

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA CERUTI QUINTANILHA

**PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA: UM MODO DE
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

Vitória,
2012

BRUNA CERUTI QUINTANILHA

**PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA: UM MODO DE
PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello Araujo.

Vitória,

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Q7p Quintanilha, Bruna Ceruti, 1987-
Participação rizomática : um modo de participação social no
Sistema Único de Saúde / Bruna Ceruti Quintanilha. – 2012.
92 f.

Orientadora: Maristela Dalbello de Araújo.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Participação social. 3.
Políticas públicas. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Centros de Saúde. 6.
Gestão em Saúde. I. Araújo, Maristela Dalbello de. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

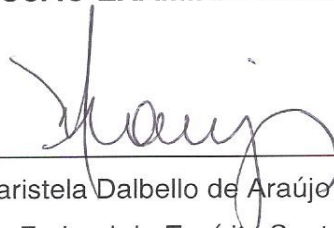
BRUNA CERUTI QUINTANILHA

Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde

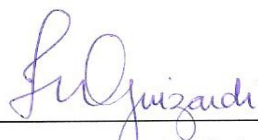
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2012.

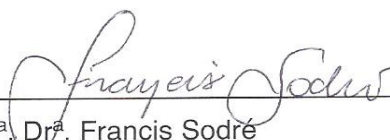
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a Dr^a. Maristela Dalbello de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Francini Lube Guizardi
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Prof^a. Dr^a. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo -
PPGSC

Aos meus pais e meu irmão, que estão sempre ao meu lado.

A meus amigos, com os quais compartilhei risadas e angustias.

A minha orientadora, por me apresentar Clarice Lispector.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial meus pais e irmão por acolherem com carinho minhas escolhas e entenderem meus momentos de ausência. Obrigado Isabel, Bruno e Brunella por me receberem sempre de braço abertos, quando fui ao Rio. Obrigada Olívia, prima de coração, que mesmo longe sempre este tão próxima. Obrigada a tia Marlien por sempre cuidar de mim.

Agradeço ao GEMTES, grupo de pesquisa, por todos os bons encontros que tivemos. A Alexandra, Josélia, Helaynne e Keli, com as quais aprendi o que era ser pesquisadora, a Alana, Lidi, Denilda, Camillo, Gilza, Luana, Karina e Tullio, que me proporcionaram trocas valiosas. Agradeço a minha orientadora, Maristela, por ter sempre acolhido com carinho e firmeza minhas angustias, alegrias, inseguranças e decisões e por ter dividido risadas, choros e chopps. Obrigada pela segunda mãe que você foi e sempre será.

Agradeço a Soninha, Cristina e Maristela, com as quais aprendi o que é ser psicóloga.

Agradeço aos amigos; com especial carinho a Joana, Taty, Vê, Diego, Diemerson, Karina, Juliana, Ágnes e Vivian, que me deram colo quando precisei, que entenderam meus sumiços e dividiram as cerveja. Um obrigado especial ao Tullio, amigo-confidente, que compartilhou risadas, raivas, aulas, cafés, trabalhos, ponderações, caminhadas, puxões de orelha, filmes, supervisões, viagens, angustias, lágrimas, alegrias; enfim, pelo companheirismo.

Agradeço aos amigos de mestrado, que me permitiram apreender para além dos textos. Obrigado, principalmente, a Manu, Priscila, Bela, Denis, Renan, Rachel, professor Túlio e professora Francis, que estiveram mais próximos nessa caminhada.

Agradeço também aos muros que se ergueram e pedras que tropecei nessa caminhada, os quais proporcionaram mais desejo de lutar pelo que acredito.

Obrigado também aos amores, reais e platônicos, que me permitiram sonhar.

"Que faço distraíndo a vida
Vou traíndo minha sina
Distraíndo decisão
Falo coisas que às vezes não faço
Sou boneca, sou palhaço, ponto de interrogação."
(Música Folia no meu quarto, da banda O Teatro Mágico)

RESUMO

QUINTANILHA, B. C. **Participação Rizomática: Um modo de participação social no sistema Único de Saúde.** Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012, 92p.

A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidada pela lei 8.142/90, que estabelece os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços institucionalizados para sua efetivação. Com esta lei afirma-se que a interferência do usuário no SUS é fundamental para sua construção. Porém, percebem-se outras formas de manifestação da participação; como quando os usuários reclamam dos serviços, participam da solução dos problemas ou oferecem sugestões. Pode-se afirmar que estas formas de participação são movimentos de resistência. Resistir é criar, inventar, produzir novos modos de existência, novas normas para a vida. Dessa forma, esses movimentos engendram processos de ruptura no modo pré-estabelecido de organização e questionam as relações estabelecidas nos serviços. A resistência, assim como descrita por Foucault, é uma das formas que a população encontra para participar e interferir nos serviços de saúde. Esses modos de participação foram denominadas nesta dissertação de Participação Rizomática. A partir disso, propusemo-nos a mapear as formas nas quais esta emerge no cotidiano de Unidades de Saúde. O cenário eleito para a realização da pesquisa foram as seis Unidades que compõem a Região de Maruípe, no município de Vitória-ES. Para tanto, foi utilizada a abordagem qualitativa. Para que se pudessem acompanhar os movimentos de Participação Rizomática, adotou-se a postura cartográfica. Esta se relaciona com a postura política que se assume perante os encontros, com a forma como se estabelecem as relações e como se entende o exercício das relações de poder. Os movimentos captados foram registrados no diário de ocorrências e a análise desses se fez utilizando a Análise de Implicação. A análise da implicação pressupõe evidenciar os jogos de interesse e poder encontrados no campo da pesquisa. Os movimentos captados no cotidiano das Unidades pesquisadas foram percebidos como fazendo parte de três tipos de analisadores: os Ditos, os Não ditos e os Mal ditos. Destes, os Ditos correspondem aos movimentos de Participação Rizomática. Percebe-se que esses movimentos causam incômodos, pois forçam os profissionais de saúde a lidarem com o imprevisível e com os afetos. Na verdade, este talvez seja o grande “nó” do SUS: não saber lidar com os afetos e com aquilo que afeta. Compreendemos que os movimentos de Participação Rizomática devem ser entendidos como pontos de análise ao que está ocorrendo nos serviços de saúde, o que possibilita repensar as práticas instituídas no sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Social, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

QUINTNAILHA, B. C. **Rizomática Participation**: a way of social participation in the unified health system. Collective Health master dissertation – Collective Health postgraduation program, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2012, 92p.

The Social Participation in the Unified Health System (UHS) was consolidated by law 8,142/90, that it establishes the Health Councils and Health Conferences as spaces institutionalized for to accomplish it. With this law one affirms that the interference of the user in the UHS is basic for its construction. However, other forms of manifestation of the participation are perceived; as when the users complain of the services, participate of the solution of the problems or offer suggestions. It can be affirmed that these forms of participation are resistance movements. To resist is to create, to invent, to produce new ways of existence, new norms for the life. Thus, these movements produce processes of rupture in the preset way of organization and question the relations established in the services. The resistance, as described for Foucault, is one of the forms that the population finds to participate and to intervene with the health services. These ways of participation had been call in this study of Rizomática Participation. From this, propusemo-in mapear which they are the forms this emerges in the daily one of Health Unities. The elect scene for the accomplishment of the research had been the six Units that compose the Region of Maruípe, in the city of Vitória-ES. For in such a way, the qualitative boarding was used. So that if they could follow the movements of Rizomática Participation, it was adopted cartographic position. This if relates with the position politics that if assumes before the meeting, with the form as if they establish the relations and as if it understands the exercise of the relations of being able. The caught movements had been registered in daily of occurrences and the analysis of these if it made using the Analysis of Implication. The analysis of the implication estimates to evidence the interest games and to be able joined in the field of the research. From this, it was perceived, in the process of the research, that had been made alliance with the users. Of this form, they had been registered the movements that had emerged of them. The movements caught in the daily one of the searched Units had been perceived as being part of three types of analyzers: the Said ones, Not said and the Evil said. Of these, the Said ones correspond to the movements of Rizomática Participation. It is perceived that these movements cause bothering, therefore force the health professionals deal it with the unexpected one and the affection. Perhaps in the truth, this is the great one “in the one” of the UHS: not to know to deal with the affection and with what it affects. We understand that the movements of Rizomática Participation must be understood as analysis points what is occurring in the health services, what makes possible to rethink the practical ones instituted in the health system.

KEY-WORDS: Social Participation, Unified Health System, Health Management.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: Eu grão de areia.....	9
1.0 O PÚBLICO, O PRIVADO E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	12
2.0 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.....	21
3.0 OS MOVIMENTOS DE RESISTÊNCIA.....	27
4.0 O COLETIVO E A PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA.....	40
5.0 UMA SENSAÇÃO DE: O QUE É MESMO QUE SE PASSA?.....	46
6.0 METODOLOGIA: o estilo.....	47
6.1 O Palco e os Cenários.....	47
6.2 O repertório: um caminhar errante.....	50
6.3 Pausa no movimento: Fotografias.....	55
7.0 NUNCA DEIXAR DE OUVIR... COM OUTROS OLHOS: A PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA	59
7.1 Ditos.....	60
7.2 Não Ditos.....	69
7.3 Mal Ditos.....	76
8.0 E O FIM É BELO, INCERTO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	82
9.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXO A	92

APRESENTAÇÃO: Eu grão de areia

Como surge o desejo por pesquisar algo? Talvez essa seja a principal questão de uma pesquisa. No meu caso, por que pesquisar movimentos de resistência no cotidiano de Unidades de Saúde, afirmando que eles são formas de participação social?

A descoberta da resistência se fez de forma prematura em minha graduação, já no segundo período do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Neste momento comecei a participar do projeto de extensão “Jornadas Antropofágicas: forças, saberes e sabores”, no qual a atuação baseava-se na perspectiva de que os movimentos sociais contemporâneos estão organizados sob a forma de movimentos de resistência. Entendíamos que eles resistiam, re-existiam, existiam. A resistência passou a ser vista como possibilidade de criação. E, desde então, passei a observar com atenção os movimentos micropolíticos que se produzem nas relações. Esta postura perpassou os estágios e a pesquisa¹ que fiz durante a graduação, todos ligados a área da Saúde Coletiva. Muitas vezes naqueles espaços os usuários eram tomados como sujeitos pacientes, ou seja, aquele que espera, que não age, que não sabe.

A visão do usuário como incapaz ou paciente tornou-se um incômodo, afinal, percebia que eles criavam diversos movimentos de resistência no cotidiano dos serviços. Esses movimentos são formas dos usuários dizerem o que querem e o que pensam do serviço, logo, uma forma de geri-lo. Os movimentos de resistência são, assim, movimentos de participação social. A partir disso, surgiu o problema de pesquisa: de que forma a participação social emerge no cotidiano de uma Unidade de Saúde?

Nessa trajetória, foram fundamentais as trocas proporcionadas pelo grupo de pesquisa do qual faço parte, desde o projeto de Iniciação Científica. O Gemtes (Grupo de Estudos em Saúde e Trabalho) é um espaço no qual construímos juntos

¹ Projetos de estágio” “Psicologia e Saúde Coletiva: promovendo Saúde na comunidade” e “Hecciedades: Programa de Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental”. Projeto de Pesquisa: “Práticas em Promoção da Saúde em Unidades de Saúde do Município da Serra/ES”.

projetos de pesquisa, em que todos participam das análises e confecção dos relatórios, artigos e dissertações. Espaço também de acolhimento aos incômodos e angústias que aparecem ao se tentar transformar afeto em texto.

Em cada encontro que tivemos fomos afetados e transformados. Produzimos a cada encontro um eu-outro afetado por todos que ali estavam. Assim, os encontros realizados nesse grupo foram o berço de surgimento do desejo de estudar a participação social a partir da esfera molecular, baseada na premissa de que moleculares são movimentos que estabelecem rachaduras e quebras com as formas hegemônicas da sociedade (DELEUZE; GUATARRI, 1996b). São, assim, as próprias resistências como descritas por Foucault (2006).

Entendemos que não somos seres neutros (desde a “escolha” da temática, a escrita da dissertação, a análise, enfim, tudo que compõem uma pesquisa), em todos os momentos somos perpassados por tantos outros que nos afetam em nossos encontros. Por isso, optamos por escrever a dissertação na primeira pessoa do plural: “nós”.

E muitos foram os que compuseram esse trabalho. Afinal, foi uma trajetória repleta de resistências. Afirmar afetos em um campo em que ainda imperam números e estatísticas, por diversas vezes foi difícil. Em alguns momentos nos endurecemos e as afetações pareciam diminuir. “A razão é como uma equação/ De matemática... tira a prática/De sermos... um pouco mais de nós!²”

Em alguns momentos faltou fôlego. Nestes foi preciso lembrar o porquê de enfrentar esta diferença. Seria tão mais fácil estar entre pares, onde todos nos entendem... “[N]a rua dia desses me perdi/Esqueci completamente de vencer/ Mas o vento lá da areia trouxe infinita paz.³”

De repente, subindo morros e andando pelas ruas acompanhados do som de “O Teatro Mágico”, lembrávamos que lá estávamos para ser a própria resistência; que não “somos massas e amostras⁴”, ao contrário, havíamos escolhido estar ali para ser o grão de areia do olho do gigante.

² Trecho da música “A fê solúvel”, da banda O teatro mágico.

³ Trecho da música “Nosso pequeno castelo”, da banda O teatro mágico.

⁴ Trecho da música “Esse mundo não vale o mundo”, da banda O teatro mágico.

Fomos, então, grão de areia durante a trajetória de futura mestre. Como as músicas de “O Teatro Mágico” ajudaram, durante todo nosso trajeto, a nos lembrarmos disso, utilizamos trechos de músicas para compor partes de nossa dissertação, assim como, relacionamos alguns títulos com elementos que compõem o show de música.

1.0 O PÚBLICO, O PRIVADO E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei 8.080/90, é uma política de Estado que é composta pelo conjunto de serviços e ações de saúde; conjunto de organizações públicas de saúde (municipal, estadual e federal) e serviços privados de saúde, que prestam atendimento aos usuários de forma complementar. Este sistema de saúde tem como princípios a Universalidade, a Equidade e a Integralidade; estes correspondem às idéias de origem do SUS. A Universalidade define-se como o direito à saúde para todos os cidadãos, isto é, acesso indiscriminado ao conjunto de ações e serviços oferecidos pelo SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A Integralidade “pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços ofertados pelo sistema, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e coletivos” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.535). A Integralidade considera, assim, os vários aspectos do processo saúde-doença. A equidade refere-se à prioridade na “oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer devido à desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p.535); podemos traduzi-la como tratar diferentemente os desiguais visando dirimir a desigualdade.

Para que se cumpram esses princípios foram elaboradas diretrizes para o sistema, que correspondem ao que deve ser feito para que se efetivem os objetivos do SUS. Dentre essas diretrizes merece destaque a Participação Social, que compreende a inclusão da população como gestora do SUS. Esta foi regulamentada pela lei 8.142/90, a qual estabelece que o SUS deve ter, em cada esfera de governo, instâncias colegiadas das Conferências e dos Conselhos de Saúde, nestas os usuários terão representação paritária em relação os demais segmentos (BRASIL, 1990b). Essa lei define as Conferências e Conselhos de Saúde da seguinte forma:

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b, p.?)

A partir disso, percebemos que o SUS é uma política de Estado que pretende atender a toda a população brasileira. O que representa um avanço na prestação de serviços de saúde no país, uma vez que até a década de 90 esta era garantida apenas aos que estavam engajados formalmente ao mercado de trabalho, o que incluía o fato de terem a carteira de trabalho com o registro do vínculo empregatício. Vale ressaltar que a prestação de assistência se restringia ao direito a consulta médica, logo, saúde era entendida como ausência de doenças. Estes trabalhadores contribuíam, com parte de seu salário, para a manutenção dos Institutos de Previdência e Aposentadoria (IAPs), que eram responsáveis por prestar a assistência médica. Estes institutos se organizavam de acordo com a categoria profissional – ferroviários, bancários, portuários. Assim, a partir do momento que o trabalhador contribuía para a manutenção do Instituto de sua categoria ele se apropriava do serviço prestado como se fosse dele, ou melhor, entendia que se estava pagando pelo serviço. Isto gerava a idéia de que este era um serviço privado.

