a construção e organização destes eventos contaram com a participação e colaboração da comunidade, o que já seria uma semente para o Programa Social hoje existente.

“Com os mangueirenses trabalhando em mutirão sem sábado nem domingo para descanso, ergueu-se a sede da Escola de Samba. (...) Desamparado pelas autoridades, desprezado pelas classes dominantes, marginalizado pela população em geral, o favelado (...) percebe que sua única saída é fazer crescer os laços de solidariedade comunitária (...). Há negros, há brigas, há promiscuidade. Mas na hora de aplacar a ferida do outro, a dor é uma só. E o amor também. Foi dessa mescla de dor e desse amor que se forjou o morro e a Escola de Samba da Mangueira.”

Livro: “Fala, Mangueira”, autores diversos. (1980: 135)

O nome Estação Primeira de Mangueira vem de Cartola, um de seus fundadores e membro da Velha Guarda, embora não tenha sido a primeira estação de trem (estação de São Cristóvão). Talvez, na imaginação de Cartola, esta era a líder no samba. Nos anos 30 houve a legalização das escolas de samba. Segundo depoimento de Ed Miranda (membro da velha guarda) a Santos (1998:141), “a polícia não podia ver a gente com algum instrumento de samba que prendia e saía batendo na gente”. Pedro Ernesto, prefeito na época, fez a solicitação ao Dr. Lucídio Gonçalves, que com o argumento de que o grupo fazia músicas, compunha sambas e brincava, podia ser considerado como um Grêmio Recreativo, conseguindo assim a legalização, que serviu também para outras escolas de samba.

Em 1934 foi criada a União das Escolas de Samba, que passou a receber subsídios do governo. Pedro Ernesto, além da preocupação com o samba, também buscou a regulamentação de códigos trabalhistas, melhorias na educação e na saúde e o controle social (Santos, 1998:130), sendo responsável pela construção da primeira escola pública do Brasil destinada a favelados (Escola Humberto de Campos), situada na Mangueira.

A partir de 1960, por falta de verbas, cessa o apoio financeiro do governo, surgindo o “jogo do bicho” e seus banqueiros para ocuparem o lugar de líderes e benfeitores. Nos anos 80, volta o apoio do governo e surge o dos traficantes de drogas. Dona Neuma, segundo Santos (1998:134) afirma que “a Mangueira nunca teve bicheiros”, os sócios da Escola são empresas de grande porte. Estas não só contribuem para o desfile de carnaval, como também para os projetos sociais existentes desde 1987, através do Programa Social da Mangueira.

Conforme relatos da comunidade, as organizações do setor privado continuam até hoje sendo as grandes colaboradoras do desenvolvimento e das ações sociais em prol da comunidade local.

Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice das Condições de Vida (ICV), a Mangueira é considerada uma favela cujo desenvolvimento passou de um nível médio-baixo para um nível médio-médio. As estatísticas demográficas não conseguem ser precisas em função da proliferação aparentemente comum nas favelas cariocas. No entanto, o Complexo da Mangueira que atingia em 1995 um total aproximado de 21.500 habitantes, conta em 2000 com 13.594 moradores (incluindo o bairro de São Francisco Xavier), segundo o Censo Demográfico.

Seguem abaixo alguns dados complementares referentes a esse agrupamento que abrange Mangueira e São Francisco Xavier.

Esperança de vida ao nascer	64,46
Alfabetização de adultos	89,52 %
Taxa de frequência escolar	71,36 %
Renda per capita	R\$ 276,58
Índice de longevidade (IDH-L)	0,658
Índice de educação (IDH-E)	0,835
Índice de renda (IDH-R)	0,711
Índice de desenvolvimento humano municipal	0,735

FONTE: FJP / IPEA / PNUD – Fundação João Pinheiro – FJP – IDHM 2000 e IBGE – Censo Demográfico 2000

Embora com condições precárias de infra-estrutura, a solidariedade entre os moradores parece imperar, já que soluções paliativas são comuns nesta comunidade e grande parte das ações vem do próprio Programa Social.

1.2 - CARACTERÍSTICAS E VARIÁVEIS DO PROGRAMA SOCIAL DA MANGUEIRA

O Programa Social da Mangueira foi o marco em termos de programas comunitários voltados para o desenvolvimento do social. Além disso, muitas características e variáveis o tornam peculiar neste contexto histórico. A participação praticamente integral da comunidade, através da sabedoria de seus baluartes e da dedicação dos moradores da favela, fez com que este programa conquistasse o respeito das entidades e autoridades nacionais e internacionais.

Várias citações como referência foram feitas e vários prêmios foram obtidos, coroando esses esforços que partiram inicialmente da Comunidade. Todos reconheciam este Programa como um modelo de desenvolvimento social para o Terceiro Mundo. Bill Clinton, em seu mandato como Presidente dos Estados Unidos, em visita à comunidade, fez um depoimento onde dizia: “... levo no meu coração a lembrança de um grande projeto que marca o início de um grande país...”

Siro Darlan, Juiz da 1ª Vara da Infância e da Juventude do Rio de Janeiro é um dos mais entusiastas quanto ao programa. Darlan afirma que “a Mangueira cumpre rigorosamente as leis básicas reunidas no Estatuto da Criança e do Adolescente antes mesmo dele ser criado”.

Na verdade, este programa que se iniciou historicamente em 1987, começa a partir do momento em que a direção da Escola de Samba e a comunidade passaram a se preocupar e cuidar da educação, da saúde e do futuro profissional das crianças e adolescentes da Mangueira.

O projeto é ambicioso, são aproximadamente 4.500 beneficiados. E foi a determinação de seus criadores, com o objetivo de reverter o que seria a ordem ‘natural’ da vida de milhares de crianças que acabou atraindo a parceria do setor privado, ciente de suas responsabilidades sociais, como também do próprio governo. O índice de delinqüência infanto-juvenil nos morros e favelas da cidade cai consideravelmente quando se trata da Mangueira. Isso é, sem dúvida, fortemente motivado pelas condições oferecidas por esse programa.

As parcerias se mostram em várias circunstâncias. A quadra de ensaios da Escola de Samba abriga hoje salas de aula que são utilizadas para cobrir aproximadamente 30 cursos profissionalizantes. Os interessados que ingressam nestes cursos recebem uma cesta básica a partir de sua presença e continuidade. Elmo José dos Santos, ex-presidente da Escola por dois mandatos relembra, em seu relato, poder ter visto “a esperança brilhando nos rostos de Cartola, Carlos Cachça e muitos outros, quando encararam o desafio, construindo esta realidade, que naquele tempo era só um sonho”. (2000)

Agrinaldo de Sant’Anna, falecido em 1999, na visão de Francisco de Carvalho, Deputado Estadual, o Chiquinho da Mangueira, foi também um dos principais líderes de projeto procurando, através de um trabalho sério, a recuperação e projeção social das crianças da favela. De origem humilde, aliou-se à Alice de Jesus, a Tia Alice, para o desenvolvimento de um trabalho voltado para a organização de torneios de futebol e eventos esportivos, de uma maneira geral.

Pode-se dizer, inclusive, que esta foi uma semente do que hoje é conhecida como Vila Olímpica. Considerando atividades como atletismo, futebol, basquete, futsal. Ginástica rítmica, natação e vôlei, os atletas da Mangueira vêm se destacando no

cenário nacional e até mesmo internacional, através de participações em competições e conquista de prêmios, o que muito orgulha a comunidade.

Tia Alice ainda fundou o Círculo de Amigos do Menino Patrulheiro da Mangueira, o CAMP Mangueira, projeto este que prepara adolescentes, através de treinamentos e orientações, para o mercado de trabalho. São conhecidos vários casos em que menores participantes deste programa e que iniciaram suas atividades em empresas parceiras como ‘office-boys’, hoje ocupam cargos executivos ou até mesmo são professores nas atividades deste e/ou de outros projetos comunitários.

A saúde é vista em sua totalidade, abrangendo não só um Posto que funciona no espaço que serve de sede para o Programa Social, como também através dos projetos periféricos que servem de suporte ao grande objetivo de melhoria da qualidade de vida da população. Aspectos preventivos e corretivos da saúde são trabalhados. Moradores da comunidade foram contratados como Agentes Comunitários para visitar e cadastrar os habitantes da favela. Desta forma se tem a oportunidade de ver quais são as condições de vida de cada família, quais suas maiores necessidades e que orientações ou desenvolvimento de ações são imprescindíveis neste contexto.

O CIEP Nação Mangueirense, pintado de verde e rosa, é um CIEP especial. Em regime integral e associando amor e disciplina como lemas, a educação na Mangueira vem alcançando resultados significativos. Atividades curriculares e culturais compõem uma receita que, com a colaboração da Diretoria da Mangueira e do governo, vem se tornando uma fórmula de sucesso e exemplo para outras iniciativas dessa natureza.

Outros projetos integram esse quadro, todos voltados para o desenvolvimento social desta comunidade e contando com a participação de seus membros. Segundo José Pinto Monteiro, executivo da Xerox do Brasil e um dos grandes incentivadores desta

iniciativa de estabelecimento de parcerias com o setor privado, “tudo começou com um pequeno chute numa bola. Isso foi multiplicando-se com a soma da vontade de muitas pessoas que decidiram colaborar para construir esse sonho. É bom saber que o sucesso da Mangueira não é devido a um patrocinador. Foi a força de um forte ideal que motivou o primeiro patrocinador a aderir. Depois, contagiados pela visão vieram outros e outros, convertendo-se assim numa força que hoje se vê como um fenômeno, curiosidade para o mundo todo.”

Nestes quase 40 anos de Escola, Lemolino Ribeiro, presidente do Conselho Deliberativo da Mangueira relata que, um dos fatos mais marcantes que assistiu foi a “revolução” realizada pelo último presidente da Escola de Samba e continuada pelo atual em todos os departamentos, transformando a Estação Primeira em uma Escola de Samba Social, “causando surpresa e admiração a todos que a visitam, pela sua organização e realizações nas áreas sociais, esportivas e profissionalizantes... mostrando a todos o que se pode fazer com vontade e trabalho”, o que caracteriza a força e intenção da comunidade em relação ao seu próprio desenvolvimento.

Segundo os moradores, pode-se acrescentar a estas palavras de Lemolino, que as cores da Mangueira parecem exprimir o que realmente vem acontecendo. Para eles, se o verde simboliza a esperança e o rosa o amor, a memória da Mangueira, sua Escola de Samba e o Programa Social estarão preservados para sempre.

1.3 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PSICOSSOCIOLÓGICAS SOBRE A COMUNIDADE

A reflexão psicossociológica que pode ser feita a partir desta história da

evolução da Favela da Mangueira e da criação e manutenção de seu Programa Social certamente vem imbricada de poesia e ideais. “Se a história social, a história de uma sociedade, de um grupo, de uma coletividade, de uma empresa, está ligada sempre à história de certos indivíduos que são membros desta coletividade...” (Levy, 1995), pode-se dizer que a história da Mangueira reflete a história de todos da coletividade, já que todos participam ou são usuários de alguma forma dessa união e solidariedade transparente através da Escola de Samba e/ou do Programa Social existente.

Neste caso, existem muitos personagens centrais. Aos baluartes do samba e da esperança de uma vida melhor para essa população, se juntam empresários, executivos e representantes da força pública, incentivados e despertados para as necessidades de uma comunidade que sempre lutou por isso e que também participa.

O discurso e a prática na comunidade da Mangueira não se mostram dissonantes. Levy (1995) afirma que "quanto mais uma sociedade é organizada, maior é o processo de civilização, tendo como consequência uma maior dissociação entre a história individual e a história do grupo". A Mangueira parece contradizer essa referência. A legitimidade de sua história a partir do relato do individual demonstra grande possibilidade de adequação ou sintonia. O social e o psicológico presentes nos discursos aqui citados demonstram uma visibilidade do real muito próxima às suas próprias histórias, no que se refere à evolução deste contexto e à criação do Programa Social.

Segundo Nóbrega & Nasciutti (1994), “... a herança coloca os indivíduos na estrutura social, programa as crianças para ocupar posições pré-definidas em suas relações sociais”. Relativamente à história da Mangueira, as representações não são oriundas de um projeto parental específico de seus integrantes, mas de um sentimento que parece tomar conta de toda a coletividade. Apesar da origem pobre e da

similaridade das questões profissionais e sociais das gerações anteriores, o projeto de vida é o mesmo: tornar essa comunidade como centro de referência da possibilidade de uma vida melhor para aqueles que lá nascem e crescem.

As distorções existem. O questionamento quanto às estruturas sociais também existe. Mas neste caso em especial, parece que há a superação das forças ‘negativas’ que levariam as histórias de vida individuais a um outro destino. A lógica da repetição presente na teoria da reprodução social de Bordieu confirma parcialmente o fenômeno que aqui ocorre. A esperança, os ideais, a luta por uma melhor qualidade de vida são comuns, mas os ‘destinos’ tendem a progredir à medida que essa força cumulativa vai tomando forma e crescendo a partir de novas contribuições.

Contar a história desta comunidade é na verdade um desafio. Imaginar que a reprodução das histórias individuais que possuem por base todo um arsenal psicológico, econômico, social, profissional, repleto de discriminações e eventos cujo resultado seria pragmaticamente direcionado para um sentimento de inferioridade cada vez maior e, conseqüentemente, uma estagnação em sua evolução, não parece fazer sentido nesse mundo Mangueirense.

Apesar dos problemas, percebe-se a determinação; apesar dos obstáculos advindos de uma situação política, econômica e cultural características do país, existe o orgulho. Conforme relatos, o orgulho e a esperança de pertencer a uma comunidade que luta em conjunto e acredita no ideal próprio e de seus antecessores parece crescer quando se pensa na oportunidade de uma nova vida para seus integrantes e as gerações futuras.

O sentimento de solidariedade é antigo, iniciando-se a partir do samba e da criação de sua Escola de Samba própria. Cresceu com a iniciativa do Programa Social.

A preocupação com a credibilidade das realizações é geral, só assim novas parcerias podem ser efetivadas e, num efeito crescente, ampliar também o atendimento às necessidades que, por sua vez, enche mais ainda de orgulho e esperança a Favela da Mangueira, segundo relato e expressões advindas de seus integrantes.

Essa visão poética por parte da comunidade, entretanto, não parece sustentar-se quando se trata da administração dos projetos que compõem o Projeto Social. Assim como as demais comunidades, a Favela da Mangueira tem dificuldades e obstáculos que parecem ser esquecidos ou omitidos por seus habitantes, tais como o poder do tráfico, a falta de saneamento em alguns locais, o pouco uso do poder público, etc. A própria comunidade é representada por componentes do Grêmio Recreativo Escola de Samba enquanto organização, o que pode alterar ou florear as reais necessidades e objetivos.

A gestão por parcerias, portanto, entre o poder público, o setor privado e a comunidade acabam por revelar questões dissonantes, onde a teia das relações não é percebida claramente ou de forma transparente.

Os resultados positivos para a comunidade e sua imagem são visíveis, mas a forma com que se chega a eles mostra-se ainda carente de um melhor estudo e de uma clarificação que permita facilitar o alcance do objetivo maior de qualidade de vida dessas populações.

Especialmente na área da saúde encontra-se uma gama complexa de variáveis que precisam ser pesquisadas e analisadas, se pretende se intervir nesse processo buscando uma evolução produtiva desta forma de participação.

Minha formação em Psicologia, o trabalho com empresas e a participação como voluntária em um dos projetos sociais desta comunidade na área da educação, despertou em mim o interesse em descobrir, de uma forma mais sistemática e através da busca por

um referencial conceitual advindo da Academia, que contribuições podem ser associadas a este tema de estudo, considerando-se que uma nova forma de pensar, sustentada pela preocupação com a cidadania e a participação interdisciplinar, pode vir a colaborar com o crescimento e desenvolvimento destas comunidades que possuem uma realidade social peculiar nos centros urbanos.

Capítulo 2: O ATENDIMENTO À SAÚDE EM COMUNIDADE CARENTE – PERSPECTIVA CONTEXTUAL

A complexidade e relevância dos problemas relativos à saúde vêm trazendo à tona questões cuja fundamentação baseada em observações e análise crítica da realidade que ora vem se apresentando ainda revela-se precária.