O SUS tem seus princípios baseados na concepção ampliada de saúde, a qual extrapola a idéia de que saúde se opõe a doença. O parágrafo 1º, do artigo 2º, no título I, da lei 8.080/90 define saúde como

fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a, p.?)

A partir disso, percebemos que até a década de 90 apenas uma pequena parcela da população possuía algum tipo de assistência à saúde, restando aos demais procurar os serviços filantrópicos oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia. Estes serviços eram poucos em relação à população que os demandavam. Dessa forma, os que recorriam a esses serviços demoravam a ser atendidos e não eram cuidados

de forma integral, isto é, não tinham garantido nos serviços filantrópicos a continuidade do tratamento.

As ações de caráter público, ou melhor, que vinham do Estado para toda a população, tinham características higienistas; ou seja, por meio de campanhas de vacinação e de limpeza urbana, visavam garantir que epidemias não se alastrassem. Já o atendimento feito aos trabalhadores com situação empregatícia regular, se apresentou por muito tempo mais satisfatório, uma vez que era ao menos assegurada a consulta médica. Como ficava entendido que essa assistência era privada, a população brasileira construiu a relação de que o serviço oferecido por empresas privadas de saúde é bom e eficiente. Com isso, a política pública de saúde passou a ser relacionada a serviço ruim e que é ofertado para quem não pode pagar o plano privado.

Podemos, então, questionar o que delimita a noção de público e de privado. De acordo com Aciole (2006) e Campos (2005), geralmente, se relaciona público ao que é estatal, a atividade do governo e privado aquilo que é particular, de iniciativa privada. Ao fazer essa associação, público e privado ganham um caráter dual e antagônico, como se atuassem de forma excludente; contudo, um encontra-se vinculado ao outro (SADER, 2005; ACIOLE, 2006).

Para o senso comum, é como se onde atua o agente público deva estar 'ausente' o agente privado; ou que o Estado deva, quando muito, regulamentar o mercado, mas não a ponto de impedir que este viceje e se consolide. Vice-versa, de onde se ausenta o mercado, ou é insuficiente, deve estar presente o Estado em ações corretivas ou compensatórias. A distinção entre *público* e *privado* se cristaliza, além desta incompatibilidade, numa série de recortes estéticos-expressivos, verdadeiros clichês que marcam pares de opostos: eficiência vs. ineficiência, agilidade e dinamismo vs. morosidade e burocracia, corrupção vs. integridade moral, eficácia vs. ineficácia, para um para outro, respectivamente. [...] Noções embaralhadas pela *ideologia* que cerca estes termos; que se alimenta, e alimenta esta incompatibilidade de gênios entre o que é público e o que é privado; e reforça, sugere, e produz distorções nos significados dos dois termos. (ACIOLE, 2006, p. 34)

Nota-se que a população brasileira construiu a idéia de que o SUS deve ser usado apenas por quem não pode pagar pelo serviço privado de saúde, isto se coaduna com a afirmação de Aciole (2006) de que o Estado deve suprir aquilo que o mercado não abarca. Na mesma lógica, percebe-se nos serviços de saúde que há uma criminalização do usuário que pode pagar pelos serviços e bens considerados de

saúde, e utiliza mecanismos do setor público de saúde; como Unidades, laboratórios e farmácias populares. Isto consolida a relação de que política pública é para pobres e não para todos.

De acordo com Sader (2005), para além de um valor descritivo, a dicotomia público/privado possui também um significado valorativo que se relaciona com a concepção de direito privado e direito público. O direito privado firma-se a partir do direito da razão, ou seja, é um direito que tem seu valor reconhecido independente da conjuntura de lugar e tempo. “Assim, durante séculos o direito privado tornou-se o direito por excelência, enquanto o direito público ficou relegado ao plano de direito constitucional” (SADER, 2005, p.45). Dessa forma, o direito público, enquanto norma, se constituiu mais tarde que o direito privado, e surgiu com características de natureza social, presente no Estado moderno (SADER, 2005).

De acordo ainda com Sader (2005, p. 46)

[a] partir de Locke o tema da inviolabilidade da propriedade – que compreende todos os outros direitos individuais considerados naturais, como a liberdade e a vida – apontam para a existência de uma esfera autônoma em relação à do poder público, tornando-se um dos eixos centrais da concepção liberal do Estado, tornando-se a mais conhecida e consistente teoria do primado do *privado* sobre o *público*.

Percebe-se, então, que o direito privado se relaciona diretamente com a idéia de individual e tem seu significado vinculado aquilo que é do interesse particular (ACIOLE, 2006). Já o público atrela-se ao significado de bem comum, opinião pública, pertencimento geral e universal (ACIOLE, 2006). Esta relação reafirma a idéia de que aquilo que é privado pertence ao íntimo e o público é compartilhado com todos. Aciole (2006) alega que a distinção entre público e privado pode ser relacionada com o par política/economia, em que público está para política assim como privado para economia.

Os significados de público como aquilo que é estatal e privado como o que pertence ao mercado, foram produzidos a partir da ação humana, “da produção social das relações dos homens entre si, e do modo de produção específico em que acontecem estas relações”. (ACIOLE, 2006, p.23). De acordo com Aciole (2006, p.41), privado possui um “forte vínculo com a produção e circulação de mercadorias e serviços, como espaços em que operam produtores e consumidores.” Segundo o mesmo

autor, o mercado é um território no qual, imagina-se que se os homens forem deixados livres, eles serão iguais. Ressalta ainda que este território dispensa um poder regulador, já que as relações de produção e consumo produzidas tendem ao equilíbrio (ACIOLE, 2006).

E quanto mais equilíbrio tanto menos dependentes de uma força exterior, pois se isso vier a ocorrer, o dissenso e o conflito serão o preço a pagar. Todos, portanto, igualmente livres, num espaço de imanente harmonia, pois o mercado representa a harmonia social, o consenso e a liberdade; o Estado, e a política, a esfera da imposição e do conflito. (ACIOLE, 2006, p.41)

Entender privado como mercantil foi favorecido pela definição neoliberal da democracia, que defendia a privatização dos serviços estatais em momentos de crise fiscal; afirmando que assim se melhoraria a prestação dos serviços (SADER, 2005). Aciole (2006) diz que o projeto neoliberal reafirma a primazia do mercado sobre o Estado, dessa forma, as ações neoliberais procuram reforçar os obstáculos para o desenvolvimento econômico estatal, o que dá força ao lugar de ineficiência, inoperância, desperdício em que o Estado é colocado.

A concepção neoliberal perpassa também o setor saúde, no qual diversos âmbitos da sociedade – indústria farmacêutica, mídia, empresas privadas de seguros/planos de saúde – vendem a imagem de que os serviços comprados, logo privados, oferecem um melhor atendimento. Isto tem transformado cada vez mais os serviços de saúde em mercadoria, um bem a ser consumido.

Em relação à concepção de público, Sader (2005) afirma que este termo assumiu formas que se confundem com estatal, o que marcava uma ambigüidade com a crítica liberal. “Nação, classe, comunidade – foram invocadas para promover renúncias ao plano individual, muitas vezes em nome do *público*, mas na realidade falando em nome do *estatal*” (SADER, 2005, p.46). Deve-se ressaltar que “[p]oliticamente o primado do *público* representou a expansão dos poderes de intervenção do Estado, na sua capacidade de regulação do mercado” (SADER, 2005, p.46).

Outro significado atribuído a público é o de opinião pública. A opinião pública se refere a uma forma de manifestação da vontade e ao exercício de uma opinião crítica de um grande número de pessoas (ACIOLE, 2006). De acordo com Aciole (2006) a opinião pública é composta por um público pensante e recebe grande

intervenção da mídia e da publicidade. Historicamente, a opinião pública foi dotada de função crítica e adquiriu uma complexidade única, que se consolida com o público formador de opinião – aquele que “produz o pensamento que se coloniza como senso comum.” (ACIOLE, 2006, p. 38)

Segundo Hardt e Negri (2005, p. 327) a opinião pública é uma invenção do século XVIII, que foi

[...] concebida como voz do povo, e por isso se acreditava que desempenhava na moderna democracia o papel desempenhado na democracia antiga pela assembléia: o lugar onde o povo se expressa nas questões públicas. Achava-se que a opinião pública funcionava através de instituições representativas como os sistemas eleitorais, mas indo muito além delas; nela, imaginava-se que a vontade popular está permanentemente presente. Desse modo, a opinião pública esteve desde o início intimamente ligada a noções de representação democrática, tanto como um veículo que completa a representação quanto como um suplemento que compensa suas limitações.

A partir da idéia de que a opinião pública equivale a uma instância representativa do povo surgem, no pensamento político moderno, dois pontos de vista que se opõem (HARDT; NEGRI, 2005). Um deles acredita na utopia de que esta seja a representação perfeita do interesse da população no governo, a outra a entende como uma forma de manipulação do povo (HARDT; NEGRI, 2005).

[...] a opinião pública não é uma voz unificada ou um ponto médio de equilíbrio social. Quando as pesquisas de opinião e as sondagens nos levam a pensar no público como um sujeito abstrato – o público pensa ou quer isto ou aquilo -, o que temos é pura ficção e mistificação. A opinião pública não é uma forma de representação ou sequer um substituto moderno, técnico e estatístico da representação. (HARDT; NEGRI, 2005, p. 332).

Desde a metade do século XX, a opinião pública se atrela a mídia, aos meios de comunicação – rádio, televisão, jornais, internet -, isso faz com que se altere o seu significado, uma vez que perde parte de sua função política e passa a se relacionar a figura do publicitário (HARDT; NEGRI, 2005; ACIOLI, 2006). Sem contar que a velocidade de informação “mina a noção de opinião pública tanto como expressões individuais múltiplas quanto como uma voz racional unificada” (HARDT; NEGRI, 2005, p. 329).

Aciole (2006) afirma que a apropriação da opinião pública pela mídia converge para um ponto em que ela – a opinião pública - não é mais despertada, e sim é produzida por meio “dos interesses manifestos e/ou ocultos, particulares, que movem a

produção da comunicação e a difusão de informações de modo cada vez mais cartelizado nas sociedades capitalistas do mundo todo.” (ACIOLE, 2006, p. 39). A concepção de saúde como mercadoria não escapa a essa produção midiática, afinal, desacreditar o SUS é uma forma de enfraquecer a política pública e ajudar a impulsionar o mercado gerado pelos planos de saúde e indústrias farmacêuticas. Essas empresas injetam recursos nos meios de comunicação via propagandas e comerciais, dessa forma, porque a mídia se interessaria em promover debates em que se afirma a importância de lutar para melhorar e fortalecer cada vez mais o serviço público?

Hardt e Negri (2005) lembram que embora a população seja bombardeada com a cultura midiática massiva, essa não se acomoda como mera consumidora passiva. “Estamos constantemente extraindo novos significados de nosso mundo cultural, resistindo às mensagens dominantes e descobrindo novos modos de expressão social.” (HARDT; NEGRI, 2005, p. 332). Dessa forma, as pessoas nem estão isoladas da influência da cultura dominante nem tampouco concordam plenamente com seus poderes; o que ocorre é a criação, no interior da cultura dominante, de subculturas alternativas e a formação de redes de expressão (HARDT; NEGRI, 2005). Essas redes são formadas por movimentos marginais, que questionam o modelo capitalista, via apresentações artísticas – teatro, música, curtas, *cartoons*. É importante ressaltar que atualmente tem sido comum o uso da internet e das redes de relacionamento para deflagrar manifestos e expressar opinião sobre algo. Vale ressaltar que, essas redes alternativas não são uma expressão adequada da opinião pública, elas são formas de expressão que resistem ao poder dominante (HARDT; NEGRI, 2005).

A opinião pública ao se associar a produção midiática se relaciona a idéia de que é pública porque atinge a todos, ou ao menos a maioria da população. Com isso, notamos que a concepção de público relaciona-se também ao que é comum a todos (ACIOLE, 2006; ARENDT, 2009). De acordo com Arendt (2009, p.62)

o termo ‘público’ significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele. [...] Conviver no mundo significa essencialmente ter um mundo de coisas interpostos entre os que nele habitam em comum.

Ao relacionar público com aquilo que é comum a todos e pertence a todos, é freqüente que se empregue o termo como adjetivo, assim, público aparece caracterizando bens, como a saúde (ACIOLE, 2006).

Ao empregarmos a palavra [público] em expressões como *serviço público* ou *saúde pública* se sobrepõe, quase que imediatamente, a idéia de pertencimento coletivo, que carrega duplo significado implícito. Correlato da idéia de que se é de todos não é de ninguém, em particular, todos indistintamente possam gozar da sensação de que a possuem, ou seja, a materialidade do pertencimento coletivo está também na privacidade do gozo e usufruto não só como sensação, mas como consumo de serviços e ações concretas compartilhada por todos, simultaneamente. (ACIOLE, 2006, p.40)

A partir disso, percebe-se que a concepção de público carrega a de privado e vice-versa. Isto é, a idéia de público e privado coexiste, até porque ela se relaciona com a forma como estabelecemos nossas relações e com o modo como entendemos a organização social. Podemos afirmar que a esfera pública não se dissocia a privada, elas se constroem no mesmo espaço-tempo. Podemos tomar essa construção a partir de duas perspectivas, uma em que considera privado como a forma na qual cada um se relaciona com as coisas do mundo e a outra considerando privado como mercado; e em ambas partindo do suposto que público é aquilo comum a todos. É preciso considerar também que atualmente, na sociedade ocidental, a esfera pública se desenvolve em meio à ideologia capitalista e neoliberal que preza pela privatização da esfera pública e pelo individualismo.

Assim, podemos questionar como construir uma política pública de saúde, que se pretende para todos, em meio a uma ideologia mercadológica? Uma possível saída para esse impasse é fortalecer a participação da sociedade como gestora do sistema de saúde. Contudo, percebemos que historicamente a ideologia privatista tem ganhado força, inclusive no Brasil. Com isso, nota-se que uma parcela da população considera que não é usuária do SUS, isto porque utiliza a assistência médica privada; a partir disso avalia que não têm direitos e deveres com o sistema. Logo, não exerce a Participação Social. Contudo, esquece-se que quem regulamenta os serviços privados e fiscaliza as condições sanitárias de diversos estabelecimentos é o SUS; o que reafirma o fato de que todos são usuários deste sistema. Vale ressaltar que, esta parte da população é quase toda composta por aqueles que formam a opinião pública.

De acordo com Arendt (2009) a construção do espaço público deve ser feita para transcender a duração da vida dos homens mortais, isto é, precisa ser planejada para servir a mais de uma geração.

[...] [O] mundo comum é aquilo que adentramos ao nascer e que deixamos para trás quando morremos. Transcende a duração de nossa vida tanto no passado quanto no futuro: preexistia à nossa chegada e sobreviverá à nossa breve permanência. É isto o que temos em comum não só com aqueles que vivem conosco, mas também com aqueles que aqui estiveram antes e aqueles que virão depois de nós. Mas esse mundo comum só pode sobreviver ao advento e à partida das gerações na medida em que tem uma presença pública. (ARENDDT, 2009, p.65)

O sentimento de que o SUS pertence a todos perpassa poucos cidadãos brasileiros. Isto porque há os que entendem não serem usuários do sistema de saúde por possuírem um plano privado e há os que usam com frequência os serviços públicos de assistência a saúde – como Unidades, Hospitais, Centros de Referência -, mas consideram que estes são oferecidos como um favor do Estado. Com isso, perde-se a perspectiva de que a política pública de saúde é de todos e para todos. Isso tem se refletido na participação e envolvimento dos usuários nos mecanismos de Participação Social - Conferências e Conselhos de Saúde. Por outro lado, podemos perceber que no cotidiano dos serviços existem muitas pessoas que acreditam que é importante lutar para que sejam vencidos os desafios e problemas que o sistema apresenta.