O sistema público de saúde vem evidenciando, através de manifestações populares, uma capacidade produtiva que ainda não consegue atingir ou atender à demanda advinda das comunidades de baixa renda, considerando-se a abrangência dos aspectos envolvidos. (Costa et al, 1989; Minayo (org.), 1987) A partir da Constituição de 1988, as questões sociais passaram a estimular o estabelecimento de um regime de parcerias, como forma de suprir, ao menos parcialmente, as deficiências reveladas nesta área. (Silva, 1998)

Entretanto, não existem investigações que tragam à luz que tipo de conhecimentos e compreensões passam a ser exigidos dos profissionais da área da saúde, a partir do momento em que formas diferentes de gestão iniciam um processo de influência sobre sua atuação, acrescentando-se o fato de que esta se dá em uma comunidade de baixa renda.

Justifica-se ainda, neste cenário, analisar quais as questões que envolvem a formação destes profissionais, assim como descrever o processo evolutivo das parcerias, de modo a contextualizar estes aspectos para uma melhor compreensão do referencial teórico utilizado para embasar esta pesquisa.

Este capítulo pretende, portanto, abordar os três eixos que sustentam o projeto e a reflexão sobre a sua problemática: a formação profissional das equipes da área da

saúde, as políticas sociais da saúde e a origem das parcerias abrangendo a realidade pública e social, o setor privado e a comunidade, visando identificar o elo de ligação que permeia este estudo.

2.1 - A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DA ÁREA DA SAÚDE

A realidade vivida pelas camadas mais baixas de nossa sociedade nos faz ver o quanto ainda é distante a formação do profissional da área da saúde em relação às diferentes formas de atuação com as quais pode se deparar. Percebe-se nos cursos relativos a esta área, a carência da formação de uma consciência crítica, que leve os profissionais a um maior entendimento sobre os diferentes contextos sociais que compõem o universo em que se encontram inseridos. Esta formação normalmente parte do pressuposto que o conhecimento acadêmico e a “experiência” vivenciada nos bancos das Universidades e nos laboratórios práticos são suficientes na consideração e resolução das questões de saúde, de uma maneira geral. (Apple, 1982)

A vertente do modelo biomédico, “tão disseminado por nossas escolas médicas... procura desconhecer que a violência e a exclusão se encontram na raiz de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”. (Quadra, 1980)

Sabe-se hoje que o atendimento à saúde chegou a um ponto de estrangulamento em que não há mais como reverter ou encobrir a necessidade de que se pense a questão da saúde como relacionada às demais condições em que se encontra a população.

Não há mais como se pensar de forma isolada, restrita aos dados visíveis e concretos revelados fisicamente pelos indivíduos. É imprescindível transformar conceitos, ensinamentos e essências construídos através de formações específicas, na

busca de uma compreensão global que permita uma atuação mais efetiva e em consonância com a realidade das populações de baixa renda.

Os problemas encontrados na área da saúde, no que se refere ao atendimento integral dos usuários do sistema atual, assim como as dificuldades que surgem na medicina moderna parecem estar associadas à impossibilidade das novas tecnologias de relacionarem os fatores psicológicos, sociais e econômicos aos problemas físicos relatados pelos pacientes.

A dimensão técnica, que a cada dia mais valoriza a especialização e o conhecimento fragmentado (embora aprofundado), se por um lado agiliza o processo do diagnóstico físico, por outro pode ignorar fatores que permeiam a condição de saúde global desta população. (Berlinguer, 1999)

Além desse foco dirigido para a aprendizagem de competências isoladas e habilidades básicas, surgem ainda questões políticas as quais são traduzidas em termos de problemas técnicos.

Giroux (1986), em seu livro *Teoria Crítica e Resistência em Educação*, cita um relato de Apple (1979), onde ele já colocava que “os imperativos da crítica e da negação cedem lugar a um modo de pensamento no qual os dilemas humanos básicos são transformados em quebra-cabeças para os quais supostamente podem ser encontradas respostas fáceis”, ou seja, os problemas saem do complexo para uma simplificação muitas vezes inadequada em função do contexto em que estão situados.

Analisando-se essas considerações verifica-se que, em acréscimo ao entendimento da necessidade de uma visão holística sobre o ser humano, torna-se fundamental contextualizar a formação do profissional da área da saúde em relação à variedade de condições sociais, econômicas e culturais que permeiam essa realidade,

bem como estabelecer uma visão crítica permanente ao currículo fornecido, em função da evolução do cenário de atuação deste profissional.

Adiciona-se a isto, uma atuação subordinada a um modelo de gestão que incorpora outras realidades, diferenciadas, advindas das imposições do mercado e do poder público através de suas políticas sociais.

Considerando que existem muitas idéias, mas nenhuma clareza sobre essas várias interações, entende-se que assumir estes novos conceitos na formação do profissional da saúde tem sido um desafio a ser enfrentado por grande parte das Escolas e Universidades.

Um enfoque mais viável para se desenvolver uma teoria da prática de sala de aula na formação dos profissionais de saúde terá que partir da premissa que é essencial o reconhecimento do “jogo dialético entre interesse social, poder político e poder econômico, de um lado, e conhecimento e prática escolar, por outro lado”. (Giroux, 1986) Logo, a formação do profissional da área da saúde deveria envolver a compreensão da realidade social e de todo o cenário e possibilidades hoje existentes, o que facilitaria o entendimento e sua atuação em consonância com a gestão decorrente do estabelecimento das parcerias.

A falta de estrutura, resistências a mudanças e à integração e problemas de relacionamento interpessoal têm sido citados muitas vezes como obstáculos a esse novo contexto. Adicionado a isto, encontra-se atualmente um número mínimo de profissionais que já atuam desta forma e, portanto, poucos são os que possuem a experiência prática da situação para poder repassá-la aos estudantes.

A construção coletiva desse novo modelo, onde vencer o individualismo do mundo contemporâneo torna-se o foco principal, requer uma consolidação ao invés de

uma fragmentação, para que se possa com isso reinventar e fortalecer a área da saúde. A pluralidade de posições e ações hoje existente merece um aprofundamento em espaços mais amplos de discussão e de pesquisa.

A base rígida de ensino e produção exige uma transformação que a torne mais flexível, inserindo novos cenários na formação da equipe da saúde. A cegueira epistemológica e a arrogância profissional geradas pela verdade do saber técnico na área biomédica precisam ser urgentemente substituídos pelo desafio de transformar a saúde, em todas as suas condições, em um objeto prático realizável, onde gozar do máximo de saúde não seja apenas privilégio de alguns povos ou classes sociais.

Modificar essa atitude de estagnação passa a ser condição preliminar para se enfrentar a nova realidade. Reequilibrar os poderes, estimular valores morais como a solidariedade e o humanitarismo e reerguer os sistemas de saúde fazem parte da necessidade e compõem o conjunto de ações mínimas para o enfrentamento de um problema maior de atendimento à saúde.

A inversão da tendência do trabalho isolado para uma ação conjunta parece ser a única saída para o conflito existente entre a teoria da formação biomédica e a atividade prática cotidiana.

A reorientação do modelo de atendimento à saúde passa a exigir que as Universidades reflitam sobre a possibilidade de contribuir com o aumento da riqueza social e a diminuição das desigualdades, cumprindo com o seu compromisso social.

Esta configuração mereceu espaço neste estudo, já que se percebe a importância do atendimento à saúde em um sistema integrado de cooperação, onde os atores sociais envolvidos possam atuar dentro de uma disposição ao trabalho conjunto e uma ação

capaz de valorizar o atendimento à saúde como base para o aumento da qualidade de vida de populações carentes.

Não é objetivo do trabalho, entretanto, aprofundar este referencial quanto à formação do profissional na área da saúde, mas vê-la como um possível influenciador na questão das parcerias nos programas sociais. No capítulo 3, item 3.2, poderão ser apreciadas algumas outras considerações que reforçam estas colocações.

2.2 – AS POLÍTICAS SOCIAIS DA SAÚDE

Um maior entendimento destas questões poderá ser feito a partir de uma visão contextualizada do atendimento à saúde da população, como conseqüência de uma reforma substancial nas políticas sociais brasileiras.

Na verdade, as mudanças estruturais apresentadas pelo cenário mundial voltaram-se para novas formas de inserção das economias nacionais no plano internacional e o atendimento das demandas sociais que resultam dessa nova realidade. Estas vêm procurando gerar uma maior participação de grupos organizacionais da sociedade no processo de tomada de decisões governamentais.

Segundo Bennet (1990), forças importantes originárias do poder público e do mercado mobilizaram atores sociais e políticos preocupados com o aumento de demandas sociais não atendidas pelo aparato estatal. Ações surgiram em função de movimentos de usuários e contribuintes pressionando pela melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Assim, a descentralização da intervenção estatal – no que se refere à dimensão institucional e decisória da implementação de políticas públicas, especialmente no

campo social – vem se constituindo em um dos aspectos estratégicos e positivos da modernização e reforma do Estado... “nesse processo vêm sendo buscadas novas formas de regulação pública e de estabelecimento de parcerias entre Estado e sociedade, consolidando mecanismos mais democráticos de decisão e gestão...” (Silva, 1998)

Tratando-se do Brasil, é importante destacar que a reforma em curso deve considerar as peculiaridades do desenvolvimento do país e que trouxeram como resultado grandes desigualdades sócio-econômicas, demográficas, fiscais e territoriais, associadas aos altos níveis de concentração de renda.

É reconhecido que um grande contingente de brasileiros vive em situação de pobreza e indigência e que a desigualdade de renda e riqueza vinha assumindo níveis inaceitáveis. Desses processos e de sua combinação resultou, na visão do Governo, uma “estrutura complexa e diferenciada de exclusões e vulnerabilidades sociais que precisam ser enfrentadas por uma gama igualmente diferenciada de políticas públicas e de políticas de governo”. (1)

Neste contexto, as políticas sociais brasileiras vêm se desenvolvendo na busca, dentre outros objetivos, da aproximação do poder decisório e de gestão dos recursos (humanos, financeiros, materiais) com a necessidade advinda de uma maior percepção sobre as condições reveladas pelas populações, em especial as de classes mais baixas.

Os desenhos das políticas setoriais passam a ser cada vez mais fundamentais na concretização de direitos básicos de cidadania e na implantação e aperfeiçoamento de programas universais como educação fundamental, atenção à saúde, previdência e assistência social. (Arretche, 2000; Arretche e Marques, 1999; Draibe, 2000)

(1) entrevista de José Luiz Fiori, professor de Economia da UFRJ, à revista Carta Capital de 20.08.97

No que se refere à saúde, essa política operou até os anos 80 através de um quadro institucional muito fragmentado, onde também prevalecia a dicotomia entre prevenção e cura.

O movimento social de apoio à reforma sanitária, desde o final dos anos 70, orientou-se pelos seguintes e principais princípios: descentralização, com ênfase na unidade federada e aumento do papel dos municípios; integração de autoridade gestora em cada nível de governo; participação da sociedade civil como forma de controle social; integração, de forma sistêmica, das ações preventivas e curativas. (Draibe, 2000)

Já no ambiente da democratização do país, a reforma culminou com a consagração, na Constituição de 1988, de uma nova forma institucional denominada Sistema Único de Saúde – SUS, integrada à Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, e apoiada no direito universal da população à saúde. (Draibe, 2000)

A descentralização do SUS, no início, sustentou-se em três modalidades de gestão (NOB-01/93): a gestão incipiente, a gestão parcial e a gestão semi-plena. Até o final de 1997, 57% dos municípios já se enquadrava nas mesmas, sendo que apenas 2 % na gestão semi-plena (aproximadamente 16% da população). (Arretche, 2000; Arretche e Marques, 1999; Draibe, 2000)

Em 1996, com a modificação dessa norma operacional básica para a NOB-01/96, a sistemática de descentralização foi simplificada para duas modalidades: a Plena de Atenção Básica (com maior grau de autonomia) e a Plena do Sistema Municipal (ou Estadual), que supõe a assunção total da gestão por parte do município. (Draibe, 2000)

Atualmente 99% dos municípios já se encontram enquadrados, sendo que aproximadamente 80% estão na modalidade Plena de Atenção Básica. Neste quadro,

foram desenvolvidas algumas ações básicas na área da saúde voltadas para a população de baixa renda, dentre elas o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (Draibe, 2000)

Em fevereiro de 2002, com o objetivo de aperfeiçoar o sistema e reafirmar a regionalização como base para a hierarquização dos serviços de saúde, foi criada a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS 01/2002. Esta permite o fortalecimento do comando único do gestor do SUS sobre os prestadores de serviços e o incremento das funções de gestão frente aos novos desafios.

A implantação da NOAS 01/2002 implica na criação de instrumentos que permitem o conhecimento da realidade das atuais estruturas, de modo a promover cooperação técnica, contribuindo assim para o alcance de melhores resultados no que tange à saúde da população. Entende-se que somente com uma integração entre as esferas política e administrativa consegue-se garantir o direcionamento e condução do SUS, conforme definido na Constituição Brasileira.

Visando em especial o controle, regulação e avaliação deste atual sistema de gestão, a NOAS 01/2002 define que estas ações compreendem o “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução dos processos de compra e contratualização de serviços, o acompanhamento do faturamento e a quantidade e qualidade dos serviços prestados. Assim sendo, pode-se garantir a equidade do acesso e a integralidade da assistência ao cidadão”.

Neste contexto, cabe ao Gestor Federal o controle, regulação e avaliação do Sistema Nacional de Saúde, prestando cooperação técnica e financeira ao Distrito Federal, Estados e Municípios. Ao Gestor Estadual compete a prestação de apoio técnico e financeiro aos Municípios, acompanhando, controlando e avaliando as redes

hierarquizadas do SUS. Ao Gestor Municipal cabe controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados em seu território.

Nos Municípios ainda não habilitados pela NOAS 01/2002, estas funções cabem ao Estado (SES – Secretaria Estadual de Saúde), podendo este delegar estas tarefas ao Município, desde que o mesmo tenha a estrutura adequada para a função.

É possível entender que todo esse movimento de reformas, além de lento e gradual, abrange um sistema complexo de gestão que extrapola o poder público, enquanto ainda contemplado com graves dificuldades de implementação dessa nova forma de atenção à saúde.

Neste caso, cada vez mais é envolvido um número maior de poderes onde se mesclam organizações societárias de diferentes naturezas à rede pública, com vistas ao alcance do objetivo de atenção à saúde e melhoria de qualidade de vida das comunidades de baixa renda, gerando as parcerias.

Este panorama nos leva a refletir sobre até que ponto as políticas públicas na área da saúde, com todas as revisões e atualizações implementadas até então, conseguem dar conta de uma realidade que cada vez mais se torna carente no campo social. Não é a toa que outros setores passaram a envolver-se, na tentativa de complementar ou reduzir as necessidades nessa área, como pode ser visto a seguir.

2.3 – A ORIGEM DAS PARCERIAS

A cada dia aumenta o estabelecimento de parcerias entre os estados e municípios e a sociedade (setor privado e sociedade civil). A maioria das reformas do Estado vem assumindo claramente a idéia de co-responsabilidade com a sociedade pelo controle de

recursos e intervenções. Inclusive, uma das propostas do Banco Mundial refere-se à adoção de parcerias com empresas, trabalhadores e comunidade como incentivo à ação social, como forma de produção de melhor proteção a custos muito mais baixos.

Segundo Nasciutti (2001), esta nova forma de ação surgiu, na verdade, de uma conjugação de três heranças distintas: dos movimentos militantes de esquerda, preocupados com a mobilização social; do *modus operandi* do mundo capitalista e globalizado, que defende a ênfase nas novas tecnologias sociais e a qualidade da racionalidade do trabalho; e do mundo acadêmico, que traz os fundamentos conceituais, teóricos e metodológicos da produção de saber científico.