Campos (2005, p. 100) questiona:

[c]omo preservar o papel do governo, mas aumentar o papel da sociedade civil? Não adianta só falar em Conselhos. Eles são uma forma importante de controle, de definir políticas, mas na gestão cotidiana não são suficientes para fazer essa composição de interesses. O papel dos Conselhos é uma criação do SUS e garante parte do caráter público, mas não todo o caráter público que se quer construir.

Para que se efetivem os princípios do SUS, entendemos como fundamental o fortalecimento da participação social. Foi com a força e a luta dos movimentos sociais que se construiu a base desse sistema. É preciso, contudo, rever o que tem se chamado de participação social, pois se o sistema é público, logo de todos, a participação social não pode ficar restrita aos espaços instituídos para sua ocorrência. É importante que se perceba quais as outras formas que a população brasileira tem utilizado para se relacionar com o SUS, o que entende que seja este sistema e o que tem produzido a partir disso.

2.0 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está consolidada pela lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), na qual se estabelece que cada esfera do governo contará com as instâncias colegiadas das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde. A lei descreve também como funcionará cada uma dessas instâncias. Moreira (2008, p.15) afirma que institucionalizar os conselhos e conferências de saúde no Brasil, “definindo-os como as instâncias mandatórias, responsáveis pela promoção da participação da sociedade na gestão do SUS, foi uma ousadia democratizante que apontava para uma proposta de reforma política.”

Cortes (2002, p.30) afirma que

projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter entre seus componentes representantes da sociedade civil. Uma característica marcante da reforma do sistema de saúde brasileiro, durante os anos oitenta, foi a criação desse tipo de mecanismo participatório.

É importante destacar que a concepção de participação foi construída nas sociedades ocidentais conforme estas se organizaram politicamente. Segundo Vianna, Cavalcante e Cabral (2009), existem dois grupos de argumentações em relação à dimensão inovadora da participação. O primeiro está ligado ao que as autoras chamaram de “idade” do conceito e o segundo é “a novidade que uso recente e recorrente do conceito encerra” (VIANNA; CAVALCANTE; CABRAL, 2009, p.223).

Esses argumentos são apresentados resumidamente por estas autoras que afirmam que a idade do conceito de participação remete a aproximadamente quatro séculos, que é a idade da teoria social moderna; esta assume participação como sendo aquela empreendida na polis, logo, participação política. A partir do debate teórico e político, no século XX, ocorre uma substituição de adjetivos de participação política para social. Passa-se a utilizar, assim, participação social e participação política como sinônimos. Contudo, as origens dos termos participação política e participação social são diferentes. O primeiro remete “à participação de todos os membros da polis – condição de direito (ou de dever) universal -, enquanto o segundo se aplica a

segmentos específicos da população: os pobres, os excluídos, as minorias.” (VIANNA; CAVALCANTE; CABRAL, 2009, p.223).

Vale ressaltar que a proposta de participação social, feita pelo Estado para a população, irá variar de acordo com a orientação política que os governantes possuem (CORTES, 1996). Dessa forma, a autora expõe que os governos conservadores entendem a população como consumidora. Com isso implementam políticas baseadas em aumentar a capacidade de respostas dos serviços privados e públicos para sanarem as demandas vindas dos usuários desses serviços. Estes serviços passam, então, a ser consumidos pela população.

Os governos conservadores afirmam que com as privatizações se asseguraria “que situações de monopólio seriam substituídas pela competição de mercado e pela variedade de produtos e prestadores.” (CORTES, 1996, p.32). Essa forma de governo visa incentivar o consumo individual ao mesmo tempo em que desacredita a população em relação às lideranças que representam os interesses diversos dos setores sociais. (CORTES, 1996).

Já os governos social-democratas “enfativavam a necessidade de reforma das organizações públicas através de estratégias não centradas no mercado. Elas [as organizações públicas] se propunham a aumentar as oportunidades para que cidadãos ou usuários expressassem suas opiniões.” (CORTES, 1996, p.32).

Independente das orientações políticas dos governantes, o que se percebe, a partir do século XIX, é que o conceito de participação passa a fazer parte das teorias da democracia liberal. Mesmo assim, no interior do Estado, ainda se relaciona participação com voto (VIANNA; CAVALCANTE; CABRAL, 2009). Liga-se participação também a direito universal “de tomar parte nas decisões que afetam o coletivo, vale dizer, como participação política” (VIANNA; CAVALCANTE; CABRAL, 2009, p.227). Segundo Vianna, Cavalcante e Cabral (2009) a participação pode ser traduzida em direito ou em dever universal, exercido na esfera pública e, de preferência, por meio do voto atribuído às representações políticas e a dimensão política da participação social “trata-se de intervir em processos decisórios que atingem o coletivo.” (VIANNA; CAVALCANTE; CABRAL, 2009, p.229)

No cenário brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco no que diz respeito à participação social na área da saúde, já que pela primeira vez ocorreu a presença efetiva do setor civil da sociedade em uma Conferência de Saúde (CORREA, 2000). Sem contar que foi nesta Conferência que o Movimento Sanitário legitimou as propostas que delinearão o SUS, que tem como principal diretriz a participação social (CORREA, 2000).

Cortes (2002) assinala que anteriormente haviam grupos mobilizados por meio de fóruns de participação que ajudavam no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Estes foram fundamentais e fizeram parte da elaboração e criação do SUS. De acordo com Guizardi e Pinheiro (2006, p.799) “com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de ‘participação da comunidade’”. Isso ocorreu, pois aqueles que estavam implicados na reforma do “sistema brasileiro de saúde consideravam como uma questão de princípio que a sociedade civil tivesse controle sobre o sistema.” (CORTES, 2002, p.32)

A participação social está diretamente ligada ao sentimento de cidadania que é construído pela população de determinada região ou Nação. De acordo com Dagnino (2002), na década de 1980, os movimentos sociais junto com outros setores iniciaram a redefinição da noção de cidadania no Brasil. A nova definição passa a defender uma sociedade mais igualitária e que afirma os sujeitos sociais como portadores de direitos, podendo inclusive participar da gestão da sociedade (DAGNINO, 2002).

Dagnino (2002, p.10) afirma ainda que “a ênfase na questão da cidadania aponta para a importância de assegurar uma das condições mesmas de existência da sociedade civil: a vigência de um conjunto de direitos, tomados como parâmetros básicos da convivência em sociedade”. Carvalho (2009, p.12) complementa ao dizer que “a construção da cidadania tem a ver com a relação das pessoas com o Estado e com a nação.”. Vianna, Cavalcante e Cabral (2009) e Carvalho (2009) lembram que a participação e a cidadania não ocorrem apenas com o ato de votar. O voto deve ser encarado como um instrumento de poder que pertence ao povo. Porém, exercer esse direito não gera uma posse automática sobre os outros direitos, nem

“garante a existência de governos atentos aos problemas básicos da população” (CARVALHO, 2009, p.8).

A participação da população nos processos políticos que ocorrem em um país reflete-se na construção da cidadania e dos direitos civis. No caso do direito à saúde, Guizardi e Pinheiro (2006, p. 798) afirmam que para a construção desse direito “a participação política se coloca como condição e instrumento indispensável”. Luz (2007, p.91) aponta que “[...] a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo, um ponto recente na história das políticas sociais brasileiras”. Alguns autores acreditam que essa percepção seja fruto dos movimentos populares em prol da democracia e do direito à saúde que se iniciaram em meados da década de 70, ganhando força no início dos anos 80. (LABRA; FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004; LUZ, 2007)

De acordo com Luz (2007), até 1988, discutia-se se a saúde era um “direito civil”, ou seja, um direito de cidadania e um dever do Estado; que são “direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei” (CARVALHO, 2009, p.9). Isto porque, até então havia grupos sociais, entre empresários e sindicatos, que defendiam a tese de que a saúde devia ser um direito conquistado com o trabalho. Esta forma de pensar excluía grande parte da população de ter direito ao acesso a um serviço de saúde. Este era o panorama da saúde vivido no país até a promulgação da saúde como um direito civil, que ocorreu na Nova Constituição de 88 (LUZ, 2007).

Dessa forma, percebemos que o direito à participação social foi construído por meio de lutas empreendidas pela população civil, acadêmicos, profissionais da saúde e demais atores que compunham o movimento da Reforma Sanitária. Ao falar em construção de direitos entendemos, assim como Guizardi e Pinheiro (2006, p. 798), que o direito não se restringe “como garantia constitucional, formalização jurídica em si mesma definida, mas como práticas de sociabilidade, princípios reguladores ‘que estruturam uma linguagem pública’”.

Os direitos são entendidos, então, como espaços públicos nos quais as diferenças podem e devem ser afirmadas e nos quais é possível se negociar o reconhecimento da legitimidade de interesses e posicionamentos dos diferentes atores implicados na

construção social (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006). A participação social no SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de saúde, deve abarcar essa concepção de direito, uma vez que ela corresponde ao direito e dever da sociedade em debater e decidir “sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.43)

Segundo Oliveira et al. (2009, p. 527), “é inerente ao projeto libertário do SUS repensar, dentro de suas práticas, estratégias que busquem romper com a imagem identitária e centralista”. A partir disso, faz-se importante afirmar que as práticas cotidianas dos serviços de saúde devem se pautar em ações democráticas. De acordo com os mesmos autores “se pretende fazer do SUS uma política pública universal que supere uma idealização homogeneizante do que se pretende que seja o usuário, e passe a dar conta de incluí-lo” (OLIVEIRA et al, 2009, p. 525). Assim, a participação deste na gestão do SUS é importante para a construção da política de saúde que atenderá suas próprias demandas.

Os espaços instituídos na forma de Conselhos e Conferências de Saúde foram criados para garantir a efetivação da participação da população na gestão do SUS, por meio da representatividade. O documento “Pacto pela Saúde” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) prevê diversas ações para fortalecer a participação social no SUS, dentre as quais se pode destacar o apoio aos movimentos sociais que atuam no campo da saúde: incentivo a participação e avaliação dos usuários do serviço; ampliação da participação social no SUS e apoio ao processo de mobilização social em defesa do SUS. Entretanto, cabe questionar se a população interfere no sistema de saúde apenas nos espaços instituídos com esta finalidade, pois diversos autores têm afirmado que a participação social não se restringe a eles (GUIZARDI et al, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006b; COSTA, LIONÇO, 2006; GUIZARDI, 2008; MARTINS et al, 2008; BRASIL, 2009; GUIZARDI, 2009; TRAD, ESPERIDIÃO, 2009; SORATTO, WITT, FARIA, 2010; LONGHI, CANTON, 2011).

De acordo com a Política Nacional e Humanização

A participação social [...] não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas [Conselhos e Conferências de Saúde] para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. (BRASIL, 2009, p.9)

Nesse mesmo sentido, Guizardi (2008) reforça essa idéia ao afirmar que

[e]mbora sejam frequentemente reportadas aos espaços dos conselhos, as questões e obstáculos mapeados não nos remetem apenas a eles. Ao contrário, remontam a um leque amplo de problemas que sinalizam que pensar a participação política no SUS significa hoje enfrentar alguns desafios como a reconstrução da arquitetura dessa participação (p.19).

Um olhar atento e uma escuta aguçada vão apontar que a população participa da construção do sistema de saúde, mesmo que nem sempre de forma organizada. Para Dalbello-Araujo (2005, p.161) a população interfere “porque produz tensão, gera conflito, exige mudança de posturas.” Iglesias (2009, p.42) também percebeu que a população cria formas inventivas para impedir que a controlem, “os sujeitos conseguiram assegurar a invenção de suas próprias normas para estar no mundo”.

Em pesquisa recente também pudemos testemunhar que os usuários, mesmo quando não são convocados a colocar o que sentem ou pensam, “criam brechas” para se expressarem (QUINTANILHA, DALBELLO-ARAUJO, 2009). Inclusive, de acordo com Faria (2010), a participação social em Unidades de Saúde, por vezes, se manifesta na forma de “barracos”, gritos e confusões.

Em nosso entendimento, essas manifestações, assim como a postura que não acata as prescrições e a “não adesão” ao tratamento por parte dos usuários são formas de resistência; movimentos que vão de encontro a ordem estabelecida (FOUCAULT, 2006; OLIVEIRA, 2001).

Cabe analisar, então, quais são as formas que as resistências têm assumido num espaço como da Unidade de Saúde, considerando-as como “pontos móveis, difusos, transitórios” (OLIVEIRA, 2001, p.39), que engendram processos de ruptura no modo que a sociedade está organizada (FOUCAULT, 2006). Nesse sentido nos indagamos, além dos Conselhos e Conferências de Saúde, a participação social emerge em outros espaços? Quais seriam suas formas de manifestação? Quais efeitos esses movimentos produzem no cotidiano? Qual sua potência de transformação?

3.0 OS MOVIMENTOS DE RESISTÊNCIA

A participação social é um dos princípios norteadores para a construção da política de saúde brasileira. A formalização da participação social, por meio das instâncias dos Conselhos e Conferências de Saúde, é uma conquista na construção do Sistema Único de Saúde. Isto porque, “parte-se do princípio que uma maior participação e controle social são indispensáveis para a promoção de mudanças na oferta de serviços de saúde, bem como nas condições de vida da população”. (DIMENSTEIN, 2007, p.37).

De acordo com Guizardi (2009), nas duas décadas de existência do SUS, percebe-se que a participação do usuário tem sido cerceada nos mecanismos instituídos de participação, que se mostram ineficazes no propósito de serem locais de vocalização política da sociedade civil.

Nota-se, portanto, que a efetivação do controle social não está garantida necessariamente pela formalização de tais instâncias, e que não é apenas nos níveis administrativos, financeiros e organizacionais que se encontram os problemas subjacentes às dificuldades vividas na operacionalização das práticas de controle social. [...] Assim, observa-se que o foco de tal discussão tem ficado quase que exclusivamente no registro da lógica macropolítica, constituída prioritariamente por linhas molares, identitárias, representacionais, conscientes, visíveis, territoriais. (DIMENSTEIN, 2007, p.37).

A participação se efetiva também em espaços diferentes destes já institucionalizados e assegurados por lei. A população provoca interferências cotidianas nos serviços de saúde e estes movimentos se materializam e ganham corpo nas mais diversas formas. Os movimentos de resistência, assim como descritos por Foucault (2006), são formas que a população encontra para participar e interferir nos serviços de saúde.

De acordo com Foucault (2006) poder e resistência coexistem. Dessa forma, são conceitos que estão inter-relacionados, assim, antes de definir qual a concepção de resistência será adotada nesta dissertação, faz-se necessário, definir o que é poder. A concepção mais comum de poder é que ele “[...] seria, essencialmente, aquilo que

dita a lei [...] o poder age pronunciando a regra. [...] A forma pura do poder se encontraria na função do legislador.” (FOUCAULT, 2006, p.93-94)

Assim, o poder que coage corresponde a sua forma homogênea formal, neste caso, é possível localizá-lo nas relações de submissão, nas quais há de um lado o legislador e de outro o sujeito obediente. “Se trataria de um poder pobre em recursos, econômico em seus procedimentos, monótono nas táticas que utiliza, incapaz de invenção e como que condenado a se repetir sempre”(FOUCAULT, 2006, p. 96).

Esse tipo de relação de poder se caracteriza como aquele que coloca limites, que possui a potência do “não”, isto porque, ele é incapacitado para a criação de novas formas de ação (FOUCAULT, 2006). É, assim, uma forma de poder em que seu modelo é “essencialmente jurídico, centrado exclusivamente no enunciado da lei e no funcionamento da interdição” (FOUCAULT, 2006, p.96). De acordo com Foucault (2006, p.96), “todos os modos de dominação, submissão, sujeição se reduziram, finalmente, ao efeito da obediência.”