Essa tendência à criação de novos modelos inter-organizacionais de ação (alianças ou parcerias), envolvendo atores governamentais, não governamentais e privados, são atualmente caracterizadas por uma heterogeneidade de atuação, embora com um mesmo fim, representado pelo fortalecimento de bases mais sólidas na implantação das políticas sociais.

O próprio SUS prevê e realiza conferências com a intenção de tornarem-se fóruns democráticos onde é imprescindível a presença desses atores diferenciados em relação aos seus objetivos macro, embora com um objetivo comum.

Apesar de não se poder afirmar que toda a prática do terceiro setor seja calcada em um processo democrático, as experiências vêm evidenciando sinais de uma democratização das relações entre o Estado e as forças sociais, reflexos de uma nova matriz institucional emergente, portadora de soluções viáveis e concretas de melhoria de vida de inúmeras populações desfavorecidas.

Entretanto, “a construção de alicerces entre esses diversos atores sociais não diminui as responsabilidades do Estado. Revela, porém, as potencialidades do trabalho

conjunto no campo da gestão na mobilização das competências e capacidade para ação”. (Camarotti & Spink, 2000) Assim sendo, cabe esclarecer algumas questões quanto à formação destas parcerias.

2.3.1 – A INSERÇÃO DO SETOR PRIVADO NA REALIDADE PÚBLICA E SOCIAL

Os anos 90 foram um marco em todas essas reformas que vêm se apresentando no que tange às políticas públicas e o estabelecimento das parcerias, inclusive aquelas que envolvem o setor privado. Se antes as ações sociais caracterizavam-se pela filantropia, traduzida pelo doador benevolente e pelo donatário agradecido, essas relações de cooperação começaram a migrar, nesta década, para alianças estratégicas. Além disso, “essas alianças estratégicas emergentes vão muito além de meramente preencher cheques...” (Austin, 2001)

Na relação das empresas com a sociedade, alguns fatores foram essenciais e responsáveis pela condução da mudança desse movimento. A crise política e econômica, o fortalecimento da sociedade civil e o aumento do desemprego, dentre outros, além de reforçar o sintoma da exclusão social, revelaram mais fortemente a redução da capacidade de atuação do Estado.

A abertura comercial e o aumento da vulnerabilidade das empresas exigindo uma resposta à quebra de monopólio e à competitividade, aliados aos fatores já citados, também contribuíram para a necessidade de ampliação do envolvimento do setor privado nas ações sociais, como forma de resposta à melhoria da imagem das empresas.

Na realidade, o apoio financeiro, a mão-de-obra, o know-how, o envolvimento e conhecimento da comunidade, dentre outros, são itens de suma importância na constituição de um aparato maior de atenção social. Em contrapartida, dentre os benefícios de formação das parcerias com o setor privado e que podem ser colhidos pela sociedade estão a economia de custos, as sinergias e o aumento da receita, que facilitam inclusive a gestão pública no alcance de seus objetivos. (Austin, 2001)

Com base em relato de executivos de algumas empresas, existe para o setor privado uma melhora substancial em relação à imagem e à credibilidade das atuações das empresas no mercado, o aumento dos negócios, uma maior atratividade de candidatos a funcionários e a criação de uma cultura voltada para o reforço de valores que estimulam o comportamento de seus recursos humanos direcionado ao sucesso do negócio. (Austin, 2001)

Segundo pesquisas realizadas pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2000, 2001) referentes ao retrato da ação social nas empresas, existem ainda elementos de caráter pessoal que influenciam na adesão das empresas às ações sociais. Apesar da diferenciação da marca ser um forte motivo, encontram-se identificados a história de vida dos empresários, a filosofia de vida e o valor religioso como componentes relacionados a um sentimento humanitário que leva também à necessidade de contribuição social.

Essas motivações, conforme consta nas pesquisas, não são excludentes. Acabam por tornar-se interdependentes. A responsabilidade social das empresas encarada como fator de competitividade não elimina o lado humanitário e vice-versa. Ao contrário, acrescenta-se aí uma nova forma de combate à pobreza e aos problemas sociais existentes em nosso país.

Vale a pena citar que esses resultados muitas vezes são questionados, a partir do momento que podem gerar a interpretação de que com essas ações do ramo empresarial, diminui a responsabilidade do setor público quanto às suas políticas sociais.

Percebem-se ainda alguns paradoxos neste contexto quando, na mesma pesquisa, encontra-se um índice de 79% das empresas que declararam que atender a comunidades carentes já faz parte de sua estratégia institucional, embora apenas 38% formalizem essa participação em documentação interna.

Esta atuação, entretanto, tende a se consolidar, uma vez que o discurso dos empresários direciona-se para a interpretação de que o envolvimento social é bom não só para os próprios, como também para as empresas e para a comunidade.

No que se refere à identificação das ações existe uma confluência clara e majoritária para quatro áreas em especial: assistência, alimentação, saúde e educação, principalmente as duas últimas, o que pode caracterizar mais fortemente a compreensão de que estas não devem ser apenas assistenciais, mas parte de um projeto de desenvolvimento, em linha com os objetivos declarados das políticas sociais. Os projetos procuram ser inter-relacionadas e pautados na lógica da integração e intersectorialidade no atendimento à demanda das comunidades.

Isto nos leva a observar que “embora seja possível identificar, em algumas das ações relacionadas, traços de paralelismo e superposições com respeito às ações governamentais, no geral, o potencial do atendimento prestado pelas empresas é muito mais o de complementar do que o de substituir o Estado”. (Peliano (coord.), IPEA, 2000)

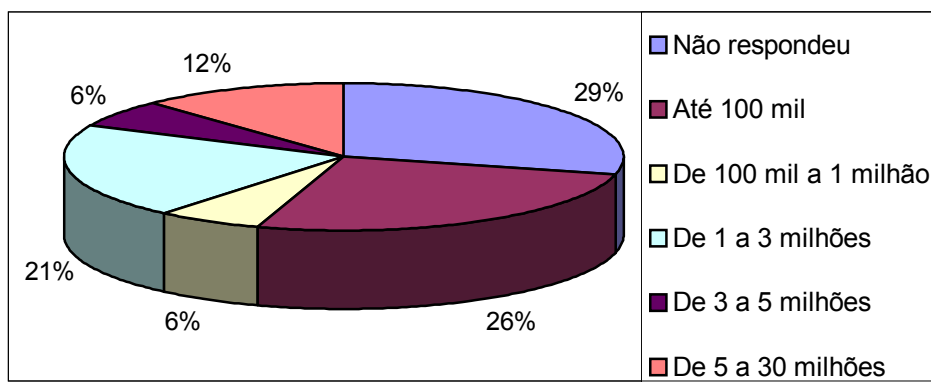
Cresce, simultaneamente, a preocupação em afastar-se das ações emergenciais e direcionar-se para propostas mais elaboradas e transformadoras. Principalmente no que

tange às ações de saúde e educação, estas, quando integradas, acabam por contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, embora não sejam ainda suficientes para resolução de um problema maior que é o de concentração do poder e da renda, este sim um verdadeiro desafio para o Estado.

O gerenciamento social efetuado pelas empresas privadas também é considerado precário, segundo as pesquisas do IPEA, pois os planos de ação utilizados não contemplam definições de metas, procedimentos estruturados ou previsões de resultados esperados.

O orçamento destinado à área social, para a maioria dos entrevistados (56%) normalmente não é formalizado. Independente dessa forma de atuação há uma aplicação de recursos considerada significativa, como se pode ver no gráfico a seguir:

Recursos Aplicados na Área Social (valor/ano)



FONTE: Pesquisa Ação Social das Empresas – IPEA / DICOD (2001) - Região Sudeste

Esses recursos (total de 3,5 bilhões/ano só para a Região Sudeste) representavam, no ano da realização da pesquisa, 30% dos recursos aplicados pelo Governo Federal na região, excluindo os gastos da Previdência Social.

A área da educação absorve o maior volume de recursos, vindo a saúde em segundo lugar, com resultados de 10% a 30% do total aplicado.

No financiamento dos projetos principais e mais abrangentes, entretanto, verifica-se que mais de 50% das empresas divide seus gastos na área social com terceiros. Estes podem caracterizar-se por outras empresas do setor privado, o próprio governo, associações ou entidades de classe, voluntários, universidades, ong's, organismos internacionais e as próprias comunidades. Como se pode ver, os incentivos fiscais não são considerados, já que pouco representam nestes gastos, além de altamente burocráticos. Este é mais um ponto onde o governo poderia se calcar para uma melhor atuação.

Da mesma forma que no planejamento, as empresas também pecam no momento de fazer uma avaliação dos resultados de suas ações sociais. Na realidade, nem o próprio Estado considera ter um instrumento de avaliação que permita identificar claramente o impacto de seus programas sociais.

Paralelamente, pouquíssimas empresas consideram obrigação investir socialmente na comunidade, o que pode levá-las, embora não pareça ser esta a intenção, a encerrar a qualquer momento sua participação na área social.

Algumas reconhecem que os problemas da sociedade não são de responsabilidade somente do governo, mas nada há que formalize esse pensamento. Outras, em minoria, têm procurado agir em conjunto com as autoridades públicas no assunto, mas a maior parte relata que não há vínculo entre estes investimentos e os investimentos sociais privados.

Apesar de tudo, é natural esperar-se que as contribuições ao setor público, não só as materiais e financeiras, acabam por servir de grande auxílio à gestão das políticas sociais do Brasil.

A seguir, encontram-se descritas, de forma resumida, as grandes dificuldades existentes nas políticas públicas na área social e como as empresas agem ou reagem a estes fatores, conforme levantamento registrado em pesquisa do IPEA (2001).

- *descoordenação* – as empresas atuam tal e qual o governo; o processo é pouco articulado e repleto de superposições;
- *pulverização de recursos* – este fator acaba gerando fragmentação do atendimento ao invés de canalização de esforços em uma determinada área;
- *burocratização* – existe claramente uma situação paradoxal entre a agilidade do governo e a otimização dos processos / recursos do setor privado, o qual já está acostumado a gerir suas operações de forma mais rápida e produtiva;
- *descontinuidade* – apesar de não existir obrigação formal, percebe-se a intenção e o comprometimento das empresas no que se refere à manutenção de suas ações para a área social;
- *falta de transparência* – o entendimento de que a divulgação do balanço social das empresas pode gerar uma “falsa imagem” na comunidade, as leva a revelar uma resistência (teórica) a este aspecto;
- *clientelismo* – observa-se, na grande maioria, o temor de associar a ação social da organização privada à questão política, embora haja o engajamento de alguns políticos no sentido de solicitações ou contribuições à ação empresarial;

- *distanciamento* – há uma maior capacidade de diálogo entre as empresas e as comunidades, a partir do repasse de recursos feito de forma direta, bem como a atuação dos programas em localidades próximas às Organizações e, portanto, com suas necessidades mais conhecidas, o que não ocorre com os programas governamentais.

Neste cenário, percebe-se que o desafio mais difícil consiste nas diferenças culturais entre as organizações do setor privado e o governo, o que os leva a apresentar as dificuldades citadas, prejudicando a consolidação de vários projetos em conjunto. As responsabilidades são diferentes, mas uma vez entendido como as organizações direcionadas para o atendimento à comunidade de baixa renda trabalham, pensam e operam, torna-se possível a realização de muitas oportunidades.

Uma parceria eficaz pode, portanto, trazer às empresas privadas, à rede pública e às comunidades, as habilidades e a confiança necessárias para empreender outras cooperações, não apenas entre si, mas também com novos parceiros.

O dividendo de aprendizado proveniente das parcerias cria um efeito multiplicador de capital social à medida que as organizações e indivíduos são trazidos para empreendimentos cooperativos. “Cada aliança adicional e cada conjunto adicional de relacionamentos representam ativos sociais que promovem o avanço da cooperação de cunho social”. (Austin, 2001)

Entende-se que não há uma pretensão no meio empresarial de substituir o governo em suas responsabilidades sociais. A participação evolutiva do setor privado não pode traduzir-se em superposições ou simultaneidade de atuação. Na verdade, é

imprescindível o exercício de uma ação de complementação, de modo a garantir os direitos sociais básicos de cidadania.

Pode ser verificado, portanto, em função das variáveis aqui apresentadas, que o processo de formação de parceria com o setor privado deve ser um processo de permanente evolução. Os parceiros, na verdade, para atingirem os seus objetivos comuns, precisam descobrir como gerir este relacionamento e seus benefícios. (Evans, 1996; Fingermann, 1993)

Por outro lado, os profissionais envolvidos vêm identificando a necessidade de desenvolver novas capacidades que facilitem a compreensão do cenário e a sua atuação não apenas técnica, mas imbuída do espírito de ampliação de sua percepção social, política e administrativa, de modo a alcançar toda a abrangência e envergadura de um projeto social.

2.3.2 – O TERCEIRO SETOR E A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

A preocupação do Estado com o desenvolvimento das políticas públicas e o estímulo para o estabelecimento de parcerias com o setor privado vieram a reforçar também a inserção da sociedade civil na formação de uma aliança estratégica.

Uma análise histórica revela que os efeitos do capitalismo aliados à globalização trouxeram como conseqüências, dentre outras, uma maior utilização da riqueza do país (aumento de 11 pontos percentuais: de 54% para 65%) por parte de uma pequena parcela da população (20%). Simultaneamente, as parcelas mais pobres da população (50%) vêm sofrendo os efeitos contrários, diminuindo o percentual de utilização desta riqueza de 18% para 12%. (IPEA, 1996)

Estes dados foram levantados no período de 1960 a 1990 e reforçam cada vez mais o contexto de desigualdade social em que vivemos.

Em contrapartida, após a abertura política, percebe-se a ocorrência de mudanças de valores originadas pela ruptura do paradigma até então vivenciado pela população brasileira. “Estas mudanças vieram a impactar sobre as instituições, as atitudes e o comportamento da sociedade. As soluções que antes pareciam eficazes para ... resolver os dilemas da ação coletiva, passam a contar com ... uma nova compreensão do mundo e do ser humano”, (Costa, 2001) tornando-se um desafio a busca por um novo modelo para se lidar com as questões sociais.

Ao final da década de 70 e na década de 80, surgem movimentos sociais apoiados na sociedade civil, buscando uma nova definição para a cidadania e outras formas mais eficazes de atendimento aos direitos básicos da população, o que gerava a necessidade de transformações na dinâmica de ação do Estado, enquanto responsável por estas questões.

A demanda pública passou a precisar de uma maior estrutura, que permitisse dar forma às necessidades de ações sociais e como estas poderiam ser processadas. Assim sendo, surge com força o Terceiro Setor, representado pela sociedade civil e esta, por sua vez, representada pelas ong's (organizações não governamentais), osc's (organizações da sociedade civil), associações e fundações, dentre outras, todas sem fins lucrativos. (Fernandes, 1994)

No caso das comunidades de baixa renda, estas normalmente são caracterizadas pelas associações de moradores ou mesmo pelas escolas de samba, como no caso da Favela da Mangueira. Funcionam, normalmente, como os órgãos gestores que direcionam as prioridades e gerenciam os projetos de cunho social.

Percebe-se que à medida que as demandas da sociedade civil tornam-se mais complexas e diversificadas, mais o Terceiro Setor se fortalece, enquanto espaço de pensamento crítico com maior capacidade de organização e melhor compreensão sobre as carências e problemas revelados pelos necessitados de suas ações.

A comunidade organizada que deveria ter como principal objetivo a interlocução das deficiências sociais junto ao Estado, passa a ser mais atuante em relação aos projetos indicados e desenvolvidos, que antes eram de total responsabilidade do poder público.

Adiciona-se a este fato o poder financeiro advindo do setor privado, através de diretrizes de negócio que envolvem o investimento social (contribuições fixas e permanentes destinadas a propósitos específicos nesta área) ou, simplesmente, atos de marketing social (doações esporádicas que contribuem, dentre outros objetivos, para a divulgação da imagem positiva da empresa).

A falta de uma definição e divisão de papéis mais claros e mais precisos pode impactar no estabelecimento de uma parceria produtiva e que traga os resultados relativos ao alcance dos objetivos comuns. Na verdade, o que é percebido nessa dicotomia entre o público e o privado, aparece como uma espécie de solução surreal com a presença do Terceiro Setor.