Ao pensar nessa forma de exercício de poder, Deleuze (1992, p.123) questiona se “[...] estamos condenados a um face a face com o Poder, seja detendo-o, seja estando submetido a ele?”. Foucault (2006) ressalta, no entanto, que há outra forma de poder, diferente do que coage. Para este autor, o poder deve ser compreendido como as diversas relações de forças que se constituem no mesmo espaço em que são exercidas (FOUCAULT, 2006). Ressalta, ainda, que por meio de lutas e afrontamentos, ou seja, pelos “jogos de força”, as relações são transformadas, reforçadas, invertidas.

O poder, segundo Foucault (2006, p. 103), não possui um ponto central, um “foco único de soberania de onde partiriam formas derivadas e descendentes”; ele é localizável na forma de estados de poder, porém é sempre instável. Se ele não parte de um ponto central, pode-se afirmar que o poder é onipresente, “não porque tenha o privilégio de agrupar tudo sob sua invencível unidade, mas porque se produz a cada instante, em todos os pontos, ou melhor, em toda relação entre um ponto e outro.” (FOUCAULT, 2006, p.103). Assim, “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares.” (FOUCAULT, 2006, p.103).

Foucault afirma que “[...] o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.” (FOUCAULT, 2006, p.103).

Romagnoli et all (2009) afirmam que o poder possui uma face inventiva que pode resultar em formas novas de viver e atuar nas relações que estabelecemos em nossas vidas. Para os autores é preciso explorar essa faceta que o poder possui e essa potência de criação do poder que se manifesta em movimentos de resistência. De acordo com Foucault (2006, p.105) “[...] onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder.” As correlações de poder só existem

em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que representam, nas relações de poder, o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência que permitem a apreensão. Esses pontos de resistência estão presentes em toda a rede de poder. Portanto, não existe, com respeito ao poder, *um* lugar da grande Recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconhecíveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. (FOUCAULT, 2006, p.106).

Os movimentos de resistências não podem ser tomados como um subproduto das relações de poder, nem como a marca negativa delas, como se formassem uma oposição à dominação essencial, “um reverso inteiramente passivo, fadado à infinita derrota.” (FOUCAULT, 2006, p.106).

As resistências

são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irreduzível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, trançando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis. (FOUCAULT, 2006, p.106).

Assim como as relações de poder atravessam os aparelhos e as instituições sem um local central de localização, também os pontos de resistência estão dispersos nas camadas sociais e nas unidades individuais (FOUCAULT, 2006). “E é certamente a codificação estratégica desses pontos de resistência que torna possível uma revolução, um pouco a maneira do Estado que repousa sobre a integração institucional das relações de poder.” (FOUCAULT, 2006, p.107).

O poder está presente em todas as relações humanas, o que torna “a resistência e o escape imprescindíveis à sua dinâmica. Dessa forma, mais que fazer da vida objeto político, o poder torna-a campo de **disputa política** por excelência, dada a impossibilidade de sua total objetivação.” (GUIZARDI, 2008, p.36, grifo do autor)

De acordo com Pelbart (2003, p.136), existem dinâmicas urbanas consideradas formas de resistência que extrapolam a idéia clássica de recusa, como “[...] nomadismos sociais, novos corpos pós-humanos, redes sociais de autovalorização, devires minoritários, êxodo e evacuação de lugares de poder”.

A concepção de resistência que trabalhamos, a partir da idéia trazida por Foucault (2006) e demais autores, não se reduz a oposição a algo ou alguém. Extravasa o sentido da palavra e se insere na idéia de que a resistência é também criação e mudança naquilo que está estabelecido; “uma criação sempre social de outras possibilidades de vida.” (OLIVEIRA, 2001, p.56). As resistências são, assim, “*regras facultativas* que produzem a existência como obra de arte, regras ao mesmo tempo éticas e estéticas que constituem modos de existência ou estilos de vida”. (DELEUZE, 1992, p.123)

Guizardi (2008, p.235) sugere que retiremos

o ‘r’ que tem limitado a política à resistência em sentido estrito, de reatividade e contraposição (avesso dialético do existente), passando a defini-la então como existência, constituição de ser social que expõe a luta política em suas implicações ontológicas.

Os movimentos de resistência estão relacionados “à produção de dispositivos singulares que não estejam a serviço da serialização instituída” (ROMAGNOLI et al, 2009, p. 200). Isto é, as resistências são movimentos que quebram ou questionam uma forma hegemônica e pré-estabelecida de funcionamento das instituições. Estas

correspondem aos ideais construídos socialmente em torno da forma de funcionamento da própria sociedade. Assim, instituições não correspondem a estruturas físicas ou prédios, são relações consideradas como comuns no modo de funcionamento do serviço de saúde, da família, da escola, da fábrica, da loja, do presídio.

Romagnoli et all (2009) afirmam que se existe resistência é porque não há total captura das forças inventivas da vida. “Sem dúvida, a vida é em si uma potência, que funda e dispara singularidades. E o agenciamento com essa força intensiva conduz à resistência, à invenção.” (ROMAGNOLI et all, 2009, p. 200). Os autores afirmam, então, que a vida como potência produz seres que são transformados a cada situação; ou seja, cada um tem uma singularidade que não é estanque. Assim, é na conjugação dessas forças que nos compõem e nos atravessam, que emerge a inventividade, a criação, a resistência.

Dessa forma,

[t]odos e qualquer um inventam, na densidade social da cidade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada torna-se quantidade social, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação. (PELBART, 2003, p. 138-139)

Os movimentos de resistência são, assim, ações empreendidas sem uma intenção pré-estabelecida, isto é, não há planejamento prévio do agir. As ações emergem de incômodos, os quais não podem ser localizados a partir de uma relação de causa e efeito. Ou seja, não é possível afirmar que esse incômodo foi gerado por causa daquela situação. Ele emerge a partir de uma série de encontros com outras pessoas, com um lugar, com uma música, com um filme, ou qualquer coisa que a tenha afetado.

Assim, se há incômodo é porque se deseja mudança, e se as resistências são frutos desses incômodos, podemos afirmar que os movimentos de resistência provocam mudanças. Entendemos as resistências como movimentos de participação social, exatamente porque são produtos das afetações que ocorreram na trajetória da pessoa e que emergem no sentido de querer que algo seja diferente do que está dado.

Deleuze e Guatarri (1996b, p.93) afirmam que “[...] o desejo nunca é separável de agenciamentos complexos que passam necessariamente por níveis moleculares, microformações que moldam de antemão as posturas, as atitudes, as percepções, as antecipações, as semióticas, etc.”. Os níveis moleculares são compostos por movimentos e desejos de querer romper com a ordem estabelecida.

Por vezes, esses movimentos e desejos podem ser conscientes, mas geralmente não nos damos conta de que eles interferem no modo de nos relacionarmos. Essas interferências inconscientes que recebem o nome de linha de fuga podem ganhar a forma de movimentos de resistência.

Do ponto de vista da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga, que são moleculares. Sempre vaza ou foge alguma coisa, que escapa às organizações binárias, ao aparelho de ressonância, à máquina de sobrecodificação: aquilo que se atribui a uma ‘evolução dos costumes’, os jovens, as mulheres, os loucos, etc. (DELEUZE; GUATARRI, 1996b, p.94)

Esses autores tratam da “impossibilidade de conter a vida no prescrito, no codificado, no instituído” (GUIZARDI 2008, p.199). Será então possível “prender” a participação social nos espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde?

[A] participação não está necessariamente atrelada à capacidade de produzir atos, mas relaciona-se a uma potência de agir dos corpos, de resistir, não pela insensibilidade ou imobilização, mas pela permeabilidade, pela receptividade ao movimento das intensidades que se produz no encontro dos corpos, que em diferentes graus afetam um sujeito. (DIMENSTEIN, 2007, p.40).

É importante destacar que os espaços dos Conselhos e Conferências de Saúde são fundamentais para que ocorra a participação social. Porém, esses não são os únicos em que ocorre a participação e interferência por parte da população no Sistema Único de Saúde.

Os usuários possuem diversas formas de agir, que irão estabelecer a forma como se relacionarão com o serviço, com os outros usuários e com os profissionais, e são essas direções que podem dar a abertura a novas práticas (GUIZARDI, 2008).

Algumas vezes pequenas, outras vezes mais aparentes, essas escolhas convertem as normas e desenhos institucionais em atos e práticas concretas. São elas que produzem de fato realidade social. É a partir delas que as instituições de saúde adquirem “vida”, é com elas que o direito à

saúde ganha materialidade. São essas pequenas escolhas que tornam a concepção racionalista do sistema de saúde um modelo frágil e sempre deficitário. (GUIZARDI, 2008, p. 211)

Essas formas de participação que não estão delimitadas por lei, nem possuem um espaço previamente instituído para ocorrer, são denominadas nesse trabalho de Participação Rizomática.

Atribuímos a ela o adjetivo Rizomática porque não possuem uma forma exata em que se concretize. Deleuze e Guatarri (1996a, p.22) afirmam que “[u]ma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas”. Ou seja, ele não tem começo nem fim determinado, pode ser visto a partir de diferentes ângulos e está sempre em transformação. Ainda de acordo com os autores, “o rizoma é um sistema a-centrado não hierárquico e não significante, sem General, sem memória organizadora ou autômato central, unicamente definido por uma circulação de estados.”

A Participação Rizomática se caracteriza, então, por ser amorfa, ou melhor, por não ter uma forma pré-estabelecida. Ela poderá emergir como movimentos de resistência que são os momentos os quais ela ganha forma e corpo. Entretanto, apesar de poder ser percebida, nem sempre a Participação Rizomática é compreendida como um movimento político, uma vez que emerge a partir de encontros sem local e forma estabelecidos. Contudo, entendemos que “[...] a política extrapolou o suporte tradicional do partido, do sindicato, do próprio parlamento” (PELBART, 2003, p. 132). Assim, política não está relacionada apenas aos partidos e votos, ela está relacionada a própria vida. A política é assim entendida como dimensão da vida, que se constitui nas relações formada por são os movimentos moleculares (DELEUZE; GUATARRI 1996b)

Guizardi (2008, p.38) afirma que “[o] caráter político das ações humanas inscreve-se na necessidade de produzir e afirmar valores, o que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo propriamente humano e das relações que o configuram”. Política é vista, então, como experimentação, como prática capaz de criar novas normas de vida (GUIZARDI, 2008). Isto é, a política como prática que possibilita outras formas das pessoas se relacionarem com o mundo, de criarem novos modos de existência.

[...] [S]e faz política não por ser exclusivamente estatal, mas por incidir nos dispositivos de poder que configuram a produção de realidades sociais. Tomando por base essa compreensão da questão, a atividade humana é eminentemente política. É plano aberto de possíveis ao ser política, ao instituir formas de vida, ao implicar os contornos e sentidos do humano. (GUIZARDI, 2008, p.200)

A Participação Rizomática tem por característica a inovação, a quebra com o que está instituído, ou seja, ela representa os movimentos que questionam as relações que são construídas nos serviços – entre usuário e profissional -, o funcionamento do serviço de saúde e as relações de trabalho produzidas. Muitas vezes ela questiona também o que foi estabelecido pelas políticas nacionais de saúde, que instituem modelos de organização, temáticas das ações e a forma como deve ser o atendimento. A dimensão política da vida é possibilidade de manifestação de novas normas. A partir disso, podemos afirmar que a Participação Rizomática é um movimento político.

Em relação ao SUS, o direito à saúde é uma construção política que faz do sistema de saúde um campo de lutas importantes no processo histórico-social de participação do país (GUIZARDI, 2008). A luta pelo direito à saúde “assume com clareza a dimensão política da vida, fazendo-a escapar dos caminhos institucionais onde se buscou repetidamente confiná-la, tecendo-a como luta cotidiana, como implicação ativa, relativa a todos.” (GUIZARDI, 2008, p.28). “Pensar a participação nestes termos significa pensar essa implicação política” (GUIZARDI, 2008, p.240); ou seja, a participação como invenção de novas formas de se portar perante a vida e não como a simples execução e fiscalização do que é imposto pelas normas já existentes.

Dessa forma, os espaços dos Conselhos e Conferências de saúde, legitimados pela lei 8.142/90, são apenas uma parte da conquista pelo direito à saúde (GUIZARDI, 2008). O direito é visto por nós como a implementação cotidiana de lutas. Assim, no que concerne o direito à saúde, ele deve ser uma luta política exercida no dia-a-dia dos serviços.

De acordo com Guizardi (2008, p.13), o direito é uma “[c]onstrução coletiva, que não entendemos como sendo relativa a modelos ou metas a serem alcançadas, mas sim à produção de realidades sociais”. Dessa forma, a noção de direito deve ser

“entendida como invenção política, não porque implica diretamente a instância estatal, mas porque presume a conformação de referências de sociabilidade” (GUIZARDI, 2008, p.13).

Para a efetivação da luta cotidiana pelo direito a saúde é preciso que os usuários, além dos trabalhadores de saúde, se reconheçam como protagonistas na construção das políticas de saúde, dos modos de funcionamento do serviço e das ações implementadas nos serviços. Entendemos que os movimentos de resistência - logo a Participação Rizomática- empreendidos por aqueles que circulam nos serviços de saúde “dão corpo” ao desejo de mudança, por isso, são movimentos de lutas por direito e, conseqüentemente, políticos. O que se percebe, contudo, é que no cotidiano do serviço de saúde, estes movimentos muitas vezes são vistos de forma negativa, principalmente quando advêm dos usuários. Isto porque, a Participação Rizomática convoca o imprevisto e, desse modo, acaba por ser entendida como movimento que desorganiza o serviço; ao invés de ser entendida como uma forma de se repensar o que está colocado como natural nas relações estabelecidas.

O aspecto negativo que é atrelado ao ato dos usuários pode estar relacionado ao fato de que historicamente os sujeitos e segmentos sociais não foram incluídos nos processos decisórios, principalmente, no que se relaciona a gestão das políticas públicas (GUIZARDI, 2008). O que se percebe, assim, é que a inserção da sociedade civil como gestora do SUS foi fundamental para a constituição do sistema, porém, ela foi desconsiderada no que concerne os processos decisórios deste mesmo sistema. Guizardi (2008) e Trad e Esperidião (2009) afirmam que os usuários ainda são vistos como “demandantes” no serviço de saúde:

Não é estranha a dificuldade que vivenciamos de tornar os serviços de saúde espaços públicos, em que os usuários reconheçam-se e sejam reconhecidos como sujeitos de relação, e não objeto de intervenção (ainda quando gentilmente tratados). (GUIZARDI, 2008, p.233)

Compartilhar com os usuários os problemas enfrentados pelas equipes no dia-a-dia do seu trabalho na unidade e no território pelo qual são responsáveis contribuiria para tirar o usuário de uma posição de 'demandante': alguém que espera pacientemente (ou não) que suas necessidades de saúde sejam atendidas. (TRAD, ESPERIDIÃO, 2009, p. 567)

É fundamental, então, que esses sujeitos reconheçam os “territórios institucionais enquanto espaços nos quais seu saber e sua experiência são requisitados como estratégia política de constituição de realidades sociais.” (GUIZARDI, 2008, p.214). Nesses locais, “os sujeitos implicados podem exercer sua capacidade normativa, podem exercer a participação no SUS como uma atividade política.” (GUIZARDI, 2008, p.212). Deve-se considerar também, que os desafios encontrados no serviço de saúde são muitos, e é exatamente por isso que é preciso discutir a gestão do SUS no cotidiano institucional, local em que ela se efetiva (GUIZARDI, 2008).

Costa e Lionço (2006) consideram que a participação social e a democracia participativa são fundamentais para garantir a qualidade da gestão pública. Dessa forma, devem ser valorizadas com o intuito de melhorar o processo de gestão das políticas para que ocorram avanços em relação a universalização e equidade do acesso a saúde (COSTA; LIONÇO, 2006). Entendemos, assim, que a idéia de Gestão Participativa tenta efetivar uma forma de gestão que leve em conta o que ocorre no cotidiano do serviço e garantir a efetivação da participação social e da democracia participativa nesta forma de gestão cotidiana.