Fernandes (1994) define muito bem esse dilema e a necessidade premente de articulações direcionadas e estratégicas entre os três setores, quando afirma:

“É nesse contexto de crise institucional que, por uma dialética cruel, veio a frutificar o conceito de uma “sociedade civil”. As inseguranças do Estado reforçam, por contraste, o valor das iniciativas civis, livres das antigas dependências para com os órgãos de governo. A ineficácia

dos serviços públicos estimula a busca de alternativas autônomas que, embora não sejam capazes de enfrentar os problemas em toda a sua extensão, reforçam as idéias de ajuda mútua e de iniciativa própria. As carências orçamentárias dos governos estimulam a busca de recursos para fins sociais no setor privado. Diante dos impasses da política, alguns segmentos antes antagônicos entre si começam a afirmar as vantagens de uma cooperação”.

Uma das ações realizadas neste sentido caracteriza-se pela Lei 9.790/99. Esta lei ficou conhecida como “a nova lei do Terceiro Setor”, uma vez que visa estimular o crescimento deste e, conseqüentemente, o fortalecimento da sociedade civil, a partir do investimento no Capital Social. Isto se dá a partir da criação e qualificação das OSCIP’s (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público). Esta proposição representa uma ação na direção da reforma da legislação que regula estas relações.

Procura-se com esta estratégia aumentar a possibilidade e a capacidade da população para influir nas decisões públicas e alavancar novos recursos ao processo de desenvolvimento do país, a partir de parcerias entre o Estado e a Sociedade Civil.

Esta mudança busca o redesenho das políticas públicas governamentais, transformando-as em políticas públicas de parceria entre Estado e Sociedade Civil em todos os níveis, com a incorporação das organizações de cidadãos na sua elaboração, execução, monitoramento, avaliação e fiscalização.

Ainda há um longo caminho a se percorrer até chegar ao objetivo e um dos obstáculos que se vem encontrando para implementar esta nova lei em sua totalidade é que a 9790 reconhece como tendo caráter público organizações estatais e não estatais, o que vai de encontro à cultura do Estado, que acredita que deve manter o monopólio do público.

A Lei das OSCIPs já parte da idéia de que o público não é monopólio do Estado.

Outro ponto é que lei apenas autoriza a celebração do Termo de Parceria (1), mas não obriga os dirigentes a fazê-lo.

Assim, nenhum administrador, de nenhuma instância governamental (Federal, Estadual e Municipal) o fez. Desta forma os dirigentes estatais dificultam ao máximo a vida das organizações da sociedade Civil, criando obstáculos burocráticos e negando acesso aos recursos públicos.

Esta lei busca a aprovação da sociedade, pois se entende que o olhar da sociedade civil é capaz de detectar problemas e oportunidades, descobrindo potencialidades e soluções inovadoras em lugares onde o olhar do Estado não consegue ou não deseja penetrar. Em função disso, revela melhores condições de promover parcerias em prol do desenvolvimento humano e social sustentável.

A Lei 9790 também passa a reconhecer cerca de vinte áreas de saber / atuação como finalidades públicas (90% das Organizações do Terceiro Setor) que até então permaneciam na ilegalidade, pois antes da promulgação desta lei o Estado reconhecia apenas três finalidades para as organizações do Terceiro Setor: saúde, educação e assistência social.

Com tudo isso, percebe-se ainda que a sociedade brasileira não vem atingindo com eficácia o âmago destas questões, talvez devido (embora em menor escala) ao distanciamento ou à falta de uma inserção ou vivência mais profunda na realidade das comunidades de baixa renda, fator este que é comum ao Estado. Daí o surgimento de atuações e inclusões da própria comunidade, muitas vezes representadas por suas Escolas de Samba.

(1) Novo instituto jurídico pelo qual o Estado pode se associar a organizações da Sociedade Civil que tenham finalidade pública, para consecução de ações de interesse público.

Em resumo, ações e intenções parecem surgir impregnadas do caráter inovador necessário ao desenvolvimento social de nosso país. A opção, entretanto, parece não vir de uma das partes citadas ou da atuação destas de forma isolada, mas da integração dos objetivos, da transformação das ações e, mais uma vez, da visão global do dilema enfrentado por nossas comunidades de baixa renda e das oportunidades que podem surgir quando estas são associadas em torno de um fim comum.

Na área da saúde, a visibilidade das condições básicas de vida destas populações carentes, assim como os aspectos sociais e econômicos que permeiam essas comunidades fazem parte de um estudo que precisa de aprofundamento, visando atingir objetivos mais amplos de atendimento às questões em pauta.

Capítulo 3: REALIDADE SOCIAL, SABER CIENTÍFICO, ATUAÇÃO EM PARCERIAS – UMA QUESTÃO DE INTERDISCIPLINARIDADE

O referencial teórico aqui abordado pretende trazer reflexões que permitem embasar a discussão sobre o problema apresentado na Introdução. O atendimento à saúde em comunidades de baixa renda será analisado sob o enfoque psicossociológico, buscando suporte nas teorias que trazem a necessidade de se rever o modelo biomédico ainda hoje utilizado, distanciando das realidades sociais e das novas formas de atuação.

Pode-se perceber, neste sentido, a ausência de uma atuação interdisciplinar formal, que permeie o diagnóstico e a solução para os problemas de saúde apresentados, como também a cooperação entre todos os atores sociais envolvidos.

Isto pode ser também compreendido como relevante se buscarmos no pensamento interdisciplinar uma forma de contribuição que poderá permitir que os diferentes modelos de gestão apresentados pelos três setores, apesar das propostas sócio-políticas diferenciadas, venham a convergir para um objetivo comum caracterizado pelo bem público no que tange ao atendimento à saúde.

3.1 – REFLEXÕES PSICOSSOCIOLOGICAS SOBRE A CONCEPÇÃO DE SAÚDE EM COMUNIDADES CARENTES

Vários estudos e pesquisas científicas e sociais vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos, relativamente à busca de uma compreensão sobre os fenômenos que estão ocorrendo e que influenciam decisivamente na evolução do cenário da área da saúde e da realidade social em que se inserem as comunidades de baixa renda. (Apple, 1982; Arretche, 2000; Boltanski, 1984; Capra, 1999; Quadra, 1998)

Transformações culturais mostram que os processos em si saem de um equilíbrio aparente e encontram um movimento próprio que caracteriza a dinâmica do momento. O repensar de ações não é mais uma opção e sim uma certeza necessária, se realmente se quer entender esse contexto e atuar sobre ele de forma a alcançar resultados que tenham base na visão integrada dos eventos e indivíduos que o compõem.

O processo histórico vem revelando que quando se fala de comunidades e, em especial aquelas de menor poder aquisitivo, já não se pode tratar de nenhum tema ou demanda que não estejam inseridos em um quadro diversificado de acontecimentos políticos, econômicos e sociais.

Modelos teóricos e metodológicos relativos à área da saúde, por exemplo, não se sustentam mais se dissociados do exame das influências advindas das classes sociais ou de uma análise crítica das intervenções decorrentes das novas formas de gestão desta temática. A intervenção do profissional da área da saúde atualmente deve conter a preocupação com a construção de uma ação que considere a compreensão dos fenômenos psicossociais e das relações sociais envolvidas em seu âmbito de atuação, aliada ao conhecimento biomédico necessário no tratamento dessas questões de saúde. (Apple, 1982; Boltanski, 1984; Capra, 1999; Nasciutti, 1998)

Boltanski (1984) definiu bem essa situação quando relata em seu trabalho sobre as classes sociais e o corpo, que “a atitude dos médicos não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente que ... não é um objeto inerte, mas pode-se saber doente, saber alguma coisa sobre sua doença, desejar sarar e ter uma opinião sobre a maneira como se deve proceder para curá-lo.”

Isto implica dizer que o conhecimento científico puro (não só o da ciência médica, mas de todos que estão relacionados à área da saúde) não é suficiente para se

atingir resultados significativos e eficazes ante uma situação de possível enfermidade. A diferenciação sobre o pensamento e a realidade social das classes populares e a sua forma de perceber e vivenciar a doença vão servir de fatores determinantes na sua relação com o médico ou o profissional da saúde, de uma maneira geral.

Torna-se cada vez mais proeminente a necessidade de superar a percepção sob as óticas intra-individuais e adotar uma perspectiva mais dinâmica e generalista que possibilite entender a relação saúde / doença como um processo histórico e determinado por múltiplos fatores.

Esta relação, na realidade, pode transformar-se em solução, se bem compreendidas as causas, origens, e até mesmo as necessidades psicológicas, sociais, econômicas, dentre outras, que permeiam a vida do paciente e potencializam suas queixas. Pode ainda transformar-se numa problemática maior, se não houver a visibilidade dessas questões.

Neste sentido, algumas relações de poder se estabelecem, iniciando-se pelo poder do conhecimento que é reconhecido pelo sujeito em relação a um profissional ou instituição que traz em sua história um saber ou referencial legitimamente maior do que o seu.

As tentativas de um discurso consistente sobre os sintomas que afligem o indivíduo, nas classes populares em especial, vêm seguidas de uma constatação da sua ignorância referente ao assunto e da certeza de que só o especialista tem a autorização para realizar o diagnóstico e a cura. O corpo torna-se “o objeto que o sujeito abandona às manipulações do especialista e ao seu discurso”, se submetendo ainda à sua linguagem e às suas regras. Portanto, se “a utilidade” do profissional da saúde para a formação do diagnóstico é hoje, com o desenvolvimento dos exames de laboratório,

menos importante do que foi nos grandes momentos da clínica médica, sua função social permanece, no entanto, total e justifica a importância que lhe atribuem os médicos. (Boltanski, 1984)

O discurso desse profissional invoca a necessidade de uma maior adequação, onde o saber científico serve de pano de fundo, sendo privilegiada a identificação da realidade vivida por seu paciente. Passa a ser exigido um modelo que não mais toma por núcleo o modelo mecanicista da área biomédica. As relações entre esses atores sociais, na verdade, vai muito além de algo que passa apenas pelo paradigma da dominação por aquele que detém o saber.

Relação, segundo Guareschi (1996), traz dos filósofos o conceito de “uma ordenação intrínseca de uma coisa em relação a outra”, ou seja, não basta haver um papel determinante e estático, mas necessita de um contra-papel que possa trazer valor e movimento a esse encontro, independente de sua intensidade e fluidez.

No contexto da saúde, em algumas comunidades de baixa renda, encontra-se ainda um outro vetor que perpassa essa questão da relação e que se revela como mais um dilema vivido pelo profissional da área. Enquanto ideologias são criadas formas diferentes de gestão para atendimento a essa necessidade. O intuito de resolver a problemática dessa demanda pública acaba levando o Estado a buscar outros meios que contribuam para sua solução, o que é encontrado no setor privado através de seus investimentos contínuos ou esporádicos. Adiciona-se a isto as associações comunitárias que procuram trazer contribuições referentes à realidade social, às prioridades e à definição das melhores formas para lidar com o problema.

Guareschi (1996) agrega um grande valor a essa questão quando define e divide as formas de dominação em econômica, política e cultural, as quais encontramos todas

nesse caso, em especial. Se o imaginário social traz a realidade da saúde apenas como um sistema que é traduzido por processos de prevenção e cura, a gestão dessa área através de uma triangulação de parceiros demonstra que a complexidade do tema é muito maior.

É “nesse espaço de articulação teórica que a psicossociologia se insere”, onde “não há uma redução dos processos sociais às projeções imaginárias individuais nem se considera que o psiquismo individual seja totalmente sujeito aos determinantes objetivos da realidade social”. (Nasciutti, 1996) Neste momento torna-se necessária a análise de todos os fatores que partem dos pressupostos teóricos estabelecidos, de forma articulada, de modo a que se possa aprofundar essa questão e chegar a uma compreensão mais ampla da complexidade envolvida.

Neste cenário, uma visão interdisciplinar, partindo do estudo do conhecimento técnico e da realidade social, tendo a psicossociologia como pano de fundo, parece ser o recorte apropriado ao estudo em pauta.

3.2 – O CIENTÍFICO E O SOCIAL – DISTANCIAMENTO ENTRE O CONHECIMENTO TÉCNICO E A REALIDADE PSICOSSOCIAL

A investigação sobre o atendimento à saúde em comunidades carentes revela alguns pontos importantes e carentes de discussão e análise. O distanciamento aparentemente presente entre o conhecimento técnico e a realidade social merece destaque já que, para aprofundar e compreender as questões enunciadas é preciso tomar consciência de uma grande mudança que vem se percebendo no mundo moderno

relativa à quebra do paradigma do modelo biomédico enquanto norte para os profissionais da área da saúde.

Paralelamente a isto, a gestão por parcerias também traz à tona o fato de se tentar buscar um equilíbrio entre realidades distintas (Estado, mercado e Terceiro Setor), com vistas a um objetivo comum desta forma de atendimento à saúde em especial.

O atendimento à saúde vem se permeando, portanto, pela pouca compreensão sobre as realidades sociais diversificadas e da forma não integrada do funcionamento das parcerias por parte dos atores sociais envolvidos, reforçadas pela própria formação fragmentada dos profissionais da saúde. Esta relação entre eles é o ponto focal da discussão, entendendo-se que não mais simplesmente a técnica e o conhecimento científico servem de sustentação para um modelo que não mais se aplica, se percebido por uma visão psicossociológica dos fatos. O todo passa a ser objeto de estudo em substituição à análise da soma da compreensão de cada uma de suas partes.

“No paradigma científico mecanicista clássico, acreditava-se que, em qualquer sistema complexo, a dinâmica do todo podia ser entendida a partir da propriedade das partes...” Portanto, a regra era: “para compreender qualquer sistema complexo, nós o dividimos nos pedaços que o compõem”. (Capra, 1982) No entanto, retomando-se a própria concepção de doença, verifica-se que esta precisa, além do anteriormente citado, ser entendida como um desequilíbrio entre fatores internos e externos que não podem ser percebidos como desarticulados pelo profissional da saúde, já que isto causaria uma visão limitada do problema.

Este fato é confirmado a partir de estudos e pesquisas que mostram que mesmo com todo avanço tecnológico nesta área, a saúde da população, de uma maneira geral,

não vem melhorando na mesma proporção, o que caracteriza a necessidade de uma visão mais ampla dos fenômenos ocorridos.

“As psicopatias e sociopatias tornaram-se agora importantes problemas de saúde pública. De acordo com algumas pesquisas, cerca de 25 % da população norte-americana é psicologicamente perturbada e pode ser considerada seriamente deficiente e carente de atenção terapêutica. Ao mesmo tempo, verifica-se um aumento do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, todos sintomas de saúde social precária. Analogamente, os sérios problemas de saúde infantil atuais têm sido vistos como indicadores de doença social, a par do aumento da criminalidade e do terrorismo político.” (Capra, 1999)

Considerando-se que a realidade brasileira não foge a esta constatação (em especial nas comunidades de baixa renda), a compreensão destes sintomas segundo um modelo biomédico torna-se precária, necessitando da inclusão das questões sociais e psíquicas como possíveis geradores de problemas de saúde.

Segundo Thomas Mc Keown, autoridade nas áreas da saúde pública e medicina social (Capra, 1999), as grandes infecções não vêm se reduzindo pela descoberta de remédios apenas, mas pela melhoria da nutrição, das condições higiênicas e do saneamento nas classes populares, ao que eu acrescentaria a educação. Isso não mudará enquanto a ciência médica não relacionar seu estudo dos aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente físico e social.

Apesar de já se ver esta questão contemplada teoricamente pela própria reforma sanitária, não se identificam atuações ou ações que privilegiem essa problemática.

Além disso, a crença de que a doença requer necessariamente uma intervenção externa do profissional da saúde sem levar em conta o próprio potencial de paciente em direção à sua cura, mostra mais uma vez a influência do modelo biomédico cartesiano que prevaleceu (ou prevalece) até então.

Atualmente, os conceitos que trazem esses valores desarticulados vêm sendo questionados, a partir do momento que existem teias de interconexões relacionais que não podem ser dissociadas enquanto fenômenos complexos que envolvem o científico e o social. A visão holística parece delinear esse novo paradigma e o deslocamento da ênfase dos objetos para os eventos parece tornar-se a tônica.

Por outro lado, não basta dizer que atualmente a funcionalidade da área da saúde depende única e exclusivamente da assunção de uma nova teoria inter-relacional baseada em uma conexão entre todos os eventos que ocorrem simultaneamente e que servem de satélites a essa questão, pois “a existência dessa conexão depende daquilo que os atores fizeram ou deixaram de fazer para estabelecê-la”. (Latour, 2001) Na verdade, essa transformação não reflete ou não necessita simplesmente de uma fusão de interesses, mas de uma mescla de objetivos e ações que possam garantir um atendimento à saúde de forma real e produtiva.

Pode-se perceber assim uma dicotomia entre o aspecto epistemológico (representação) e o aspecto ontológico (realidade) dessa questão, e tudo aponta para o fato de que existe apenas uma pequena parte de compreensão relativa a esse universo de discussão. A ciência médica, dita objetiva, precisa incorporar uma visão epistêmica, onde não apenas o conhecimento, mas o entendimento do processo do conhecimento precisa ser associado à realidade, sendo ambos vistos como relevantes.

Merecem ainda uma análise as questões relacionadas às realidades trazidas pelos determinantes de vida dos atores sociais da área da saúde e de sua inter-relação com as entidades / organizações parceiras que gerenciam suas ações, muitas vezes de forma multifuncional e com lógicas diferenciadas.

Capra (1982), em *O Tao da Física*, já traz em sua discussão o conceito de rede como uma teia de relações, interconexa, que representa os fenômenos observados e onde não há nada primário ou secundário, nem sequer alicerces que sustentem esse sistema. Ele deve sustentar-se por si só, por sua singularidade e complexidade e atuar no meio conforme os critérios estabelecidos pelos próprios atores sociais envolvidos. Logo, isto terá que incluir uma mudança de valores e sentimentos desses sujeitos, através da transformação das intenções de dominação para a atitude de cooperação.

Além disso, as diferentes formas de gestão que caracterizam cada setor e que perpassam essa questão também precisariam de um processo de mudança que não poderia ser operacionalizado de forma individual. A análise conjunta da problemática existente e das possíveis soluções torna-se imprescindível, assim como é fundamental trazer à tona os conhecimentos técnicos, administrativos e políticos de cada organização envolvida.

A necessidade dessa visão e atuação mais amplas recorre, portanto, obrigatoriamente, a uma análise direcionada para as teorias da interdisciplinaridade, que podem ser identificadas como uma possível linha de ação para essa problemática.

Não se pretende nesta pesquisa propor um modelo de gestão que surta efeito nas condições e situação estudadas, mas trazer uma forma de entendimento que permita uma maior compreensão e direcionamento para esse processo.

3.3 – INTERDISCIPLINARIDADE E ATUAÇÃO COMPLEXA

A temática em questão e toda a discussão teórica até então referenciada neste projeto nos remete naturalmente a este conceito que tem sido arduamente investigado, por conta de suas características multifacetadas e sua forma abrangente de envolver vários elementos que constituem o cerne deste estudo: a interdisciplinaridade.

A discussão sobre interdisciplinaridade inicia-se a partir do seu próprio conceito, que na realidade é muito mais abrangente do que a sua própria definição (entre disciplinas). A interdisciplinaridade não pressupõe apenas um trabalho em conjunto, mas a articulação de saberes específicos, onde cada sujeito envolvido tem um lugar e a associação destes de forma organizada e direcionada para um objetivo comum supera o simples somatório destes conhecimentos. (Barbosa, 2001)

Relativamente à área da saúde, a visão integrada do ser humano é o pressuposto que possibilitará uma compreensão maior a cerca do paciente enquanto ser único, individual e portador de uma história de vida e um contexto histórico e social, que delineiam as suas necessidades e ações. Esta visão generalista e integral ultrapassa as fronteiras cartesianas de divisão corpo / mente e do entendimento do corpo humano como uma máquina construída por peças que parecem funcionar isoladamente.

A formação dos profissionais da saúde vem sofrendo um processo evolutivo que, ao invés de privilegiar essa concepção holística, mostra-se cada vez mais como uma produtora de especialistas que recebem reforços positivos para o aprofundamento do estudo das partes que compõe o ser humano. (Apple, 1982; Capra, 1999) Não há espaço, neste cenário, para uma análise crítica das condições que afetam a inter-relação entre

estas partes e que possam estar causando disfunções, a princípio fisiológicas, deste objeto de estudo.

A dissociação destes fatores pode levar a deduções que nem sempre se confirmam, a partir do momento em que ignoram a realidade histórica e social, geradora de elementos influenciadores dos pontos de articulação entre estas partes, e cuja teoria apenas não explica. A lógica curricular, entretanto, nem sempre encontra uma ressonância saudável quando se depara com a prática.

Demo (1997) já enunciava que “é fundamental que toda teoria seja prática, caso contrário, sequer teoria é, porque não se refere a possibilidades reais. Teoricismo é precisamente a tendência de inventar teorias que pouco ou nada têm a ver com a realidade”. Esta afirmação pretende fundamentar a ciência através de uma construção epistemológica e social, ou seja, a ciência é imprescindível enquanto explicação do concreto, do experimento. Entretanto, dissociá-la das condições sociais em que se insere o indivíduo é certamente deixar de lado o social que serve para delinear toda a problemática que dele parte.

Não se pode eliminar as variáveis que envolvem a complexidade dos fatos. Surge aí um novo modelo de saber que precisa ser construído não só do lado de dentro, ou sobre o particular, mas prevendo e analisando as influências e condições que permitem uma passagem entre o particular e o geral (interno x externo) e do geral para o particular.

Esta visão integrada mais uma vez traz a reflexão sobre a necessidade de “uma tomada de consciência sobre o lugar real da posição e do tratamento dos problemas epistemológicos colocados pelas ciências humanas, do ponto de vista de suas relações

interdisciplinares”. (Japiassu, 1976), enquanto mistura de conceitos e práticas, de realidade e sentimentos, de tecnologia / ciência e condições sociais.

“A interdisciplinaridade dá o recado inverso do modernismo formalista: não é a realidade que tem que caber nos métodos, são estes que precisam saber captar a realidade, moldando-se a ela...” “Se o desafio maior das profissões hoje é sua renovação permanente, o ‘saber pensar’ acaba sendo o maior trunfo, em particular quando compreendido como estratégia reconstrutiva e crítica de mapear realidade complexa.” (Demo, 1997)

Entende-se que não se pode desprezar a relevância do aprofundamento do saber científico para o profissional da saúde, mas o que se pretende é que não se perca essa interligação com o mundo exterior que rege os atos, a saúde e a vida do ser humano enquanto paciente.

A interdisciplinaridade, portanto, implica uma ação conjunta, integrada e interrelacionada de atores sociais de diferentes procedências quanto à área de conhecimento e atuação, que leva a tomadas de decisões que considerem os aspectos relativos às diversas disciplinas e realidades. Não significa buscar uma síntese de valores, ou uma identidade de objeto teórico, mas a conjugação de saberes que podem ser alterados em função da troca de conhecimentos, assim como a possibilidade de diálogo e consenso entre formas diferentes de saber e ação, quebrando ou reavaliando a hegemonia da ciência, incluindo a ciência médica, enquanto poder hierárquico baseado em instrução e conhecimento específico.

A conjunção dos interesses individuais e coletivos presentes no conceito de interdisciplinaridade, porém, traz ainda uma outra questão relacionada à complexidade que envolve o conhecimento, a percepção e a interação destes atores sociais.

Além disso, a mudança das relações em nível estrutural significa romper com os paradigmas até então adotados e abrir campos para novas idéias que permitam a formação de ações diferenciadas num mundo em transformação, onde prevalece não só o conhecimento científico mas a inserção social, através da participação e integração dos usuários como indivíduos ativos no sistema de atenção à saúde.

Ainda, segundo Demo (1997), “toda sorte de sistema ou processo – qualquer coisa que seja um todo estruturado consistindo de partes inter-relacionadas – será até certo ponto complexo”. Logo, quando se alia a complexidade à interdisciplinaridade, pretende-se buscar uma compreensão que considere os sistemas lineares enquanto mundo externo desses atores envolvidos e os sistemas não lineares, enquanto mundo interno desses sujeitos em processo de inter-relação.

Os primeiros podem ser entendidos como passíveis de simplificação, mas os outros, fugindo do óbvio, não se baseiam em informações ou em análises concretas, mas em alternativas que, ao mesmo tempo, ameaçam e provocam aquilo que é conhecido, tornando-se um ponto crítico de resistência à mudança. Apenas a interdisciplinaridade, enquanto fusão de temas relativos a um objeto de estudo, não dá conta de toda essas questões sem que se pense sobre a complexidade que a abrange. (Demo, 1997)

A interdisciplinaridade, portanto, se torna cada vez mais útil, enquanto sustentação da complexidade que existe por trás dos fenômenos que envolvem o científico e o social. O conhecer algo além do que já é conhecido implica na

predisposição de mudanças de comportamento e atitude, que surge baseada no reconhecimento da parcialidade do próprio saber individual.

O pensamento complexo, em contraposição ao pensamento simplificador, será a mola propulsora para o entendimento do mundo em evolução, com suas incertezas decorrentes, e da necessidade de reformulação dos paradigmas atuais que envolvem a ciência tradicional, estabelecida na teoria da simplificação. (Demo, 2000; Morin, 1990)

Torna-se necessário, portanto, aprender a pensar dentro da complexidade, a relacionar as estruturas do próprio pensamento. O que se precisa atualmente é “preparar as mentes para responder aos desafios que a crescente complexidade dos problemas impõe ao conhecimento humano”. (Morin, 1999/2000a)

A disposição para essas mudanças, porém, deve ser efetiva. A sensação de perda da identidade, da segurança e do poder experimentados pelo profissional da saúde e pelos responsáveis por uma gestão em uma forma de parceria, deve ser superada pela restauração da capacidade e da compreensão maior relativas à busca de soluções não lineares e que atendam mais diretamente às questões hoje existentes nesta área.

A saúde do ser humano não exige mais somente medidas de caráter científico ou social, mas uma atenção e entendimento que podem crescer além de seus limites. É preciso “dissolver as barreiras, a passividade, a omissão, a segurança das velhas certezas, e então construir a integração”. (Barbosa & Sigelmann, 2001). Isso demanda um processo de desconstrução / reconstrução, imprescindível a esse momento de mudanças.

Pode-se entender que a discussão sobre esta temática, em seu significado mais amplo, implica rever criticamente a trajetória da área da saúde, partindo de um modelo cartesiano de compreensão do ser humano para um novo paradigma sustentado pelo

pensamento complexo, trazendo a interdisciplinaridade como processo catalisador da integração das teorias científicas e da realidade social, com todas as variáveis que gravitam à sua volta ou fazem parte deste contexto.

Este novo paradigma, além do entendimento das questões técnicas encontradas na problemática na área de atendimento à saúde, envolve prioritariamente as questões sociais e a forma de gerenciamento quando esta ocorre, ou pretende ocorrer, através de um modelo integrado que pressupõe a inter-relação entre os três setores: público, privado e sociedade civil.

Capítulo 4: PROGRAMAS SOCIAIS INTERDISCIPLINARES: INTENÇÃO OU REALIDADE?

Este estudo, pela carência de informações baseadas em pesquisas ou literatura específica referente a esta temática, não possui uma hipótese pré-definida a ser testada ou avaliada.

Ao invés disso, foi realizado um estudo de caso, de maneira a que se pudesse identificar sua funcionalidade e levantar possíveis questões a serem tratadas posteriormente.

Objetivando averiguar como se processa o atendimento à saúde em uma comunidade carente, quando esta acontece a partir de uma gestão por parcerias, foram verificados os possíveis dilemas que acometem o profissional da saúde neste contexto, considerando-se as condições de sua formação frente a uma realidade social diferenciada de sua própria história de vida e sua subordinação a uma hierarquia advinda de três poderes inter-relacionados: o Estado - através da Secretaria Municipal da Saúde, o mercado – através das várias empresas que se inserem neste quadro e a própria comunidade representada por uma Associação da Escola de Samba local.

Segundo Nasciutti (2001), “o desafio desse novo modelo de participação social parece ser o de olhar de frente para a situação real e presente e ousar tentar construir a partir dali, com toda essa bagagem, porém, sem ranços teóricos, sem compromissos ideológicos / partidários”.

Entende-se que neste campo “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho”. (Minayo, 1996) Justificou-se, assim, o

desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa onde se pode perceber o científico e o social a partir de uma visão que contempla essa inter-relação, suas origens e conseqüências, de modo a permitir um avanço relativo a esta questão maior que envolve a área da saúde e suas formas de intervenção quando se trata de uma realidade comunitária e praticada através de uma gestão múltipla e diferenciada.

Esta metodologia qualitativa, normalmente, utiliza-se de um pequeno número de sujeitos e, neste caso, especificou-se mais ainda por centrar-se em uma única localidade e para uma determinada área (a saúde) e grupo.

Segundo Minayo (1996), “o reconhecimento da especificidade do setor saúde não retira sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, seja no campo da realidade empírica (pois a questão da saúde envolve o conjunto das relações sociais vivenciadas nas áreas da produção e das condições de produção), seja no âmbito conceitual, onde o específico está atravessado por distintas posições face às possibilidades de organização da vida social”.

Metodologicamente pode-se associar esses referenciais a uma investigação que partiu da premissa de que *ouvir* e *observar* os atores sociais pode trazer uma consistência maior às questões identificadas. A investigação e análise sobre a articulação dos dados levantados com as teorias adotadas compuseram o princípio de estudo dessa dissertação, como será visto a seguir.

4.1 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste contexto foram realizadas, além de uma pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e uma observação participante, com base em categorias a priori

analíticas, de modo a se verificar de que forma se dão as relações técnicas e sociais que permeiam esse cenário e que resultados se obtêm, com recortes nas conseqüências desse atendimento à saúde, passando por uma preocupação teórico-prática que se calca na interdisciplinaridade e na atuação complexa desse modelo.

4.1.1 – PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental baseou-se na investigação e análise da legislação referente às políticas públicas sociais na área da saúde, de documentos legais, boletins, acordos oficiais e institucionais, que servem de base para os acordos entre empresas parceiras e o GRES Estação Primeira de Mangueira, além de documentos da Secretaria Municipal de Saúde – CAP 1, relatórios e controles do Posto de Saúde da Mangueira e de alguns dos projetos satélites na área, visando verificar o funcionamento e a associação dos elementos que representam a saúde neste Programa Social e a inter-relação dos atores sociais que compõem a gestão por parcerias.

Esta pesquisa documental trouxe como contribuição a identificação das normas e leis vigentes que regem a implantação das políticas sociais na área da saúde no Município do Rio de Janeiro, assim como o esclarecimento quanto ao regulamento que norteia a definição e implantação dos demais projetos em parceria com o setor privado, em conformidade com as regras estabelecidas pelo Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira, representante da comunidade.

Os dados coletados referentes à pesquisa documental apontam basicamente para algumas conclusões a respeito do atendimento à saúde na Favela da Mangueira.

O Posto de Saúde apesar de ter sido criado para atender aos atletas da Vila Olímpica (projeto patrocinado pela Xerox do Brasil), pelo tempo ocioso passou a atender à comunidade da Mangueira, assim como a comunidades vizinhas. Não é considerado emergencial, mas uma unidade ambulatorial que abre de segunda a sexta-feira, no horário de 7:00h às 17:00 h.

Funciona atualmente a partir de um convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde – Rio (SMS) e o Projeto Social da Mangueira. À exceção de sua Diretora, que é funcionária da Prefeitura em regime parcial e do G.R.E.S. Estação Primeira da Mangueira no outro expediente (em ambos os turnos atua no Posto de Saúde), nenhum outro colaborador é funcionário da SMS, mas do G.R.E.S.

É considerado padrão e referência em atendimento e organização, recebendo os pacientes em hora marcada, a partir da distribuição de uma senha que é realizada todos os dias no período da manhã, tendo em média 400 atendimentos diários.