A perspectiva adotada para a gestão participativa é aquela que promove efetivamente espaços dialógicos e de co-responsabilização, entendendo a sociedade civil como parte do Estado com claras responsabilidades sobre o processo democrático de construção de políticas públicas de saúde. Os sujeitos sociais são concebidos, no exercício da gestão participativa, não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos das suas experiências. Desta forma, estes se tornam protagonistas no esclarecimento das suas necessidades e demandas a partir das realidades sociais e das responsabilidades coletivas que considerem e respeitem os valores e modos de vida que determinam o bem-viver. (BRASIL, 2006b, p.44)

A Política de Humanização (BRASIL, 2009) do Ministério da Saúde aponta que

a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. (p.10)

De acordo com o documento ParticipaSUS (BRASIL, 2005, p.9)

[a] integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como

cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS.

Ao se discutir e implementar em Políticas e Programas Ministeriais novas formas de pensar a gestão do SUS, nas quais se convoca trabalhadores da saúde e usuários do sistema a participarem da gestão dos serviços, assume-se que só os espaços institucionalizados dos Conselhos e Conferências de Saúde não são suficientes para a construção de um sistema efetivamente universal, equânime e integral.

A participação social, dessa forma, relaciona-se com a produção de uma nova compreensão do papel que o Estado deve exercer. Ao re-significar esse papel estatal, muda-se também a idéia sobre gestão, que geralmente está relacionada com uma postura hierárquica na qual aquele que tem o lugar de chefe manda e os demais obedecem. Guizardi (2008, p.212) aponta que “se de fato à gestão cabe ‘gerir a coordenação’ dos processos de trabalho e da organização do sistema público de saúde, isso não deve representar a centralização do poder de decisão acerca deles.”

A mudança no significado de gestão implica que esta tenha um caráter mais participativo do que hierárquico. De acordo com o documento Participação Social em Saúde (BRASIL, 2006b, p.39), do Ministério da Saúde, “[i]ntervenções sociais, periódicas e planejadas ao longo de todo circuito de formulação e implementação de políticas públicas, transformam-se em gestão participativa”.

Entendemos que a Gestão Participativa tem por objetivo discutir os movimentos cotidianos que ocorrem nos serviços de saúde. Isto é fundamental para que se possa construir um funcionamento no serviço que seja mais próximo possível das necessidades do território em que este se localiza. Ao mesmo tempo, se existem mecanismos de gestão que discutem o cotidiano do serviço, torna-se possível dar maior visibilidade aos movimentos de criação e invenção que emergem de ações de usuários e profissionais. Contudo, não há como garantir que esses movimentos serão vistos como analisadores da forma de funcionamento do serviço. Os espaços criados de Gestão Participativa podem também servir para capturar os movimentos

de Participação Rizomática e cerceá-los, ao invés de entendê-los como uma forma de participação do usuário.

É preciso ficar claro que os movimentos de Participação Rizomática ocorrem independentemente das tentativas de sua captura. Assim, os espaços de Gestão Participativa podem propiciar momentos em que esses movimentos sejam vistos como produtores de mudança no modo de funcionamento do serviço. Porém, podem ser também espaços em que se tente criar estratégias para impedir esses movimentos. Contudo, a Participação Rizomática assim como a vida é composta pelo imprevisível, “incontrolável, a festa dionisíaca, a pulsação, o devir, o desejo, o movimento, os corpos, as almas, os cheiros” (ZOMARA, 2008, p.105). Dessa forma, por mais que se elaborem estratégias de cerceamento da Participação Rizomática, ela continuará a ser inventada e reinventada.

Dessa maneira, quando se afirma que é preciso efetivar uma gestão compartilhada e participativa no serviço, pressupõe-se que sejam redefinidos os instrumentos de participação social. Esses novos instrumentos, geralmente, serão alcançados com um projeto ou plano, que possuem uma meta já esperada, ou pré-estabelecida. Contudo, se esquece que as relações estabelecidas no serviço de saúde são compostas de experimentações, que pressupõem a imprevisibilidade, a inovação, o surgimento do novo. E pensar a política como experimentação e invenção requer transformar as políticas públicas de saúde em outra direção, que não a da simples reprodução de projetos, normas e modelos (GUIZARDI, 2008, p. 246).

É no âmbito da gestão desses processos, nos territórios reais onde ocorrem, que podemos pensar a participação política. A participação como sendo ela própria uma atividade de luta e saúde. Mesmo porque, esses são dois sentidos dificilmente separáveis. [...] Distante da alternativa de manutenção perene de qualquer equilíbrio, a saúde é justamente esse movimento de luta pela vida, pela condição de ser sujeito em suas trilhas, autor de seus percursos. Em outras palavras, não apenas o movimento de adaptar-se, mas a luta em ser normativo. (GUIZARDI, 2008, p.215)

Os movimentos de Participação Rizomática são lutas empreendidas no cotidiano do serviço que emergem das relações entre aqueles que compõem os serviços, isto é, tanto trabalhadores como usuários resistem. Contudo, nesta pesquisa nos propomos a mapear apenas os movimentos que emergem das ações de usuários. Isto porque, percebemos que muitas vezes os usuários são colocados no lugar do não-saber.

Essa localização convoca a idéia de que é preciso ensinar ao usuário sobre a importância de participar dos conselhos ou de que é necessário “capacitá-los” para agirem como conselheiros.

Os usuários possuem saberes e se colocam como protagonistas no processo de gestão, porém, muitas vezes são “atores sem holofote”. Isto é, eles apontam mudanças para o serviço, mostram o que esperam ou desejam do serviço, mas esses atos não são considerados como tais. Como afirma Iglesias (2009, p.32),

[a] idéia é que os profissionais de saúde possam ver que para além da doença existe um sujeito que é histórico, processual, dinâmico, faz parte de uma rede de relações, de misturas, de interfaces. Por tudo isso, não basta trabalhar pela produção de saúde somente enquanto ausência de doença, mas há que se lutar com os usuários, abrindo-se a escuta de suas histórias, idéias, saberes, conhecendo também os seus contextos sócio-político-econômicos.

É comum a idéia de que para ocorrerem mudanças é preciso “dar voz” à população. Contudo, ao se considerar que os movimentos de resistência são formas de participação social, significa que a população “tem voz”, isto é, que ela expõe suas necessidades e desejos no cotidiano dos serviços. Assim, esta pesquisa teve por objetivo investigar os movimentos, por vezes, sutis e, por vezes, ruidosos que os usuários empreendem e explicitar as formas que têm sido inventadas para a participação social.

4.0 O COLETIVO E A PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA

No Sistema Único de Saúde (SUS) a participação social é considerada a diretriz mais importante e também um avanço conquistado no sistema, pois legitima a sociedade civil como gestora do SUS. Contudo, alguns estudos questionam a forma como a população tem se envolvido nos mecanismos instituídos de participação social, afirmando inclusive, que ela tem ocorrido de forma insatisfatória (LABRA, FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004, MOREIRA, 2008).

Entendemos que os espaços instituídos de participação social precisam ser ocupados por todos os atores que compõem o SUS – usuários, profissionais e gestores -, porém, compreendemos que a participação da população como gestora deste sistema acontece também em outros espaços.

A partir disso, percebemos que ocorrem diversos movimentos nos serviços de saúde que questionam seu modo de funcionamento ou as práticas instituídas. Estes movimentos são imprevisíveis e ganham forma nos encontros estabelecidos no serviço, a estes denominamos de Participação Rizomática. Vale ressaltar, que esta forma de participação ocorre em diversos espaços, isto é, não se restringe aos serviços de saúde. Porém, em nossa pesquisa demos ênfase aos movimentos que emergem nos serviços de saúde e que são produzidos pelos usuários.

Cada encontro é permeado por jogos de força que modifica aqueles que o compõe. São esses jogos de força que produzem tensão e, conseqüentemente, incômodo; e é a partir dos incômodos que a Participação Rizomática vai se construindo. Desse modo, o que emerge como movimento - ou seja, aquilo que pode ser visto – é a forma em que essas forças se atualizam. Assim, qualquer um pode deflagrar um movimento de Participação Rizomática.

A Participação Rizomática como força – ou seja, aquilo que não é visto - é construída durante os diversos encontros que ocorrem no cotidiano dos serviços; logo, na Igreja, na escola, na festa do bairro, no trabalho, na Unidade, na casa do vizinho. As tensões produzidas nesses encontros modificam os que estão

envolvidos. Dessa forma, percebemos que a cada encontro se produz uma metamorfose, na qual um passa a ser constituído pelo outro. Assim, podemos dizer que este outro passa a fazer parte de nós e nós dele. Temos desse modo, um coletivo que nos habita. Nesse sentido, o usuário que deflagra um movimento de Participação Rizomática dá forma ao desejo de vários outros que lhe habitam.

O termo coletivo é comumente associado aquilo que pertence ou é composto por muitos, como sinônimo de grupo de pessoas. Escóssia e Kastrup (2005, p. 295) afirmam que o conceito de coletivo tem sido usado para designar

uma dimensão da realidade que se opõe a uma dimensão individual. Entendido desta maneira, o coletivo se confunde com o social, sendo representado através de categorias como Estado, Família, Igreja, Comunidades, Povo, Nação, Massa ou Classe e investigado no que diz respeito à dinâmica de interações individuais ou grupais.

Outra concepção de coletivo é a formulada por Oury (2009) e deriva de pressupostos da teoria psicanalítica. Segundo este autor, o coletivo é uma caixa-preta que tem como possíveis efeitos a heterogeneidade e o encontro. Heterogeneidade se relaciona à diversidade de olhares sobre uma situação. Segundo Oury, uma instituição produz um trabalho mais eficaz quanto mais heterogênea; “ela é ‘heterogênea’ se as pessoas não se parecem [...]. Há então muito mais possibilidades de surpresas, de trocas, de manifestações, de expressão.” (OURY, 2009, p.76). Segundo o mesmo autor, só ocorre verdadeiro encontro se houver mudança provocada por este.

Percebemos que a concepção de coletivo de Oury (2009) ainda está relacionada com a noção de grupo de pessoas, uma vez que ele se pauta nos trabalhos interventivos feitos em um hospital. Pretendemos extravasar essa concepção e entender o coletivo como aquilo que é produzido em nós a partir dos encontros. Nesse sentido, nos aproximamos de Oury (2009), ao compreender que os encontros provocam mudanças e fazem parte da produção do coletivo. Porém acrescentamos que o coletivo é um plano constituído no *entre* individuo e sociedade (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005). Ele funciona por meio de agenciamentos, que “é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos” (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005, p. 303).

Agenciar-se com alguém, com um animal, com uma coisa - uma máquina, por exemplo - não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste

espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela. A relação, entendida como agenciamento, é o modo de funcionamento de um plano coletivo, que surge como plano de criação, de coengendramento dos seres. (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005, p.303)

O agenciamento ocorrido no encontro é composto por tensões de força e o que resulta deste pode vir a se cristalizar em uma forma, isto é, em um ato, em um modo de agir. Assim, a mudança que percebemos no modo em que nos relacionamos com o mundo – coisas, pessoas, animais - já é a forma que demos ao que foi produzido no agenciamento. O que é criado, então, é o entre. Compreendemos, assim, que os movimentos de Participação Rizomática são formas que o entre pode assumir. Entendemos que o entre se forma a partir da relação com o outro, podemos afirmar que a cada encontro um outro passa a nos habitar. A partir disso, o usuário que dá a forma a Participação Rizomática, expõe o desejo de outros usuários.

Ao afirmar que há um coletivo que nos habita, entendemos que temos um modo de ser em constante transformação, nos opomos dessa forma, a idéia de que possuímos uma essência a qual deve ser revelada. De acordo com Guatarri e Rolnik (1986) não é possível pensar no sujeito isolado de suas relações com o mundo, como se sua constituição fosse feita por meio de cursos e palestras. “Há tudo o que se passou antes, na escola primária, na vida doméstica – enfim, há toda uma espécie de aprendizado que consiste em ele se deslocar na cidade desde a infância, ver televisão, enfim, estar em todo um ambiente maquínico” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.27).

Compreendemos coletivo também como sinônimo de Multidão (HARDT; NEGRI, 2005). A Multidão pode ser entendida de duas maneiras diferentes, que possuem duas temporalidades distintas; uma se relaciona ao ponto de vista da eternidade (*sub specie aeternitatis*) e outra à multidão histórica (HARDT; NEGRI, 2005). Segundo estes autores, a multidão *sub specie aeternitatis* cria uma eternidade que é absoluta. Isto ocorre porque, ao longo da história, a humanidade tem recusado a autoridade e o comando; buscado a liberdade por meio de revoltas e revoluções e manifestado “a irreduzível diferença da singularidade” (HARDT; NEGRI, 2005, p.285).

Poder-se-ia dizer que a faculdade de liberdade e a propensão para recusar a autoridade tornaram-se os instintos humanos mais saudáveis e nobres, os verdadeiros sinais de eternidade. De maneira mais precisa, talvez fosse

melhor dizer, em vez de eternidade, que essa multidão sempre age no presente, um presente perpétuo. (HARDT; NEGRI, 2005, p.285)

Já a multidão histórica, na realidade, ainda não existe, ela “é *política*, e será necessário um projeto político para torná-la uma realidade” (HARDT; NEGRI, 2005, p.286). Eles ressaltam que apesar de ser possível distinguir essas duas multidões de forma conceitual elas não podem ser separadas no campo real.

Se a multidão já não estivesse latente e implícita em nosso ser social, não poderíamos sequer imaginá-la como projeto político; da mesma forma, só podemos esperar realizá-la hoje porque ela já existe como potencial real. Desse modo, quando juntamos as duas, a multidão tem uma estranha temporalidade dupla: sempre-já e ainda-não. (HARDT; NEGRI, 2005, p.286)

O conceito de multidão foi criado para nomear a atual tendência social e política que tem sido construída, pois começaram a emergir cada vez mais movimentos que convergiam para o mesmo propósito e que eram deflagrados por diferentes pessoas, de lugares distintos. Ou seja, não havia uma organização prévia em sindicatos, associações ou conselhos. Na verdade, ao nomear esses movimentos de multidão, não se propõem que ela seja uma diretiva política, pois devem permanecer na imprevisibilidade.

A multidão surge por meio das relações estabelecidas pelos sujeitos sociais singulares, ou seja, pela

formação de hábitos, a performatividade ou o desenvolvimento de linguagens, essa produção do comum nem é dirigida a partir de um ponto central de comando e inteligência nem resulta de uma harmonia espontânea entre indivíduos, antes surgindo no espaço *intermediário*, no espaço social da comunicação. A multidão é criada em interações sociais colaborativas (HARDT; NEGRI, 2005, p.286).

O conceito de multidão se contrapõe a idéia de unidade, ela é uma “multiplicidade irreduzível” e é composta por “singularidades que agem em comum” (HARDT; NEGRI, 2005, p.146). A singularidade pode ser entendida como a forma única com que cada um se relaciona com o mundo e o que emerge dessas relações, logo, a singularidade também não é estanque.

A multidão ao ser composta por uma multiplicidade irreduzível renuncia ao contratualismo e a representação; “[a] multidão é um ator social ativo, uma multiplicidade que age.” (NEGRI; COCCO, 2002, p.24). A multidão rompe, assim, com a idéia que os grupos identitários lutam por causas totalmente distintas, ou seja,

defende-se que mulheres, gays, negros, loucos e outros, possuem uma luta que é comum; que perpassa a todos que compõem cada um desses grupos.

[F]ortes tradições de política de raça e gênero já contém um desejo da multidão, quando as feministas, por exemplo, não colocam como meta um mundo sem diferenças de gênero, mas um mundo no qual o gênero não importa (no sentido de que não constitui a base de hierarquias); ou quando os militantes anti-racistas também lutam por um mundo sem raça, mas por um mundo no qual a raça não seja relevante – em suma, um processo de libertação baseado na livre expressão da diferença. (HARDT; NEGRI, 2005, p.288)

A luta empreendida pela multidão considera as singularidades, logo, que existem diferenças e que é importante que se afirmem essas diferenças. Ou seja, há uma luta para que se entenda que todos se relacionam de forma única, e que isso produz também um modo único de perceber o mundo.