As especialidades nas quais presta atendimento pelo SUS são: Clínica Geral, Ginecologia, Obstetrícia, Neurologia, Pediatria e Serviço Social.

Além da parte ambulatorial, oferece serviços de odontologia e outros relativos aos programas de saúde da rede municipal destinados à mulher, ao idoso, a adolescentes, às crianças e de hipertensão e diabetes.

Desenvolve ainda um importante trabalho social e clínico de resgate da comunidade, através dos Agentes Comunitários de Saúde (funcionários do G.R.E.S., mas com verba repassada pela Prefeitura), que realizam um trabalho de prevenção e orientação junto à comunidade.

Os programas de saúde hoje em andamento encontram-se relacionados a seguir:

Programas de Saúde

- Acompanhamento Clínico Ginecológico
- Acompanhamento e Assistência Pediátrica
- Aids
- Atenção Psicossocial
- Atendimento em Grupo em Saúde Mental
- Adolescente – Atendimento Especializado
- Atividades de Grupo para Idosos
- Adolescentes – Clínica Geral
- Clínica Geral para Adulto
- Clínica Geral para Idoso
- Contracepção
- Diabetes
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Hipertensão Arterial
- Odontologia
- Odontologia - 0 a 14 anos
- Odontologia para maiores de 14 anos
- Prevenção contra Câncer de Mama e Útero
- Prevenção e Tratamento da Cárie – 0 a 14 anos
- Prevenção e Tratamento da Cárie – gestantes
- Prevenção e Tratamento da Cárie – maiores de 14 anos
- Vacinação de Rotina – Vacina Anti-poliomielite oral (SABIN)
- Vacinação de Rotina – Vacina BCG

- Vacinação de Rotina – Vacina Anti-hepatite B
- Programa de Atenção à Mulher
- Programa de Atenção ao Adolescente
- Programa de Atenção ao Adulto
- Programa de Atenção ao Idoso
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
- Programa de Saúde Bucal
- Psicologia
- Vacinação de Campanhas – Vacinação contra poliomielite

Serviços de apoio ao diagnóstico

- Coleta de material para exame laboratorial
- Eletrocardiografia

Pode-se identificar, por este quadro, que existe uma iniciativa por parte do poder público, de implantar as políticas públicas de saúde nesta localidade, já que os programas e atendimentos são efetivamente realizados, controlados e documentados, além de percebidos e elogiados pelos usuários dos serviços.

Os projetos satélites nesta área funcionam através das parcerias com o setor privado. Empresas, em geral de grande porte, atuam como patrocinadoras e/ou cedendo profissionais e estagiários (normalmente isso ocorre com universidades, como por exemplo, a Universidade Castelo Branco que promove estágio no Posto de Saúde da Mangueira – PSM – para alunos do curso de Fisioterapia). Estes acordos são estabelecidos entre o G.R.E.S. e a Organização, com prazos determinados, onde são

definidas as regras de funcionamento. Na sua maioria, o PSM ou a Vila Olímpica cedem as instalações e a organização privada entra com equipamentos, mão de obra e “know-how” especializado.

Algumas delas repassam mensalmente uma verba destinada a determinado projeto, prevista no acordo, cujos resultados são apresentados também ao final de cada período de trinta dias. O acompanhamento e avaliação são realizados pelo responsável pela empresa que, ao fim do período de cada acordo, dá o seu parecer para revalidação ou não. Normalmente a opção negativa só ocorre quando existem sérios problemas na saúde financeira da organização.

O número de inserções de usuários em cada projeto é variável em função da necessidade, mas não se conseguiu identificar nenhum tipo de encaminhamento formal de um projeto a outro, ou em relação ao próprio Posto de Saúde.

4.1.2 – ENTREVISTAS

As entrevistas semi-estruturadas, assim como a observação participante, foram baseadas em conceitos extraídos dos referenciais teóricos e se agrupam por categorias, sendo elas: as formas de atendimento, considerando aí as implicações da formação científica no tratamento deste paciente em especial; os objetivos das parcerias; o relacionamento entre os profissionais da saúde; o relacionamento entre os profissionais da saúde e os usuários; a participação da comunidade e a aplicação das regras de parceria.

Nesta etapa foram realizadas seis entrevistas, abrangendo representações do poder público, setor privado, comunidade (GRES Estação Primeira de Mangueira) e

usuários dos serviços, escolhidos aleatoriamente. Os entrevistados foram informados sobre o estudo em questão, não se opondo a prestar colaboração. A princípio, pareceram compreender tratar-se de um estudo de caso, onde se analisaria a realidade sem nenhuma pretensão de mudanças no processo. Os roteiros utilizados para estas entrevistas encontram-se no Anexo 1.

Inicialmente as entrevistas, semi-estruturadas, pretendiam abranger uma amostra composta de:

- um profissional do Posto de Saúde (polo do Projeto Social de Saúde da Mangueira) representando o poder público na condição de funcionário da Secretaria Municipal de Saúde;
- um profissional responsável por um dos projetos relacionados à saúde e que tem como patrocinadores (ou parceiros) as empresas do setor privado;
- a própria comunidade, representada por um integrante do Grêmio Recreativo; e
- três usuários dos serviços, selecionados aleatoriamente.

Algumas dificuldades ocorreram com esta amostra já que, por mais que se tenha solicitado previamente e aparentemente obtido esta disponibilidade, não se conseguiu coletar os dados relativos ao poder público, representado pelo Posto de Saúde.

Em função deste obstáculo foi alterado o público-alvo. No que se refere à área pública, buscou-se informações na Secretaria Municipal de Saúde, no setor central. No setor privado as informações foram obtidas através de um responsável pela administração do programa em uma das empresas.

O Posto de Saúde da Mangueira encontra-se inserido na Região 1 e mantém um atendimento qualificado, segundo as informações colhidas. Abrange vários programas

nesta área e conta com a participação da comunidade, através dos Agentes Comunitários de Saúde. Estes são pagos pelo GRES, com verba repassada pela Secretaria Municipal de Saúde. Atuam em conformidade com as regras estabelecidas, tendo a vantagem de conhecer a população e os problemas locais, o que influencia positivamente no sucesso das ações propostas.

No setor privado, a entrevista foi realizada com o responsável pela área social de uma das empresas parceiras, grande incentivadora do Programa. Esta alteração foi feita de modo a manter o nível hierárquico de poder da parceria, a partir do momento em que foi modificado o entrevistado referente ao setor público.

A empresa envolveu-se primeiramente (e continua até hoje) com o planejamento, implantação e patrocínio da Vila Olímpica. Esta ação foi o ponto de partida do Programa Social da Mangueira e contou com a iniciativa de funcionários que conheciam a população e a realidade, sendo que o responsável pela empresa hoje junto ao GRES fez parte desse grupo.

Atualmente colabora direta ou indiretamente com alguns outros projetos, inclusive na área da saúde.

As demais entrevistas seguiram o planejado. Foi contatado o responsável pela interface entre a comunidade e os projetos sociais, representando o GRES. Este relatou ser profundo conhecedor dos problemas e necessidades dos usuários, inclusive acompanhando o Posto de Saúde desde sua inauguração, quando era patrocinado pelo setor privado.

Três usuários foram escolhidos aleatoriamente e mostraram-se bastante receptivos e satisfeitos com a configuração dos atuais projetos na área, queixando-se apenas da ausência de um profissional da saúde que possa ir às casas dos habitantes que

tenham maiores dificuldades para procedimentos de rotina (medição de pressão arterial, etc.).

As categorias mais significativas e que foram investigadas conforme citado anteriormente são:

- *formas de atendimento* – havia uma pressuposição que a verificação das formas de atendimento traria subsídios para uma melhor compreensão sobre como se processa, na prática, o conhecimento científico: qual o foco valorizado no momento da consulta; de que forma as questões sociais são privilegiadas ou consideradas, em consonância com o saber biomédico.
- *objetivos das parcerias* – a identificação dos objetivos das parcerias traz luz aos motivos que provocam o envolvimento dos atores sociais e instituições que as compõem, e como estes se entrelaçam para o alcance de uma meta comum e mais ampla, traduzida pelo atendimento à saúde a esta comunidade.
- *relacionamento entre os profissionais da saúde* – entende-se que a verificação do nível de relacionamento entre os profissionais da saúde que formam o quadro funcional do Posto de Saúde e destes com os profissionais responsáveis pelos demais projetos da área, traz uma visão mais completa, além do levantamento de questões-chave relativas ao atendimento à saúde neste formato específico.
- *relacionamento entre profissionais da saúde e usuários* – questões relativas a como se processa a relação entre os profissionais da saúde e os usuários de seus serviços são detalhadas nesta categoria.

- *participação da comunidade* – os critérios e prioridades específicos e individuais de cada membro da comunidade para a escolha destas formas de atendimento, bem como sua avaliação em relação aos projetos constituem esta categoria.
- *aplicação das regras de parceria* – esta categoria verifica a intenção / aplicação prática das regras definidas e estabelecidas pelos setores em parceria.

A realização das entrevistas permitiu um maior aprofundamento do tema em questão e o conhecimento das implicações relativas ao problema identificado, a partir do momento em que se buscou seguir os roteiros e as categorias pré-definidas, embora muitas perguntas tenham ficado sem resposta, mesmo tendo sido reformuladas.

Todos os dados levantados nas entrevistas foram tratados através da técnica de *análise de conteúdo*, com o objetivo de medir as implicações decorrentes do discurso / prática existentes relativos a este atendimento à saúde. Segundo Bardin (1979), um dos objetivos deste método consiste no enriquecimento da leitura: “Se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta, aumentar a produtividade e a pertinência?”.

Esse método, na realidade, por trabalhar na análise das comunicações e seus significados com um sentido mais vasto de exploração, possibilita alcançar formas mais amplas de compreensão e inferências da problemática determinada.

Entende-se ainda que um discurso aparente nem sempre revela um significado atrelado ao que efetivamente está sendo relatado. A análise interpretativa da simbologia, a partir de processos de validação, traz à tona o verdadeiro sentido da retórica, contribuindo para a produção de um estudo mais científico e sistemático.

Neste contexto, buscou-se verificar as intenções e sentimentos contextualizados no tema proposto, a partir do conteúdo manifesto pelos entrevistados.

“Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de significantes ou de significados (manipulados), outros “significados” de natureza psicológica, sociológica, política, histórica, etc...” (Bardin, 1979)

A análise de conteúdo pretende conhecer, portanto, o que está por trás das palavras, é uma busca de outras realidades através das mensagens. Permite ainda observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões subentendidas, o que interessa a esta pesquisa particularmente. Entende-se que a seleção da técnica parece ter sido apropriada à análise das questões em estudo, como poderá ser observado no item 4.2.

4.1.3 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A realização de observação participante e seus registros através de um diário de campo complementaram este trabalho metodológico. Esta ocorreu em dias e horários diferenciados e a partir da observação das rotinas e cenários de cada projeto. Pretendeu-se com isso observar, na prática, como funciona o conjunto de regras e atitudes formuladas ou implícitas na atuação destes atores sociais.

Entende-se que o cruzamento dos dados obtidos e a verificação de possíveis confirmações, contradições e mesmo complementações conseguem, ao menos em parte, o entendimento das condições existentes referentes à temática em questão, servindo de base para novos estudos e investigações.

A observação participante foi efetuada no Posto de Saúde e nos locais onde funcionam os projetos da área da saúde, através de um contato direto e freqüente, considerando dias e horários diferentes para evitar repetição de eventos.

É comum nesta comunidade, a presença de pesquisadores, estudantes, candidatos a serviços voluntários, representantes de empresas e curiosos, observando e participando dos projetos, além de realizarem perguntas sobre os mesmos. Logo, não houve estranheza em relação à minha presença no local.

Esta técnica permitiu observar situações onde os usuários eram atendidos quanto à marcação de consultas, orientações médicas e também as relativas à assistência social, bem como a participação de todos os envolvidos na utilização dos serviços do Posto de Saúde e nos demais programas e projetos. Algumas perguntas também foram formuladas, de modo a complementar a observação.

Esta forma de atuação ajudou a situar as práticas adotadas no contexto analisado, contribuindo assim para a obtenção de uma melhor compreensão de suas causas e efeitos, através da confirmação dos dados colhidos pelas outras técnicas, a partir do momento em que se pôde acompanhar as expressões e movimentos de todos os atores sociais envolvidos.

Verifica-se que os discursos não são utópicos ou trazidos de uma forma puramente emocional ou ainda permeados pela peculiaridade do momento da entrevista. Eles efetivamente aparecem na prática, na forma de agir e de lidar com as situações por que passam os entrevistados. Os profissionais que lidam diretamente com os usuários esforçam-se por conhecer a realidade social em que eles se encontram e conseguem atender às suas expectativas e necessidades.

Desde a chegada do usuário ao Posto de Saúde, onde os profissionais se mostram atenciosos e procuram ouvi-lo para fazer o encaminhamento à especialidade condizente com a queixa ou simplesmente solicitá-lo a aguardar a vez (já que existem consultas pré-agendadas), até a sua saída, a satisfação com o atendimento parece presente em função dos comentários dos pacientes.

“Esse doutor é bom, ele sempre acerta o que eu tenho, já “tô” até me sentindo melhor”.

“...já imaginou se eu tivesse que ir no “INPS”? Não era atendido nunca, nem olhavam pra cara da gente...”.

Os demais projetos também demonstram atendimento eficaz e cuidados na relação com o usuário, como pode ser verificado através da fala de um usuário do serviço de Fisioterapia:

“Aqui é muito legal, meu joelho fica bonzinho quando a doutora (fisioterapeuta) cuida dele”.

Pode-se extrair de situações como essas citadas que a satisfação do usuário e o comprometimento dos profissionais aparecem claramente nas situações observadas, mas as regras da parceria não são suficientemente observáveis, a menos que se queira considerar relevantes os procedimentos não formais de vínculo entre os profissionais responsáveis.

4.2 – DISCURSO E PRÁTICA NAS INTER-RELAÇÕES

A associação entre o discurso e as emoções explicitadas pelos entrevistados leva à percepção de que algumas unidades de análise aparecem claramente, tais como: satisfação quanto ao programa, satisfação quanto ao atendimento, articulação entre os projetos de saúde e as regras da parceria estabelecida.

As entrevistas realizadas, em especial com os usuários, assim como a observação participante, traduzem um elevado grau de satisfação com os projetos na área de saúde contidos no Programa Social da Mangureira. Palavras e expressões como “maravilhoso”, “perfeito”, “muito bom”, aparecem freqüentemente e carregadas de emoção e ênfase na entonação com que são pronunciadas. Embora utilizando palavras diferentes destas, os demais entrevistados também revelam um forte sentimento de satisfação com o conceito dos projetos e a forma como são conduzidos.

“Não falta remédio, o atendimento é um dos melhores que existe. A questão da infra-estrutura é ótima e o material... ah! o material hospitalar atinge além do atendimento. Não tem um hospital que tenha a estrutura do nosso Postinho de Saúde”.

(GRES)

Outros relatos e atitudes vindos dos usuários consolidam esse parecer e mostram que a realidade social diferenciada não afeta a atuação dos profissionais envolvidos, o que contradiz as teorias referentes à necessidade de um currículo escolar que possa abranger este tipo de compreensão. Entretanto, o fato dos projetos funcionarem

fisicamente junto à comunidade parece ser o ponto que serve de facilitação ao entendimento dos problemas e das condições de vida desses pacientes.

“Eles (os profissionais envolvidos no Posto e nos demais projetos na área da saúde) entendem a gente. Sabem direitinho o que a gente sente. Mas também, eles trabalham aqui dentro, né?”

(usuário)

O atendimento, portanto, é visto como claro, preciso e contextualizado na realidade social dos usuários dos serviços. Não parece haver nenhuma dificuldade a partir da formação dos profissionais que atuam junto à comunidade, assim como estes, por estarem instalados na mesma região geográfica, demonstram entendimento das necessidades e das condições em que vive essa população.

“Alguns doutores já viram onde a gente mora e aí fica fácil saber a doença que a gente tem e o remédio que tem que dar”.

(usuário)

A participação da comunidade, entretanto, no sentido de estabelecer regras de parceria ou definir melhor as necessidades ainda existentes, só aparece através da relação com a representação do GRES.

“Quando a gente precisa de alguma coisa, corre pro “X.”. Ele sempre resolve tudo”.

(usuário)

O GRES, através desta representação, atua perante os responsáveis pelos projetos e não junto ao poder público ou setor privado diretamente. Isto cabe à diretoria do Grêmio, que negocia os acordos de parceria.

Por outro lado, a articulação entre os projetos de saúde revela uma informalidade que não condiz com o que é sugerido nos discursos oficiais quando se trata desta gestão por parcerias. Não existem encaminhamentos formais ou troca de informações sobre pacientes, de modo a lhes garantir um atendimento integral. As conclusões médicas são anunciadas e os usuários são orientados a procurarem um outro serviço, o que é feito ou não, conforme vontade própria de quem está recebendo a indicação.

“Quando a gente precisa de alguma coisa, vê se eles têm. Se tiverem nos mandam...”

(profissional do Posto de Saúde, relativamente aos outros projetos)

As empresas do setor privado se empenham no sucesso do Programa como um todo. Mesmo que não conste em nenhum acordo, existem doações esporádicas (financeiras ou de equipamentos, medicamentos, etc...) para outros projetos que não o (s) de sua responsabilidade, como também contribuições entre integrantes de projetos que nem sempre pertencem à área da saúde.

“Atender à comunidade em suas carências faz parte de nossa estratégia e de nossos objetivos. Por isso este Programa social é um exemplo que vem sendo seguido”.

(setor privado)

Embora a iniciativa do investimento na área social não seja considerada como obrigação pelas empresas privadas, a manutenção de suas parcerias com a comunidade assume um papel de compromisso interno por parte dos responsáveis pelos projetos sociais que abraçam a causa, assim como também um compromisso externo com o mercado e a própria comunidade, levando à diferenciação positiva para a imagem da empresa, o que induz à compreensão de serem estes os principais objetivos do setor.

“A dissolução de um contrato com Grêmio Recreativo não está em nossos planos. Afinal, nós iniciamos um grande projeto. Além disso, as pessoas irão nos cobrar”.

(setor privado)

Entretanto, não se pode esquecer que no “mundo dos negócios” a lucratividade ou ao menos a saúde financeira das empresas parece vir em primeiro lugar.

“Não se pode descartar esta hipótese (quebra de parceria com a comunidade), mas tudo vai depender do alcance do objetivo de faturamento e das despesas operacionais da empresa”.

(setor privado)

Em momento algum neste discurso, identifica-se a preocupação formal quanto à parceria do setor privado com o setor público. A ajuda ocorre quando sobram recursos (em geral, recursos materiais) e existe a necessidade no Posto de Saúde.

“Doamos um computador para o Posto. Não estava sendo necessário para o nosso projeto, pois temos outros”.

(setor privado)

O município, por sua vez, preocupa-se em manter o Posto de Saúde em funcionamento, habilitando-o inclusive na implantação de vários Programas de Saúde, sendo este o seu principal objetivo. Os atendimentos são acompanhados em termos numéricos, mas não se percebe a intenção, na prática, de articular o atendimento promovido pelo Posto aos demais projetos existentes.

“Temos a preocupação de acompanhar os resultados do Posto da Mangueira. Esta é a nossa responsabilidade”.

(SMS)

Este fato, porém, não é percebido da mesma forma pela comunidade.

“São vários projetos, mas a gente é único, né? Existe a unificação, o grande objetivo dessa união é atender à comunidade”.

(GRES)

Entende-se que, apesar da comunidade declarar a inter-relação entre os projetos, na verdade o que ocorre é que se coloca como foco principal o atendimento à população local, e isso de fato existe. O que parece carecer de uma maior formalidade é a integração entre os projetos.

“Sabemos que existem outros projetos na área da saúde. É bom porque eles podem complementar a nossa atuação”.

(SMS)

À exceção dos usuários e do responsável pelo GRES entrevistado, percebe-se um grande envolvimento com o próprio projeto ou, quando muito, a preocupação com a articulação entre o setor (público ou privado) e a comunidade (GRES).

Pode-se notar, a partir deste contexto, alguns pontos fundamentais que contribuem para este estudo: o envolvimento e satisfação de todos os entrevistados com o projeto do qual fazem parte ou têm algum tipo de relação; e a falta de um vínculo que associe os projetos e seus objetivos, o que poderia ampliar os resultados e o atendimento à população.

O discurso dos profissionais envolvidos privilegia o vínculo relativo aos ‘favores’ da classe ou atém-se às orientações aos pacientes quanto à existência de outros serviços nesta área da saúde. Não há, entretanto, nenhum acompanhamento do usuário de forma integral.

“Nós mandamos o paciente procurar ajuda de um profissional responsável por outro determinado projeto, mas não dá para saber se ele foi ou não”.

(profissional do Posto de Saúde)

Retomando as investigações por categoria, pode-se chegar a alguns pontos considerados fundamentais neste estudo:

- A análise das formas de atendimento mostra, segundo relatos e observações, que a formação ou o conhecimento científico dos profissionais da saúde que compõem os diversos projetos não possuem interferência negativa nos atendimentos, a partir do fato em que a

realidade social dos usuários parece bastante conhecida, em função da convivência próxima entre os atores sociais envolvidos.

- Os objetivos dos componentes das parcerias são claros enquanto objetivos individualizados ou, no máximo, entre setor público / comunidade e setor privado / comunidade. Não há nenhuma intenção ou preocupação de um trabalho coletivo visando a atenção ou saúde integral dos usuários dos serviços, embora perceba-se a satisfação destes quanto aos serviços prestados.
- A comunidade adota uma participação mais passiva enquanto grata pelo modelo de atendimento implantado, embora ainda faça algumas reivindicações. Estas, entretanto, são canalizadas através do GRES. Acrescenta-se ainda o fato de não haver nenhuma percepção quanto às parcerias efetivamente; parece que o mais importante e o que é visualizado pelos usuários é o Programa como um todo e a questão deste servir de modelo para outras comunidades / localidades o que leva, mais uma vez, ao sentimento de orgulho por parte da população.
- As regras do conceito de parceria na verdade não são aplicadas. Existem alguns acordos entre dois dos três setores, mas sem nenhuma ação relacional entre todos os atores sociais envolvidos, sejam representantes do setor público, do setor privado, do GRES ou da própria comunidade.

Pode-se perceber através deste estudo, portanto, que o atendimento à saúde é compatível com as características da comunidade, abrangendo a gama de serviços e produtos a que se propõe. Os projetos são estruturados e organizados de modo a atingir

seus objetivos específicos, mas não se observa nenhuma associação formal entre eles quando se refere a uma gestão por parcerias entre os três setores. A gestão existe enquanto existe a subordinação às regras da Instituição responsável por cada projeto, mas não de forma integrada, buscando um atendimento à saúde integral e compatível com o discurso propagado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar, de forma sistemática, como se processa o atendimento à saúde em uma comunidade de baixa renda, em especial quando este se insere no contexto de um Programa Social, visto como precursor e modelo, não só no Brasil como em alguns outros países. Trata-se do Programa Social da Mangureira, que contém no seu escopo projetos que abrangem a atenção a diversas áreas sendo que, no caso, foi escolhida a área da saúde, visando um recorte mais específico e também pela complexidade e diversidade de atores sociais envolvidos.

Neste cenário, encontram-se fatores que influenciam ou pareciam influenciar o referido estudo, à medida que este partia de uma gestão efetuada através de parcerias entre o poder público, o setor privado e a comunidade.

Complementarmente, percebiam-se duas variáveis que, a priori, poderiam impactar na efetividade dos resultados, sendo elas a própria realidade social em que vive esta comunidade, com seus problemas e carências, mas com uma história que se diferencia pelo orgulho com que seus habitantes relatam seus avanços e oportunidades de melhoria, como também pela formação da área da saúde, que até hoje se mantém presa a um modelo biomédico, desconsiderando em seu bojo as diferentes necessidades das diversas classes da população, bem como uma prioridade de aprendizado no que se refere à administração e coordenação de ações, principalmente quando estas se dão numa forma inter-relacionada.

A investigação desta gestão por parcerias através de um estudo de caso mostrou alguns resultados curiosos, mas não surpreendentes. A própria dificuldade em realizar-

se esta pesquisa já pode ser vista como um entrave quando se trata da análise desse processo.

A insuficiência de estudos relevantes referentes ao tema também se constitui como obstáculo. Isto também é reforçado pela atuação ou falta de colaboração por parte de sujeitos tidos como imprescindíveis na coleta de dados, que mostraram graves resistências a prestar informações, embora demonstrassem disponibilidade quando solicitados no início do trabalho, talvez por receio em repassar informações e serem punidos de alguma forma por esta atitude.

Simultaneamente, problemas políticos ocorreram, trazendo outros impactos à realização da pesquisa, envolvendo uma pessoa-chave e extremamente querida e admirada pela população local e pelos integrantes dos projetos sociais.

Entretanto, estes fatores serviram para reafirmar algumas hipóteses relativas ao processo que ocorre na atenção à saúde das comunidades carentes. Os resultados relatados no Capítulo 4 podem ser sintetizados como se pode ver adiante, baseado no problema do qual originou-se toda a análise:

“como se processa a atenção à saúde em uma comunidade carente, a partir de um modelo de gestão por parcerias entre a rede pública, o setor privado e a própria comunidade, levando-se em conta a realidade social e as formas de ação (integradas ou não) de cada um desses setores, por meio de seus atores sociais e interações”.

Partindo-se do pressuposto mencionado por Giroux (1986) quando enfoca as questões políticas como necessidade complementar à formação biomédica além da obviedade do conhecimento técnico, pôde-se verificar na realidade existente a

veracidade dessa afirmação. Além disso, a compreensão das condições de vida da população, considerando-se os problemas sociais advindos da precariedade de habitação, saneamento, alimentação, educação e outros, se transforma em essencial quando na atuação junto a esta comunidade.

Percebe-se que, quanto a estes aspectos, não há problemas ou dissonâncias entre a atuação do profissional da saúde envolvido nos projetos e a comunidade usuária desses serviços. Os agentes comunitários de saúde, pertencentes ao quadro funcional do corpo de saúde, não só prestam serviços de orientação, como também aproximam a realidade entre esses atores sociais: o necessitado do atendimento e o possuidor do saber técnico que pode lhe trazer soluções baseadas em conhecimentos orgânicos e fisiológicos, como também entende a linguagem e o contexto em que está inserido.

Embora teoricamente o profissional da saúde não tenha preparo para o desenvolvimento desta percepção, a prática o leva a compreender o fenômeno social da instituição / projeto em que trabalha e atuar em consonância com as reais necessidades desses pacientes.

Quando, entretanto, enfocamos a questão das parcerias, nota-se que inúmeras variáveis interferem no que se poderia chamar de eficácia da administração.

A comunidade faz a sua parte. Utiliza-se dos serviços indicando oportunidades e pontos que ainda são carentes, tais como a atuação de agentes comunitários ou profissionais da saúde "*in loco*", (medição de pressão arterial, aplicação de medicamentos, etc...), evitando a locomoção de idosos ou pacientes com dificuldades de locomoção, além de reduzir o número de pessoas que comparecem ao Posto de Saúde diariamente.

O orgulho em pertencer a esta comunidade que possui uma história reconhecida, bem como ter em sua localidade um programa que serviu de base para outras ações sociais por parte do governo e do setor privado, também constituem incentivos na mobilização dos integrantes da Favela da Mangueira, levando-os a buscar o sucesso cada vez maior dessa intenção. Identifica-se claramente essa postura no discurso e na prática efetuados pelos usuários dos serviços e pelo responsável pela interface do Programa com a comunidade. Esses discursos e práticas carregados de afeto e de emoção reforçam o valor que deve ser atribuído a ações dessa natureza e o que é mais importante: o desenvolvimento destes sujeitos.

O setor privado, através da inclusão de projetos que se pretendem consoantes com o atendimento do Posto de Saúde, gerido pelo poder público, revela ainda alguma incerteza quanto à clareza de seus objetivos de parceria. No entanto, fatores como sentimento humanitário e necessidade da melhoria da imagem para o aumento da receita, apesar de parecerem paradoxais, mostram-se complementares nesta atuação.

A intenção de manutenção e continuidade das ações sociais junto a comunidades próximas é real e calcada nos fatores citados. Existe ainda a compreensão de que os problemas gerados pela exclusão social não são solucionados por ações isoladas ou pelo governo, enquanto detentor desta responsabilidade.

Há muito a ser feito para que as empresas privadas, com seus modelos de administração próprios, consigam penetrar na seara pública e efetivamente ter como uma prática formal essa ação inter-relacionada.

Apesar de tudo, já se consegue perceber nessa atuação, uma preocupação com o aspecto de desenvolvimento social e não mais atos isolados e filantrópicos na medida

em que os projetos acabam por atender às necessidades, no mínimo, de orientação e educação das comunidades (Austin, 2001).

As políticas sociais na área da saúde, embora existentes e direcionadas para a busca da equidade no acesso aos cidadãos de uma maneira geral, ainda demonstram esbarrar em dificuldades oriundas da falta de entendimento da realidade social apresentada enquanto prática de atuação.

A reforma do SUS, originada por um movimento social contra-hegemônico relativo à época da ditadura no Brasil, trouxe movimentos bastante promissores como a descentralização da gestão na área da saúde, envolvendo estados e municípios, já que se entendia que estes possuem um maior conhecimento dos problemas específicos de seus territórios. Mas a própria criação da NOAS 01/2000 mostra o quanto ainda se encontra distante uma atenção à saúde nos moldes analisados e previstos pelo governo.

A intenção declarada pela gestão por parcerias, movimento este que pretendia ampliar o âmbito da aplicação das políticas sociais, vem ainda sofrendo sérios obstáculos, pois o sentimento de perda ou diminuição do poder pelo setor público faz com que alguns dos seus integrantes deixem de aproveitar ou tentar em conjunto o alcance de um objetivo maior de atenção à população nos seus problemas sociais.

A resistência em conceder entrevistas ou repassar informações que nada mais são do que dados relevantes, importantes e concretos na atuação dos projetos de saúde coordenados pelo governo, sofrida no desenvolvimento deste estudo, demonstra o quanto ainda persiste uma cultura que segrega o público dos demais setores.

A realidade mostra, informalmente, uma inter-relação precária no que se refere à ajuda, à solidariedade, à troca e à conjunção de esforços na atenção à saúde desta comunidade da Mangueira. Mas, no geral e no sentido formal, não existem efetivamente

modelos que mostrem resultados produtivos e eficazes nesta inter-relação. As responsabilidades são diferenciadas e distintas e cada um cumpre o seu papel.

As dominações econômicas, políticas e culturais (Guareschi, 1996) existem neste contexto e convivem de forma pacífica, embora não haja nenhum entrelace entre elas.

Percebe-se que o estudo realizado a partir do viés da Psicossociologia e sob a ótica da interdisciplinaridade foi adequado ao tema proposto. Os fenômenos psicossociais e a história dessa comunidade são considerados na atuação de todos os profissionais envolvidos no atendimento à saúde.

A subjetividade, o saber e o poder das equipes da área biomédica são, de certa forma, relegados e subjugados à compreensão do ser humano que procura esses serviços, sendo valorizadas as suas condições sociais e psicológicas, o seu discurso e as suas necessidades. Daí o reconhecimento por parte da comunidade em questão.

Por outro lado, a gestão por parcerias e a inter-relação entre os projetos geridos pelo setor privado e o Posto de Saúde (gerido pelo poder público) ainda carece de uma articulação que possa levá-los ao alcance de um objetivo comum. Os conceitos e a prática não se mostram congruentes. Os interesses individuais e coletivos, apesar da tentativa racional de construção e reconstrução de um saber e agir complementares, encontram-se ainda longe de constituírem-se complexos, onde um todo estruturado é composto de partes inter-relacionadas. O pensamento e atuação interdisciplinares não se mostram visíveis neste contexto, o que provavelmente prejudica a tentativa de uma forma de gestão por parcerias.