Ao pensar no SUS, podemos entender essa luta da multidão como, por exemplo, um movimento para que todos os usuários sejam atendidos a partir de suas singularidades, ao invés de lutar para que os adolescentes sejam atendidos considerando as diferenças que cada um possui. Isto é, deve-se considerar que cada adolescente é diferente um do outro, cada grávida é diferente uma da outra, cada idoso é diferente um do outro, cada usuário é diferente um do outro. O que se nota é que muitas vezes se considera que toda mulher é igual, todo homem é igual, todo idoso é igual; anulando assim a singularidade de cada um. Dessa forma, a relação é construída a partir de estereótipos e pré-conceitos que produzem um cerceamento da vontade e desejo do outro, afinal, se já sei tudo sobre ele, para que ouvi-lo?

Hardt e Negri (2005) salientam que mesmo que a multidão se torne um corpo, continuará a ser uma composição plural, que não será dividida por órgãos hierárquicos. Dessa forma, “[...] os inúmeros e específicos tipos de trabalho, formas de vida e localização geográfica, que sempre haverão necessariamente de permanecer, não impedem a comunicação e a colaboração num projeto político comum.” (HARDT; NEGRI, 2005, p.146)

A noção de multidão baseada na produção do comum afigura-se para alguns como um novo sujeito de soberania, uma identidade organizada semelhante aos velhos corpos sociais modernos, como o povo, a classe operária ou a nação. Para outros, pelo contrário, nossa noção de multidão, composta que é de singularidades, parece pura anarquia. Na realidade,

enquanto permanecemos presos ao arcabouço moderno definido por esta alternativa – soberania ou anarquia -, o conceito de multidão será incompreensível. Precisamos romper com este velho paradigma e reconhecer um modo de organização social que não é soberano. (HARDT; NEGRI, 2005, p. 271)

Os movimentos que compõem a multidão são criativos, e não apenas de protesto. De acordo com Hart e Negri, em entrevista dada a Brown e Szeman (2006, p. 99), “[a] multidão está engajada na produção de diferenças, invenções e modos de vida”. Eles ainda complementam afirmando que a multidão não deve formar partido político ou qualquer estrutura fixa e organizada, ela “é a forma ininterrupta de relação aberta que as singularidades põem em movimento” (BROWN; SZEMAN, 2006, p. 99).

A multidão é composta por atores que engendram movimentos que questionam os modos de produção instituídos na sociedade capitalística (HARDT; NEGRI, 2005). Contudo, esses movimentos não são organizados em instituições como partidos ou sindicatos, eles emergem a partir dos encontros que ocorrem no cotidiano; por isso, são inventivos e imprevisíveis. A multidão, dessa forma, produz movimentos de resistência. “Os movimentos de luta e resistência manifestam-se de maneira imprevista e imprevisível.” (HARDT; NEGRI, 2005, p.133). Assim, ao denominarmos de Participação Rizomática os movimentos de resistência que emergem no cotidiano do serviço de saúde, podemos afirmar que aqueles que deflagram esses movimentos compõem uma multidão que luta pelo Sistema Único de Saúde.

Podemos, a partir do exposto, nos questionar quais movimentos a multidão tem produzido em Unidades de Saúde? Quem compõe essa multidão – usuários, gestores, profissionais? Os movimentos da multidão são entendidos como uma forma de participação social?

5.0 “UMA SENSAÇÃO DE: O QUE É MESMO QUE SE PASSA?”⁵

Escolher um tema de pesquisa é observar a nós mesmos – pesquisadores – e nossa trajetória, assim, a vontade do que pesquisar vem do desejo do pesquisador. Os encontros e experiências que o pesquisador acumula, produzem curiosidade para saber o que se passa na construção de alguns processos. Essa sensação é a produção de desejo do que pesquisar. E quando há desejo é porque há afeto com o que se estará pesquisando; o que torna a entrega à pesquisa muito mais intensa. Por isso, muitas vezes, é tão difícil escrever.

O desejo de afirmar movimentos de resistência como uma forma de participação social surgiu de um incômodo produzido por falas de profissionais da saúde, que afirmam que os usuários dos serviços de saúde não se envolvem e não participam; e também da leitura de vários artigos que afirmam que os conselheiros usuários não são capacitados para a função (LABRA, FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004; ESCOREL, 2008).

O que víamos em nosso contato com os serviços de saúde – seja como usuário, trabalhador, estagiário, pesquisador– é que os usuários se envolvem com o serviço, que eles demonstram suas insatisfações e afirmam as parcerias que constroem dentro do serviço; tanto com outros usuários, quanto com profissionais. Porém, esses movimentos passam despercebidos porque ocorrem, na maioria das vezes, fora dos espaços instituídos dos conselhos e conferências de saúde.

A partir disso, nos propusemos mapear os movimentos de resistência que emergem das ações dos usuários nas Unidades de saúde, os quais denominamos de Participação Rizomática.

⁵ Trecho da música “Os insetos interiores”, da banda O teatro mágico.

6.0 METODOLOGIA: o estilo

Ao nos propormos investigar a Participação Rizomática no cotidiano de Unidades de Saúde, sabíamos que acompanharíamos movimentos e processos. Assim, nossa pesquisa se baseou na abordagem qualitativa, pois esse tipo de abordagem permite investigar o mundo social por meio das vivências, experiências e cotidianidade. (ROMAGNOLI, 2009, p.167). Essa abordagem proporciona aproximação e intimidade entre pesquisador e o que está sendo pesquisado, “uma vez que ambos são da mesma natureza: ela [a abordagem] se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO; SANCHES, 2009, p.244).

A pesquisa qualitativa abrange além de uma realidade particular de um determinado grupo, pois, dificuldades, questões, ações e formas de se portar perante a vida e a sociedade, dizem respeito não apenas às pessoas, aos movimentos e aos processos acompanhados no campo da pesquisa. Essas situações ocorrem também em outros lugares e com outros atores sociais de formas similares, são pessoas que compartilham de culturas e espaço-tempo semelhantes; isto é, um sujeito, enquanto ser social, expressa muitos outros. (SIMIONI; LEFÈVRE; BICUDO PEREIRA, 1977, p.2)

6.1 O Palco e os Cenários

Nossa pesquisa teve como palco as seis Unidades que fazem parte de uma das Regiões de Saúde do Município de Vitória, Espírito Santo. O Sistema de Saúde do Município é dividido em seis regiões de saúde: Maruípe, Continental, Forte São João, Centro, Santo Antônio e São Pedro.



A rede de saúde do município possui: 28 Unidades de Saúde, dois Pronto-atendimentos, três Centros de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial, um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, um Centro de Prevenção e Atendimentos de Toxicômanos, um Centro de Referência de Atendimento ao Idoso, um Centro de Referência DST/AIDS, um Centro de Controle de Zoonoses e um Centro de Especialidades Odontológicas.

Em todos os serviços da rede de saúde é possível mapear a participação Rizomática, já que ela não possui um local específico para ocorrer. Elegemos as Unidades para realizarmos nossa pesquisa, por entender que elas propiciam uma relação mais próxima com o usuário. Isto porque, concentram diversas atividades para os usuários, o que faz com que eles freqüentem assiduamente esses serviços. A proximidade da população com o a Unidade se torna ainda maior se esta trabalha com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é um modelo de atenção que busca aproximação com a população.

A ESF conta com uma equipe multiprofissional que faz visitas domiciliares, dentre os profissionais que compõem esta equipe estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes moram no mesmo território em que trabalham e, por isso, funcionam

como elo entre serviço e comunidade no intuito de efetivar a aproximação com a população. O modelo da ESF pressupõe também que seja reforçada, via ACSs, a participação da população e a co-responsabilidade desta na gestão da Unidade de Saúde (BRASIL, 2007). Isto faz com que o usuário possua um vínculo maior com o serviço e com quem circula por ele e, conseqüentemente, gera mais pontos de tensão que podem emergir em movimentos de resistência. Assim, entendemos que as Unidades propiciam o aparecimento de mais movimentos de Participação Rizomática.

A região de Maruípe foi eleita como cenário de pesquisa, pois nossa pesquisadora-cartógrafa – aquele que traça os mapas – é moradora da Região, o que produziu o desejo de saber como a Participação Rizomática ocorre neste território. Assim, haviam laços de afeto estabelecidos pela Região por se reconhecer pertencente a ela. Sem contar que, esses laços começaram a ser reforçados por nossa cartógrafa na época de graduação, uma vez que fez estágio em uma das Unidades dessa Região. Dessa forma, se entendemos que o ato de pesquisar envolve o desejo que emerge de nossa trajetória, a Região de Maruípe era o melhor palco para nossa pesquisa.

Vale ressaltar que essa Região é campo de estágio docente-assistencial da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), desde 2005, na qual o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva está ligado. E entendemos que pesquisar essa região é importante também para que se acumulem dados e análises sobre ela e que, desse modo, se possa aperfeiçoar o trabalho empreendido pela Universidade.

A Região de Maruípe conta com seis Unidades de Saúde, a saber: UBS Andorinhas, UBS Benedito Gomes da Silva, UBS Consolação, UBS Gilson Santos, UBS Mauruípe e UBS Thomaz Tommassi. Todas as Unidades trabalham com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

6.2 O repertório: um caminhar errante

Para investigar os movimentos cotidianos de participação, mais especificamente, para mapear como se configuram os movimentos de Participação Rizomática, nos colocamos na postura de cartógrafos. Esta se relaciona com a postura política que assumimos perante nossos encontros, com a forma como estabelecemos nossas relações e como entendemos que as relações de poder se exercem.

[T]odo método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem e uma determinada compreensão sobre os caminhos da produção do conhecimento. Mesmo que essas formas de pensar não estejam explicitamente postas, as escolhas que necessariamente vão se dando durante o processo de execução de uma pesquisa 'falam' desses pressupostos. (DALBELLO-ARAUJO, 2008, p. 63)

De acordo com Romagnoli (2009, p.169) a “cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação”. Kastrup (2007; 2009) complementa afirmando que a cartografia sempre investiga um processo de produção, que é um método *ad hoc*, ou seja, que se constrói caso a caso.

De acordo com Kastrup (2007) e Romagnoli (2009) o pesquisador, ao se colocar na postura de cartógrafo, tem um papel central na produção do conhecimento, que é construído por meio das percepções, sensações e afetos que se formam a cada encontro no campo. Kastrup (2007; 2009) afirma que a atenção do cartógrafo deve explorar as diversas modalidades sensórias que o pesquisador possui. Assim, o estudo não se pretende neutro “nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele.” (ROMAGNOLI, 2009, p.170)

A postura cartográfica parte, então, de uma reversão metodológica, o que desafia o pesquisador a transformar *metá-hódos* em *hódos-metá*. Por método (*metá-hódos*) entende-se que a pesquisa possui um caminho predeterminado para alcançar as metas ou objetivos (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009, p.10). A postura cartográfica inverte essa forma, pois aposta na experimentação como atitude. Isto é, afirma que a pesquisa é tão normativa quanto a vida, logo, está em constante

transformação e re-significação. O pesquisador se lança, então, a experimentar os encontros proporcionados pela pesquisa, com a clareza de que não sabe ao certo o que irá encontrar, nem o que resultará desses encontros.

A vida possui movimentos normativos, contudo, também é permeada de normas e regras. Nosso trajeto possuía igualmente algumas regras a serem seguidas, como a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória. Em ambas instituições a proposta de pesquisa foi aprovada (ANEXO A). As regras, nesse caso, exercem um papel importante no que concerne assegurar a integridade física dos participantes e evitam a construção de relações que possam expor de forma desnecessária os participantes da pesquisa.

Entendemos que foi importante também apresentar a pesquisa aos coordenadores das Unidades que compunham a Região de Maruípe. Fizemos isto com a intenção de saber se poderíamos estar presentes em todas as Unidades, uma vez que sabíamos que estas, por vezes, são muito demandadas pela Universidade para execução de pesquisas e estágios curriculares; o que poderia causar algum impedimento para nossa permanência no serviço. Dessa forma, entre dezembro de 2010 e março de 2011 apresentamos a proposta aos seis coordenadores. Fomos a uma Unidade por vez e conforme os coordenadores concordavam com a realização da pesquisa passávamos a freqüentá-la diariamente. E, assim, entre janeiro e junho de 2011 habitamos os espaços de todas as Unidades da Região de Maruípe.

A postura cartográfica “faz do conhecimento um trabalho de invenção, tal como indica a etimologia latina do termo *invenire* – compor com restos arqueológicos. A invenção se dá através do cartógrafo, mas não por ele, pois não há agente da invenção.” (KASTRUP, 2009, p. 50). Ao nos propormos captar movimentos de Participação Rizomática, não sabíamos quais as formas em que eles se atualizariam. Assim, tivemos de estar atentos a cada instante e a cada situação que emergia nas Unidades.

A atenção do cartógrafo durante o trabalho de campo da pesquisa não corresponde a uma seleção de informações (KASTRUP, 2009). “A atenção não busca algo definido, mas torna-se aberta ao encontro. Trata-se de um gesto de deixar vir (*letting*

go).” (KASTRUP, 2009, p. 38). A autora afirma também que no campo da pesquisa o cartógrafo está em contato e exposto a diversos elementos salientes que provocam sua atenção. Porém, isso não significa que ele deva dar “atenção a tudo o que lhe acomete” (KASTRUP, 2009, p.39). “Como cartógrafos, nos aproximamos do campo como estrangeiros visitantes de um território que não habitamos. O território vai sendo explorado por olhares, escutas, pela sensibilidade aos odores, gostos e ritmos.” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.61).

Ao entrar em cada Unidade percebemos o como ser estrangeiro era difícil. Possuíamos desejo de invisibilidade, que não fossemos notados, porém, tínhamos a sensação que todos sabiam que não pertencíamos àquele lugar. De acordo com Barros e Kastrup (2009, p.56) “[s]empre que o cartógrafo entra em campo há processos em curso. A pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ele não habita”.

Ao começar o campo percebemos que seria difícil ficar em cada Unidade tentando captar as formas que a Participação Rizomática assume. Isto porque, ao estar nos espaços das Unidades percebemos que nossa expectativa idealizou que a todo instante surgiriam movimentos de Participação Rizomática. O tempo pareceu, então, se tornar mais lento. Dessa forma, minutos, por vezes, pareceram horas e horas pareciam dias, nos quais tínhamos a impressão que um grande “nada” acontecia. Essa sensação era produzida e reforçada pela expectativa que a pesquisadora-cartógrafa havia criado em relação ao que encontraria nos espaços das Unidades.

Muitas foram as horas passadas nos bancos e varandas das Unidades e muitos foram os movimentos captados. Tivemos vários encontros produtores de potência. Fomos levados a observar aqueles movimentos que, por algum motivo, fizeram nossa atenção se voltar para ele. Porém, tantos outros nos escaparam; porque não estávamos atentos ou com o afeto voltado para as relações que se construía na Unidade; ou até por não estarmos presentes no instante de sua ocorrência.

Durante nossa caminhada nos preparamos para utilizar algumas ferramentas para complementar o mapa que foi sendo desenhando a partir do que captávamos do cotidiano. Dentre essas ferramentas foi utilizado o diário de ocorrências, que consistiu no registro de todas as informações, sensações e percepções obtidas no

campo de pesquisa. Fizemos um diário de ocorrências por entender, assim como Estamira⁶, que não aprendemos na escola e sim com as ocorrências. Minayo (2007, p.66) afirma que se faz interessante o investigador ter registrado “elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano.”

A postura cartográfica possui o sentido de “acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizoma.” (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009, p.10). Ao trilhar nosso percurso fomos percebendo como o “campo problemático é ‘vivo’ e vai solicitando ao pesquisador ser desenhado e redesenhado constantemente, a partir das questões que atravessam a ambos - campo e pesquisador” (HOFFMANN, 2009, p.57).