A relação informal aparece, mas até quando conseguirá manter-se e atender às solicitações crescentes da comunidade? Até onde sustentará os fatores e fenômenos

existentes nesta interação? Somente através de um pensamento complexo e de uma visão realista da interdisciplinaridade poderá se chegar a um resultado esperado e que surge no discurso dos atores sociais envolvidos. No entanto, esse movimento de mudanças exige ainda um repensar, onde as mentes estejam preparadas para responder e atuar frente a esses desafios.

A área da saúde, através dos responsáveis pela definição da formação dos profissionais envolvidos, assim como dos responsáveis pelo desenvolvimento, controle e implantação das políticas públicas vigentes precisa rever urgente e criticamente a sua trajetória, para que consiga, através da definição e aplicação de um novo paradigma e do exercício de atuação através de diferentes modelos de gestão atender à complexidade que os problemas existentes neste cenário exigem.

Os profissionais da área não podem se basear apenas na intuição e sensibilidade, pois nem todos têm a oportunidade de vivenciar a experiência de uma comunidade carente “in loco”. A formação destes profissionais deve estar calcada em novos cenários e na realidade de nosso país.

O poder público ainda revela uma compreensão precária quanto às novas possibilidades que estão surgindo e que podem vir a solucionar problemas que se arrastam por um longo período e que são alvo de tantas preocupações por parte do governo, o que leva ao entendimento que deve, o quanto antes, retomar essa problemática, a partir da avaliação destes fatores.

O setor privado precisa entender melhor quais as necessidades do atual sistema e que tipo de contribuição trará resultados convincentes e efetivos para estas comunidades.

As populações de baixa renda, mais organizadas, ainda carecem de uma prática de diálogo com seus parceiros e uma melhor compreensão quanto às atuações propostas. Até que ponto as ações são paliativas ou preventivas neste modelo e o quanto isso é conhecido pelas comunidades?

A inter-relação entre essas formas de atuação torna-se cada vez mais necessária, implicando numa ação conjunta e integrada onde se contemple o saber, a realidade social e a administração compartilhada intrínseca a um sistema de gestão por parcerias.

BIBLIOGRAFIA

- APPLE, M.W. **Ideologia e Currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. São Paulo: FAPESP e Revan, 2000.
- ARRETCHE, M. e MARQUES, E. **Municipalização da Saúde no Brasil: as instituições também fazem a diferença para o poder local** In: XXIII Encontro Anual da ANPOCS, 1999
- AUSTIN, J.E. **Parcerias – Fundamentos e Benefícios para o Terceiro Setor**. São Paulo: Futura, 2001.
- BARBOSA, R.M. **A Formação do Psicólogo em um Mundo de Mudanças: reflexões acerca de uma experiência interdisciplinar**. Dissertação de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia das Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.
- BARBOSA, R.M. e SIGELMANN, E. **Desafios à Formação do Psicólogo: Complexidade e Interdisciplinaridade**. Vol. 53 – No. 2. In *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Imago, CNPq, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979
- BENNET, R.J. **Descentralization Local Governments and Markets: towards a post-welfare agenda**. Oxford: Clarendon Press, 1990.
- BERLINGUER, G. Globalização e Saúde Global. In **Estudos Avançados**, no. 13, 1999.
- BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CAMAROTTI, I. e SPINK, P. (orgs.). **Parcerias e Pobreza** – soluções locais na construção de relações sócio-econômicas. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

CAPRA, F. **O Tao da Física** – Um Paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental. 2.ed., São Paulo: Cultrix, 1982.

_____. **O Ponto de Mutação** – A Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente. 2.ed., São Paulo: Cultrix, 1999.

COMINI, G.M.; ADULIS, D. e CUKIER, A.L. **Estado, Mercado e Terceiro Setor** – Desafios do Estado na Articulação com Organizações da Sociedade Civil para a Implementação de Políticas Públicas: Um Estudo de Caso. (artigo) Primeiro Encontro da Rede de Pesquisas sobre o Terceiro Setor na América Latina e Caribe – ISTR – Escola de Serviço Social da UFRJ, abril, 1998

COSTA, M. A. N. **Samba e Solidariedade**: capital social e parcerias coordenando as políticas sociais da Mangueira, RJ. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política / PPGACP, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002

COSTA, N.R.; RAMOS, C.L.; MINAYO, M.C.S.; STOTZ, E.N. (orgs.). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. v. I – Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis: Vozes e ABRASCO, 1989.

_____. **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. v. II – Movimentos Sociais e Cidadania. Petrópolis: Vozes e ABRASCO, 1989.

DEMO, P. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **O Conhecimento Moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1997.

DRAIBE, S.M. **A Reforma dos Programas Sociais Brasileiros: panorama e trajetórias.** Ago/2000. In: XXIV Encontro Anual da ANPOCS

EVANS, P. O Estado como Problema e Solução. In **Revista Lua Nova**, 28/29, São Paulo: 1993, p.107-156.

_____. Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Sinergy. **World Development**, v. 24, n. 6, 1996, p.1119-1132.

FERNANDES, R.C. **Privado Porém Público – O Terceiro Setor na América Latina.** Rio de Janeiro: Relime-Dumará, 1994.

FINGERMANN, H. (org.). **Parceria Público-Privado – Cooperação Financeira e Organizacional entre o setor privado e administrações públicas locais.** v. 1: Experiências em Confronto, São Paulo: SUMMUS, 1993.

_____. **Parceria Público-Privado – Cooperação Financeira e Organizacional entre o setor privado e administrações públicas locais.** v. 2: Teoria e Prática, São Paulo: SUMMUS, 1993

GADOTTI, M. **Educação e Poder – Introdução à Pedagogia do Conflito.** São Paulo: Cortez, 1989.

GIROUX, H. **Teoria Crítica e Resistência em Educação – para além das teorias de reprodução.** Petrópolis: Vozes, 1986, p. 65-101.

GUARESCHI, P. A. e JOVCHELOVITCH, S. (orgs.). **Textos em Representações Sociais.** 2.ed., Petrópolis: Vozes, 1995.

GUARESCHI, P.A. **Relações Comunitárias – Relações de Dominação.** In CAMPOS, R.H.F. (org.). **Psicologia Social Comunitária – da Solidariedade à Autonomia.** 3 ed., Petrópolis: Ed. Vozes, 1996

IETES/IPEA/PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Desenvolvimento Humano e Condições de Vida na Cidade do Rio de Janeiro e seus Bairros. In: **Relatório de Desenvolvimento Humano Sustentável da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000.

IETES/IPEA/PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. As Condições de Vida na Cidade do Rio de Janeiro. In: **Relatório de Desenvolvimento Humano Sustentável da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2000.

IPEA. Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. Rio de Janeiro e Brasília, IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LATOUR, B. **A Esperança de Pandora**. São Paulo: Edusk, 2001

LEVY, A. “O Vínculo entre História Individual e História Coletiva”, in **Documenta**, no. 6, Eicos, UFRJ, ano III, 1995.

LEVY, A.; NICOLAI, A.; ENRIQUEZ, E.; DUBOST, J.. **Psicossociologia: Análise Social e Intervenção**. Petrópolis: Vozes, 1994

LOPES, A.O. Planejamento do Ensino numa Perspectiva Crítica da Educação. In: **Repensando a Didática**. 2.ed., São Paulo: Papirus: 1989, p. 41-52.

MEC. Diretrizes Curriculares para o curso de medicina, 1998.

MELLO E SOUZA, C. “A ética das relações sociais no Rio de Janeiro: uma abordagem psicossocial”, in **Documenta**, no. 9, Eicos, UFRJ, ano VI, 1998

MINAYO, M.C.S. (org.). **A Saúde em Estado de Choque**. 2 ed., Rio de Janeiro: Espaço e Tempo / FASE, 1987.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4 ed., São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MORIN, E. **A Cabeça Bem Feita** – repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999/2000a.

_____. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Trad. Dulce Matos. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

NASCIUTTI, J. C. R. “Reflexões sobre o espaço da psicossociologia”, in **Documenta**, no. 7, Eicos, UFRJ, ano IV, 1996

_____. “Desinstitucionalização, Doença mental e Sociedade: Problemas e Desafios”, in **Documenta**, no. 9, Eicos, UFRJ, ano VI, 1998

_____. “Transformação Social Sustentável no Exercício da Cidadania”. In: ROURE, M., PADUA, S.M. (orgs.). **Empreendedores Sociais em Ação** – iniciativas inovadoras em tecnologias de cidadania e desenvolvimento integrado ao meio ambiente. São Paulo: Cultura, Ashoka Empreendedores Sociais e Ipê – Instituto de Pesquisas Ecológicas: 2001.

NÓBREGA, N.P.; NASCIUTTI, J.C.R. “Vida e Ruptura: pode-se lidar com o imponderável?”. Vol. 46 – Nos. 3/4. In **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

PAIM, J.S. e ALMEIDA Fo., N. **Saúde Coletiva**: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. In: Revista de Saúde Pública. v. 32, n.4, São Paulo, ago. 2001. (<http://www.scielo.br>)

PELIANO, A.M.T.M. (coord.). **A Iniciativa Privada e o Espírito Público**: a ação social das empresas do Sudeste brasileiro. Brasília, IPEA, 2000.

PELIANO, A.M.T.M. (coord.). **Bondade ou Interesse?** Como e porque as empresas atuam na área social. Brasília, IPEA, 2001.

PERUZZO, C.M.K. **Comunicação nos Movimentos Populares:** a participação na construção da cidadania. Petrópolis – RJ: Vozes, 1998.

PRIMAVERA, H. Gerencia Social y Epistemología: Reflexiones Acerca de la Construcción de Herramientas de Intervención. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, 1997.

_____. La Moneda Social como Palanca del Nuevo Paradigma Económico – Taller sobre Moneda Social – Documento síntesis para discusión producido luego del Encuentro de Findhorn, Alianza por un mundo responsable, plural y solidario – Polo de Socio-Economía Solidaria, junio, 2001.

QUADRA, A.A.F. Relação Médico-Paciente. O Ovo da Serpente. In: **Caderno CEDES**, São Paulo: Cortez e Autores Associados, n. 7, p. 105-110, set. 1980.

SÁ, C.P. “Práticas sócio-culturais e comportamento a propósito de cognições, representações e discursos”, in **Documenta**, no. 9, Eicos, UFRJ, ano VI, 1998

SANTOS, M.S. “Mangueira e Império: a carnavalização do poder pelas escolas de samba”, In ZALUAR, Alba e ALVITO, Marcos, **Um Século de Favela**. Rio de Janeiro, FGV, 1998.

SILVA, M.T.B.; CACHAÇA, C. e OLIVEIRA FILHO, A. L. **Fala Mangueira!** Rio de Janeiro: José Olympio, 1980.

SILVA, P.L.B. **Reforma do Estado e Política Social no Brasil** – Êxitos, Problemas e Desafios da Coordenação Intergovernamental. In: XXI Congresso Internacional da Latin American Studies Association, Illinois, 1998.

SILVA, R.C. **Metodologias Participativas para Trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania**. São Paulo: Vetor, 2002.

SILVA, T.T. “Teorias do Currículo: o que é isto?” In T.T. da Silva, **Documentos de Identidade** – uma introdução às Teorias do Currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SPINK, M.J.P. **Psicologia Social e Saúde**; práticas, saberes e sentidos. Petrópolis – RJ: Vozes, 2003

Revistas

Revista Comemorativa dos Treze Anos do Programa Social da Mangueira – 2000

A Voz do Morro – Caderno Verde e Rosa – março de 2002

Páginas na Internet

Business for Social Responsibility – www.bsr.org

Rede de Informações do Terceiro Setor – www.rits.org.br

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – www.ipea.gov.br

Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira – www.mangueira.com.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA**Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira**

1. Como é percebido o Projeto de Saúde (inserido no Programa Social da Mangueira) incluindo o Posto de Saúde e os Projetos satélites?
2. Como é vista a inter-relação entre os profissionais do Posto de Saúde (público) e os dos demais Projetos (parcerias com o setor privado)?
3. Quais são (na sua visão – GRES Mangueira) os objetivos de cada um desses projetos? E o objetivo comum entre eles? Existe?
4. Qual a participação da Comunidade neste projeto como um todo? Existem participações ativas (requerimentos, sugestões, ...)?
5. Qual o papel do GRES Mangueira nestes projetos da saúde?
6. O que pode ser melhorado na área da saúde para a comunidade da Mangueira?

ROTEIRO DE ENTREVISTA**Secretaria Municipal de Saúde**

1. Qual (is) o (s) principal (is) objetivo (s) da Secretaria Municipal de Saúde em relação aos Postos de Saúde municipais e em especial ao Posto de Saúde da Mangueira?
2. Que orientações básicas são fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde? Existe alguma diferenciação nestas orientações para o Posto de Saúde da Mangueira e para os demais Postos de Saúde do Município?
3. Quais as dificuldades encontradas, relacionadas ou não, ao(s) objetivo(s) a que se destina?
4. Existem dificuldades em relação aos usuários (comunidade carente)? Ex: entendimento por parte deles, cumprimento das orientações, realidade social, ,...) As queixas são facilmente compreendidas pelos profissionais?
5. Existe uma inter-relação formal entre os projetos desenvolvidos pelo Posto de Saúde e os demais projetos que envolvem a área da saúde e que têm parcerias com o setor privado?

6. Como é para o Posto de Saúde ser administrado pelo poder público?

7. Que retorno é dado pelo usuário em relação ao atendimento às suas necessidades? A quem é dado esse retorno? Existe alguma pesquisa de satisfação ou algo parecido?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Setor Privado

1. Qual o objetivo principal do seu projeto e como esse projeto funciona nessa realidade?
2. Quando o projeto começou e qual o tempo previsto para sua duração?
3. Como é feito o patrocínio? Qual a relação da empresa com o(s) profissional(is) responsável(is) pelo projeto?
4. Como é feito o acompanhamento do projeto por parte da empresa?
5. Quais as dificuldades encontradas em relação ao (s) usuário (s), relativamente à realidade social dessa população? Existe algum tipo de acompanhamento?
6. Como se dá a inter-relação entre esse projeto e o Posto de Saúde? Existem encaminhamentos de um para o outro? E em relação aos outros projetos na área da Saúde?
7. Você percebe oportunidades de melhoria nessas relações e/ ou nesse projeto?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Usuários

1. Você (ou seus parentes próximos) usa(m) ou já usou(aram) o Posto de Saúde da Mangueira? Que serviços?
2. Você já foi orientado a usar um outro serviço do Posto? Ex: Você vai ao obstetra e ele lhe encaminha para a Nutricionista.
3. Como você descreveria (em termos de qualidade) o serviço do Posto? Ele atende às suas necessidades?
4. Os profissionais do Posto (médicos, dentistas, ...) entendem exatamente as suas queixas? Procuram descobrir o que você tem a partir da sua realidade? Ex: estou com fraqueza, mas não posso deixar de trabalhar.
5. Você utiliza ou já utilizou ou precisou de algum dos outros projetos voltados para a área da saúde? O que você achou?
6. Os profissionais envolvidos nesses outros projetos conseguiram trabalhar bem com você e suas queixas? Entenderam o que você informou e atenderam às suas necessidades?

7. Que diferenças você percebe entre o Posto e estes outros projetos em termos de funcionamento (organização, atendimento, ...)?

8. Você tem alguma sugestão para melhorar esse atendimento à saúde na Mangueira? De uma maneira geral, como você vê o atendimento à saúde aqui na comunidade?

FOTOS



Vista geral da sede do Grêmio Recreativo Escola de Samba
Estação Primeira de Mangueira



Visita de Bill Clinton à comunidade da Mangueira

FOTOS



Equipe do Posto de Saúde da Mangueira



Odontologia – Posto de Saúde da Mangueira

FOTOS



Projeto de Fisioterapia



Projeto de Fisioterapia

FOTOS



Atendimento à terceira idade e crianças portadoras de deficiências