Nosso caminho se deu de forma errante, isto porque a todo o momento flertamos com o imprevisível. Assim, durante a confecção de nosso mapa, sentimos necessidade de estar em outros espaços para tentar perceber como ocorre a tessitura da relação usuário-profissional. Com este intuito, além de freqüentar os corredores das Unidades, propusemo-nos a acompanhar um grupo de usuários em uma delas. Assim, elegemos um dos grupos existentes na Unidade em que havíamos percebido muitos movimentos de Participação Rizomática. Passamos, então, a acompanhar um grupo de Idosos, pois além da conveniência de horários, pensamos que idosos são usuários ativos no que concerne a participação. Talvez por termos próximo de nós a conselheira de saúde mais velha do Estado do Espírito Santo.

Concomitante ao acompanhamento do grupo de idosos ocorreu a Conferência Municipal de Idosos, que também decidimos acompanhar na intenção de que isso poderia nos proporcionar uma melhor compreensão de como se constituem as relações entre usuários e profissionais. Assim, em nosso trajeto vimos que seria interessante observar como se organizavam os espaços instituídos de participação social. Nesse sentido, ao surgir a possibilidade de também participar da Conferência Municipal de Saúde de Vitória, compondo o segmento de usuários, decidimos

⁶ Estamira foi a protagonista do documentário que leva seu nome. O documentário conta a história dessa mulher que morava em um lixão e que também era louca. Em dado momento ela afirma que: “Vocês não aprendem nada na escola, vocês copiam. Vocês aprendem com as ocorrências”.

acompanhá-la. Nosso trajeto ganhou, dessa forma, algumas curvas; uma vez que extrapolamos o espaço dos corredores das Unidades.

Ao pensar que a cartografia “remete à possibilidade de acompanhar as paisagens que encontramos no caminho trilhado” (HOFFMANN, 2009, p.58), sabíamos que poderia ser necessário utilizar outros utensílios presentes em nossa “caixa de ferramentas”. Como também que podíamos deixar de utilizar uma das ferramentas previstas. Em nossa caixa de ferramentas estava previsto realizar entrevistas com usuários e profissionais das Unidades. Pensávamos que saber o que estes atores percebem como movimentos de participação nos auxiliaria a construir nosso mapa. Realizamos, então, uma entrevista prévia. Esta nos gerou incômodos, pois ela se tornou a reprodução do que traz a maioria dos artigos. Tivemos a sensação que havia sido falado aquilo que é tido como o certo sobre participação e não o que efetivamente se pensava sobre esta. Tal postura também apareceu nas falas dos coordenadores, quando a pesquisa foi apresentada. Por mais que explicássemos que entendemos que a participação social ocorre também em outros espaços do serviço, os coordenadores falavam do trabalho dos conselhos e do que pensavam sobre os dos conselheiros.

As entrevistas poderiam nos proporcionar o registro de concepções que os indivíduos possuem, ou seja, a forma como cada um percebe o mundo que o cerca (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Contudo, ficamos com a sensação que as entrevistas seriam reproduções do que está consolidado como participação social no SUS. Concluímos, então, que as entrevistas nos levariam a construção do campo representacional. Ou seja, “grandes conjuntos ou segmentos determinados numa linha” (DELEUZE; GUATTARI, 1996b, p.99). Tal quadro seria dissonante com nossa tarefa, que se propunha mapear os jogos de forças e a construção de relações e não construir alicerces para outro tipo de participação. Os movimentos de Participação Rizomática que captamos pressupõem relações de força e tem por característica a problemática micropolítica, que “não se situa no nível da representação, mas no nível da produção de subjetividade” (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p.28). Assim, entendemos que fazer as entrevistas seria desnecessário em relação ao que nos propusemos captar e discutir.

Em nosso percurso ficava também cada vez mais clara a aliança com os usuários, assim, os movimentos de Participação Rizomatica registrados no diário de ocorrências foram aqueles que emergiam por parte deles. A partir disso, entendemos que seria interessante saber como os profissionais percebem esses movimentos. Com este mesmo propósito, pensamos em realizar um grupo focal com os profissionais das Unidades da Região de Maruípe.

O grupo ocorreria em uma sala do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que se situa na mesma Região que as Unidades. Realizar o grupo focal fora da Unidade tinha por intenção fazer com que os profissionais se sentissem mais a vontade para falar. Fizemos cartazes-convite que foram fixados nas Unidades e enviamos o convite via correio eletrônico para alguns profissionais. Porém, até a véspera do dia marcado para o encontro nenhum profissional se manifestou. Isso produziu vários questionamentos em nós: Será que os profissionais não responderam ao convite por estarem cansados de participar de pesquisas? Porque pensam que discutir não propicia resultados? Porque acham que Participação Social não é um tema importante? Porque entendem que a Participação Social cabe aos usuários?

Pensamos em utilizar outras estratégias de convite, como mudar o horário do grupo ou realizá-lo em cada Unidade por meio de convocação dos coordenadores. Contudo, ficamos com a sensação de que os profissionais não têm interesse em discutir sobre Participação. Dessa forma, entendemos que qualquer estratégia para reuni-los seria de alguma forma obrigá-los a falar sobre o tema. Isto iria de encontro com a nossa proposta, então, decidimos por não utilizar essa ferramenta.

6.3 Pausa no movimento: Fotografias

A construção de uma pesquisa é um processo dinâmico, no qual a todo o momento o pesquisador influencia e sofre influência do que está pesquisando. E assim também ocorreu em nossa trajetória. Durante todo o caminho que percorremos

passamos a fazer parte dos espaços que habitávamos, estabelecendo relações de afeto em cada um deles.

Ao afirmar que estabelecemos uma relação com o campo da pesquisa entendemos que somos afetados por ele e também o afetamos. Estamos implicados durante todo o tempo na pesquisa e com ela e isto deve ser considerado na construção da pesquisa. De acordo com Hoffman (2009, p.57) o resultado do percurso feito pelo cartógrafo “é uma experiência expressiva dos encontros que foram se fazendo e das relações singulares que se construíram durante o processo de pesquisar”.

Por isso, entendemos que o conceito-ferramenta de Análise da Implicação, advinda da Análise Institucional, nos permite compreender os jogos de forças que produzem os movimentos de Participação Rizomática.

O princípio norteador [...] [da Análise da Implicação] é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído. (PAULON, 2005, p.23)

A análise da implicação põe “em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação” (PAULON, 2005, p. 23), dessa forma, é importante analisar a si mesmo e aos outros a todo o momento (LOURAU, 1993). “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é [...] admitir que *sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar*: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.” (LOURAU, 2004b, p.147-148)

No decorrer de nosso caminho percebemos que nossa aliança se fez com os usuários das Unidades, portanto, sabemos que nosso olhar e nossos sentidos se conectam a eles. Ao revisitarmos nossa trajetória, por meio do diário de ocorrências, percebemos que esse movimento se construiu a partir do momento que buscamos atendimento em uma das Unidades como usuária e moradora do território.

A noção de implicação reafirma e recusa a neutralidade do pesquisador, na medida em que há sempre uma implicação política, social e histórica que nos permite questionar o lugar que ocupamos na divisão social do trabalho nos modos de produção capitalista. Procura-se, com isso, romper com as barreiras entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido. (COSTA; COIMBRA, 2008, p.129)

De acordo com Dalbello-Araujo (2008, p.56)

[...] ao desenvolver uma análise, o pesquisador, participa da configuração pesquisada, avaliando e descortinando coletivamente, o sentido que está sendo produzido pelas forças presentes. Uma vez que se trata de uma análise produzida conjuntamente, ele implica-se necessariamente nessa ação, instituindo (ou ajudando a instituir) outros sentidos.

Entendemos que ao produzir uma análise dos movimentos captados temos de estar cientes que eles sofreram influência dos encontros que o pesquisador teve ao longo de todo o processo de construção da pesquisa. E este processo não cessa com o fim do campo. Nossa pesquisadora-cartógrafa foi tão fortemente afetada pelos encontros que a pesquisa proporcionou que acabou por ser eleita conselheira em dois Conselhos: o de idosos do município de Vitória – representando seu conselho de classe profissional - e a suplência no conselho local de saúde de sua Unidade de referência. É preciso, assim, ficar registrado que a presença nesses locais traz implicações no processo de escrita e análise dos encontros feitos nas Unidades.

É importante também ter clareza que os movimentos captados são um recorte de uma dinâmica de funcionamento em um dado espaço-tempo. Com isto, afirmamos que a Participação Rizomática no território de Maruípe continua a acontecer mesmo com o término da pesquisa; esta participação continua sendo inventada e reinventada cotidianamente.

Ao habitar os corredores das Unidades pudemos desenhar um mapa dos movimentos de Participação Rizomática na Região de Maurípe.

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. (DELEUZE; GUATTARRI, 1996a, p.22)

Dessa forma, o mapa é produzido com e no movimento; ele é então dinâmico. Contudo, ao escrever sobre as conexões que compõem o mapa ocorre uma captura desse, que passa a ser um decalque. Este é estanque, por isso, é a representação - é a imagem estática - de um mapa.

Ele [o decalque] é antes como uma foto, um rádio que começaria por eleger ou isolar o que ele tem a intenção de reproduzir, com a ajuda de meios artificiais, com a ajuda de colorantes ou outros procedimentos de coação. É sempre o imitador quem cria seu modelo e o atrai. O decalque

já traduziu o mapa em imagem, já transformou o rizoma em raízes e radículas. Organizou, estabilizou, neutralizou as multiplicidades segundo eixos de significância e de subjetivação que são os seus. (DELEUZE; GUATTARRI, 1996a, p.23)

Entendemos, assim, que nossa análise é feita a partir de momentos que foram captados e registrados em nosso diário de ocorrências. Porém, não são análises dos mapas produzidos por esses movimentos e sim partes desses mapas. Vale lembrar, que os mapas estão em constante produção, assim, não possuem início, meio nem fim; o que torna impossível analisar o mapa todo. Os registros que fizemos correspondem às fotografias dos mapas; uma pausa no movimento para que pudéssemos construir pontos de análise das forças que o compõem. Assim, denominamos esses movimentos registrados de fotografias.

Ao fazer a análise pretendemos decompor os movimentos captados e não interpretá-los, isto é, “[n]ão se trata de construir um discurso explicativo, mas de trazer à luz os elementos que compõem o conjunto.” (LOURAU, 2004a, p.70). Esses elementos que são revelados recebem o nome de analisadores. Lourau (2004c, p.123) afirma que “ação é analisador”. A partir disso, tomamos como ação os movimentos que registramos no diário de ocorrências durante nosso caminhar.

Para elucidar quais os possíveis analisadores formados pelos movimentos observados utilizamos como guia nosso diário de ocorrências, por entender que tal ferramenta “não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo de pesquisar” (LOURAU, 1993, p.51). É também por meio dele que se revelam as implicações do pesquisador e como ocorreu sua vivência no campo da pesquisa. “O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das **normas**, mas o ‘como foi feito’ da prática) (LOURAU, 1993, p.78). Dessa forma, ao revisitarmos as fotografias que compunham nosso diário de ocorrências percebemos que elas produziam, em nós, diversos questionamentos e inquietações.

Nossos incômodos produziram três pontos de questionamentos, ou melhor três analisadores, os quais denominamos de Ditos, Não Ditos e Mal Ditos.

7.0 “NUNCA DEIXAR DE OUVIR... COM OUTRO OLHOS”⁷: A PARTICIPAÇÃO RIZOMÁTICA

Por muitas horas habitamos os espaços das Unidades de Saúde da Região de Maruípe. Os momentos que passamos nesses locais nos proporcionaram captar diversos movimentos de Participação Rizomática. Contudo, houve momentos em que esses movimentos não ocorreram. Houve outros, inclusive, que parecia não existir usuários para serem atendidos devido a um esvaziamento do serviço. Esses momentos foram percebidos como fazendo parte de três tipos de analisadores: os Ditos, os Não ditos e os Mal ditos.

Os Ditos constituem os momentos em que os usuários expõem efetivamente o que querem e pensam, seja falando com algum profissional, seja fazendo algo. Os Ditos são os movimentos de Participação Rizomática, que produziram incômodo e causaram interferência no modo de ser das Unidades. Os Não Ditos correspondem aos momentos que passamos nas Unidades e tivemos a sensação que nada acontecia, ou melhor, sentimos que não havia ocorrido nenhum movimento. Os Mal Ditos são os movimentos em que os usuários se colocam em relação ao serviço, contudo o fazem em conversas entre eles, aparentemente não produzindo interferência no serviço. Assim, estes movimentos levantavam alguns questionamentos entre os usuários, porém, sem repercussão imediata no serviço.

⁷ Trecho da música “Amadurecência”, da banda O teatro mágico.

7.1 Ditos

Fotografia um:

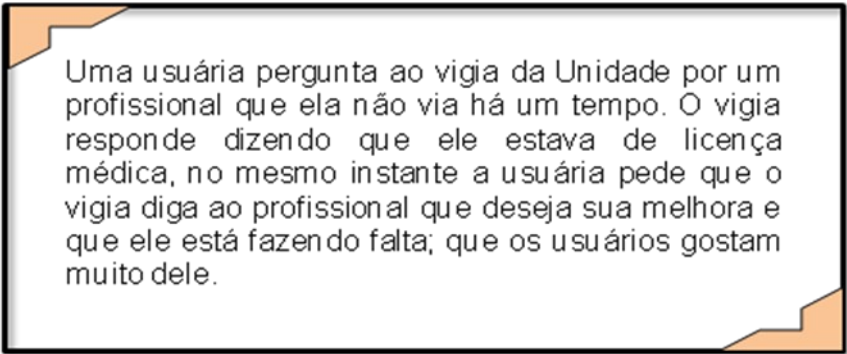
Sexta-feira: Uma senhora já havia ido a UBS no dia anterior e não havia conseguido solucionar tudo o que queria; pelo que entendi, faltava pegar um remédio na farmácia. Pediram que ela voltasse naquele dia para conseguir resolver. Ela estava esperando na demanda para resolver o que faltava. Então, a enfermeira pediu que ela voltasse na segunda para solucionar o que precisava. A mulher não se conformou com isso, até porque já era a segunda vez que ia a UBS. Encontrou com outra enfermeira, explicou a situação e esta conseguiu solucionar o problema para a usuária. (DIÁRIO DE OCORRÊNCIAS, fevereiro de 2011).

Fotografia dois:

Ao chegar a uma Unidade ouço gritos. Usuária: "Eu vou contar quem foi que pegou quatro senhas. Eu vi. É minha vizinha. Os Agentes vão lá em casa cobrar que eu venha a Unidade, mas quando chega aqui; não consegue atendimento. Eu sou hipertensa. Vou comprar meu remédio na farmácia X, que eles tem farmácia popular. Eu tenho receita, vou lá. Quer saber vou embora." E sai. Mais gritos, agora vindos de outro lado da UBS. Outra usuária reclama da forma como as senhas foram distribuídas. Senta e diz que vai esperar pela direção para falar pessoalmente. Grita que não sai da Unidade sem os remédios. Provoca alguns profissionais algumas vezes, repete que esperará pela direção. Nisso chega uma funcionaria da recepção e pergunta a usuária para quando esta quer a consulta. Sua consulta é marcada mesmo sem ficha. Mas a usuária diz que irá continuar esperando a direção. Mais algumas provocações... O marido começa a conversar com ela no intuito de levá-la pra casa. Ela resiste, mas por fim ele a convence. Eles vão embora antes da chegada da direção. (DIÁRIO DE OCORRÊNCIAS, março de 2011)

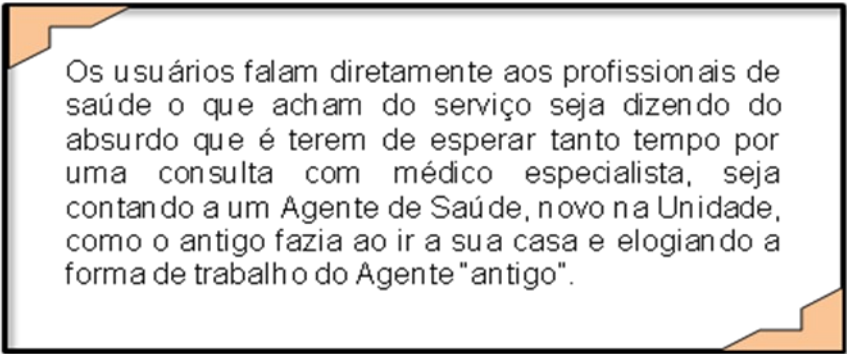
Essas fotografias, ou cenas, ilustram movimentos criados pelos usuários que provocam tensão nas relações estabelecidas nos serviços. Esses movimentos exemplificam a Participação Rizomática. Ao presenciá-los percebemos como são analisadores das relações estabelecidas nos serviços. A estes movimentos denominamos de Ditos. Eles questionam a ordem posta e quebram com protocolos e normas dos serviços. Durante os meses que habitamos as Unidades da Região de Maruípe pudemos captar e registrar, em nosso diário de ocorrências, diversos deles.

Diário de Ocorrências, janeiro de 2011 a junho de 2011. Fotografia três:



Uma usuária pergunta ao vigia da Unidade por um profissional que ela não via há um tempo. O vigia responde dizendo que ele estava de licença médica, no mesmo instante a usuária pede que o vigia diga ao profissional que deseja sua melhora e que ele está fazendo falta; que os usuários gostam muito dele.

Fotografia quatro:



Os usuários falam diretamente aos profissionais de saúde o que acham do serviço seja dizendo do absurdo que é terem de esperar tanto tempo por uma consulta com médico especialista, seja contando a um Agente de Saúde, novo na Unidade, como o antigo fazia ao ir a sua casa e elogiando a forma de trabalho do Agente "antigo".

Fotografia cinco:

Outras vezes os usuários resolvem os problemas entre eles, como quando uma usuária entrou em trabalho de parto na Unidade e precisava avisar a alguém que estava indo para o hospital – uma vez que se encontrava sozinha na Unidade. Enquanto um profissional da Unidade tentava conseguir um aparelho de telefone disponível, uma usuária emprestou o celular para que se realizasse a ligação.

Fotografia seis:

Um usuário conta que era atendido em duas Unidades diferentes. Como o serviço de referência de seu território não possui o atendimento desejado ele conseguiu se cadastrar em outra Unidade. Por exemplo, a Unidade de referência está sem pediatra e este não quer que seu filho seja atendido pelo médico de família. O usuário inventa um modo para conseguir se cadastrar em outra Unidade que tem pediatra e passa a levar seu filho lá. Isto demonstra insatisfação com o serviço, que para ser solucionada, o usuário cria formas para ser atendido do modo como acha melhor.

Estes movimentos de Participação Rizomática são compostos por pontos de resistência, que são movimentos de criação que questionam ou afirmam formas de funcionamento instituídas nos serviços de saúde (DELEUZE, 1992; PELBART, 2003; FOUCAULT, 2006; ROMAGNOLI et al, 2009). Eles quebraram protocolos estabelecidos pelas Unidades. Isto é, não se esperou uma reunião do Conselho Local, não se registrou em ata, não se fez uma queixa formal na Prefeitura do município para que fosse dito o que se queria. Durante o nosso caminhar nos deparamos com vários desses movimentos que foram ouvidos, sentidos e cartografados.

Na cena que chamamos de “fotografia um” percebemos que havia um incômodo na usuária com a situação colocada, que a fez não se acomodar e desobedecer a primeira ordem recebida. Ao procurar outro profissional a usuária assumiu o papel de adversário, já que desrespeitou uma ordem. Segundo Foucault (2006), nas relações de poder, os pontos de resistência por vezes representam esse papel. Naquele momento a indignação produziu potência, ou seja, houve desejo de ação. Isto reafirma que a vida não cabe dentro de prescrições, sempre há movimentos que escapam. De acordo com Neto (1993, p.80) “não existe *código absoluto*, capaz de abarcar a diversidade e a polivalência das forças vivas: em outros termos, a vida é sempre mais múltipla e mais rica do que a possibilidade de qualquer código de capturá-la nas suas malhas e nos seus filtros.”

Ao fazer diferente daquilo que lhe foi proposto a usuária deflagrou outros movimentos naquele serviço, e no modo de se relacionar com ele. Afinal, podemos questionar quais foram os motivos que levaram a primeira profissional a não ter conseguido atender a usuária no que ela queria. Muitos podem ter sido esses motivos, contudo, quando a usuária procura outra pessoa para ajudá-la ela mostra que é possível fazer diferente. A partir disso, podemos afirmar que o serviço foi questionado pela usuária em sua forma de funcionamento; o que caracteriza a Participação Rizomática.

Em nossos encontros nos corredores das Unidades vimos diversos movimentos em que os usuários inventam formas para dizerem o que pensam do serviço ou para solucionar situações-problemas em que se encontram. Vimos, assim, usuários dizendo diretamente ao profissional o que gostam ou não no serviço; usuários procurarem mais de um profissional para conseguirem resolver algum problema; usuários, entre eles, revolverem impasses; usuário gritar o que quer e o que pensa e usuário procurar outro serviço para conseguir ser atendido naquilo que seu serviço de referência não possui.

Estas são formas que os usuários utilizam para se posicionar em relação ao serviço. Estes movimentos, se analisados pelos profissionais, poderiam gerar mudanças nas posturas destes e os levarem a pensar soluções para os problemas que surgem. Porém, essas interferências não garantem a mudança nas relações estabelecidas na Unidade. Para que reverberem ao ponto de provocarem mudanças no serviço,

seria necessário refletir sobre ele, uma vez que, o encontro entre usuários e profissionais possui tensão de forças, que são de ordem micropolítica.

É impossível prever como os movimentos micropolíticos, que são construídos nas relações, vão reverberar dentro do serviço. Isto porque a ação está associada às redes que formam as relações, com isso, os efeitos dos encontros não são possíveis de serem objetivados ou previstos em relação a direção e resultados que obterão (GUIZARDI, 2008). “As conseqüências da ação são, nesse sentido, impossíveis de serem plenamente antecipáveis já que, imanentes à sua efetuação, articulam-se com os demais processos que compõem a realidade como artefato humano compartilhado.” (GUIZARDI, 2008, p.211)

Entendemos que a cada encontro que estabelecemos com o mundo e com o que o habita – música, poesia, coisas, animais, filmes, pessoas – somos modificados por eles e nos tornamos diferentes. Ou, como diria o poeta, somos uma metamorfose ambulante, estamos em constante transformação. Contudo, nem sempre a mudança proporcionada pelo encontro com o outro ocorre de maneira que tenhamos clareza do que nos afetou; o que nos transformou. Isto é, um encontro entre um usuário e um profissional nem sempre será o grande disparador de mudanças. Os jogos de força vão se modificando a cada encontro e ganhando aos poucos outra forma, até que em um dado momento, consegue se ter clareza dessa forma nova que a relação assume.

De acordo com Rolnik (1995, p.?)

Somos povoados por uma infinidade variável de ambientes, atravessados por forças/fluxos de todo tipo. Estes vão fazendo certas composições, enquanto outras se desfazem, numa incansável produção de diferenças. Quando a aglutinação destas novas composições atinge um certo limiar, eclode um acontecimento[...].

A irrupção de um acontecimento nos convoca a criar figuras que venham dar corpo e sentido para a arregimentação de diferenças que ele promove. Faz tremer nossos contornos e nos separa de nós mesmos, em proveito do outro que estamos em vias de nos tornar.

Os movimentos de Participação Rizomática são inventivos no modo de questionar o serviço, porém, o que resultará deste modo de participação possui uma forma incerta uma vez que se produz no encontro dos usuários com o serviço. Inventivos,

porque são imprevisíveis e possuem formas diversas, ou seja, não há como prever quem ou quando serão deflagrados nem qual forma assumirão.

Há de se considerar também que nem sempre ocorrem mudanças, por vezes, as normas e as regras constituem-se como forças mais potentes que o próprio desejo; o que faz com que a capacidade de afetação diminua. Com isso, reduzem-se os movimentos inventivos e a sensibilidade para que se perceba a Participação Rizomática como movimentos que geram potência. Assim, mesmo que o encontro dispare pontos de resistência, esses podem não causar mudanças no serviço, pois nem sempre irão provocar algum tipo de afetação. Isto é, não trará incômodo nem provocará outros usuários ou profissionais a pensarem nas práticas instauradas no serviço.

Esses movimentos de Participação Rizomática, produzidos pelos usuários, emergem no momento do encontro com alguma situação que os afeta de forma intensa, por isso, são processos micropolíticos e amorfos, logo, rizomáticos. São movimentos inconscientes e que não possuem um planejamento prévio, “são os agenciamentos coletivos de enunciação, os rizomas heterogêneos ao longo dos quais circulam nossos desejos e pelos quais se lançam e se relançam nossas existências” (LÉVY, 2003, p.25).

Podemos afirmar, então, que os movimentos de resistência expressam os desejos dos usuários em relação ao serviço. Assim, como já discutido, as resistências são uma forma de o usuário participar da gestão do serviço. Talvez seja um modo menos articulado do que o encontrado nas propostas elaboradas em uma Conferência de Saúde. Porém, podem ter tantas ou mais repercussões no serviço e em seus profissionais que as deliberações de uma conferência.

Os movimentos de Participação Rizomática que observamos foram deflagrados por alguns usuários que, quantitativamente, são minoria em relação ao número de usuários com os quais nos encontramos nos corredores. Porém, entendemos que a cada encontro somos modificados e este de algum modo passa a nos habitar. Esta idéia surge a partir da concepção de agenciamento, que explicitamos anteriormente com base na discussão feita por Escóssia e Kastrup (2005) de que há um coletivo em nós.

Dessa forma, a vocalização de um usuário é a expressão do desejo de muitos. Podemos dizer que há um coletivo que nos habita. Somos um habitado por outros. Assim, os usuários que dão forma aos movimentos de Participação Rizomática expõem os seus desejos e também o desejo de outros usuários. Guattari (1987, p.170) afirma que somos “sempre ao mesmo tempo: Eu e Outro; homem e mulher; pai e filho...”. Segundo o mesmo autor, não importam as polarizações, mas os processos que nos fazem transitar por essas formas de ser. Isto é, há momentos em que assumimos uma forma-pai, forma-mãe, forma-mulher, forma-bicha, que nos habita. Guattari e Deleuze (1996a) chamam este movimento de devir; um vir a ser momentaneamente; um tomar para si características de pai, mãe, mulher, criança, planta.

Quando um usuário produz um movimento de resistência ele dá forma ao desejo e a vontade de outros usuários. Assim, o modo no qual a Participação Rizomática emerge resulta de diversos encontros que o usuário que a vocalizou teve. Encontros ocorridos no corredor da Unidade, no churrasco do fim de semana, na Igreja do domingo, na escola do filho, no ônibus que passa pelo bairro, no café em casa. Aquele que vocaliza não fala penas por si, mas de todo um coletivo que compôs uma rede de encontros. Assim entendemos que o coletivo é composto pelas experiências cotidianas, dessa forma, ele convoca o comum; que envolve a relação com aquilo que faz parte do mundo. Dessa forma, “é incluindo o mundo e [é] nos compondo com ele que nos reinventamos e reinventamos o mundo.” (ESCÓSSIA, 2003, p.186)

Ao falar que esse usuário é composto por muitos poderia nos remeter a concepção de representante; na qual um fala pela maioria. Contudo, há que se marcar uma diferença. O sistema representacional pressupõe que os representantes serão escolhidos por seus pares e, assim, o que possuir um quantitativo de votos maior será aquele que tem a força para defender melhor os interesses que possuem. No caso da Participação Rizomática, quando se afirma que um usuário dá forma ao desejo de outros, ele expõem isso a partir do que é construído nos encontros que teve com seus vizinhos, amigos e parentes e com o encontro ocorrido no serviço. Isto é, ele não foi previamente escolhido como representante de outros.

É importante reconhecer a Participação Rizomática como um analisador dos modos de funcionamentos instituídos nos serviços. Isto é, os movimentos de resistência que caracterizam esta forma de participação devem ser entendidos como atos dos usuários que apontam para questões importantes com relação à Unidade e que devem ser repensados nos serviços. Porém, o que percebemos é que esses movimentos são tomados como distúrbios, tidos como “problemas” dentro do serviço e, por isso, procura-se eliminá-los ou prevenir para que não aconteçam.

A Participação Rizomática representa o inesperado, o imprevisível, pois são atos que emergem a partir de processos, afetos e encontros; logo, são imprevisíveis. E é exatamente isso que provoca o incômodo nos profissionais. Afinal, já são tantas metas a serem cumpridas e tantos atendimentos a serem feitos, que o imprevisível torna-se um problema ao invés de uma possível forma de repensar o trabalho na Unidade.

A construção social ocidental se pauta, principalmente, no platonismo. A obra de Platão, segundo Fuganti (2008, p.20), colabora para a “solidificação de um modo de viver e de pensar calcado na moral, na lei, na razão e no Estado”. Isso se expressa também entre os profissionais de saúde que possuem dificuldade em saber lidar com o que causa incômodo e com o imprevisível. Eles e nós fomos ensinados que o mundo é essencialmente binário e formado por ideais. Platão “concebe um *plano divino* constituído por Idéias, *mundo supra-celeste* das essências ou puras formas inteligíveis, lugar dos modelos superiores que implicam uma realidade verdadeira que existe em si e permanece imutável[...]” (FUGANTI, 2008, p.25). Dessa forma, entendemos que as coisas são boas ou más, certas ou erradas, que somos racionais ou emotivos, capazes ou incapazes, normais ou anormais. Sem contar que perseguimos sempre uma forma ideal de ser, ou seja, há um modo correto de ser pai, mãe, filho, mulher, usuário, profissional, estudante, professor. Contudo, quando nos lançamos ao mundo e estabelecemos relações percebemos que somos tudo isso ao mesmo tempo. Isto é, somos bons e maus e racionais e emotivos e certos e errados e felizes e tristes e pai e mãe e filho e mulher e homem.

Relacionar-se com o mundo a partir dos binarismos e idealismos causa sofrimento, este é produzido porque tentamos nos enquadrar em modelos identitários pré-existentes. Isto é, tentamos assumir um modo de ser estanque pautado em ideais,

em modos corretos de agir e se relacionar. Contudo, os agenciamentos que ocorrem em nossos encontros produzem mudanças em nós, ou como explicita Rolnik (1995)

[a] irrupção de um acontecimento nos convoca a criar figuras que venham dar corpo e sentido para a arrematamento de diferenças que ele promove. Faz tremer nossos contornos e nos separa de nós mesmos, em proveito do outro que estamos em vias de nos tornar. Perdem sentido nossas cartografias, depaupera-se nossa consistência, nos fragilizamos - tudo isso ao mesmo tempo.

O deslocamento provocado pelos agenciamentos serão sentidos por nós, uma vez que vivemos em relação com o outro. Tentar negar isso, se fixando em modelos de identidade estanques, aumentará a tensão de forças entre o que sentimos e o que a moral nos impõe. Com isso, continuará a ser gerado incômodo, e este muitas vezes passa a ter forma em nosso corpo, como o adoecimento. Por vezes, esse incômodo pode ser revertido em indiferença e endurecimentos, como se o sentir não fosse importante.

Não incorporadas, as diferenças continuam então a nos desestabilizar, fragilizando-nos cada vez mais: e quanto mais fragilizados, mais investimos aquela hierarquia e a ilusão de que ela é portadora. Esta situação é bastante temerosa pois em nome do absoluto somos capazes de eliminar tudo o que imaginariamente pode vir a ameaçá-lo, com uma crueldade insuspeitável. (ROLNIK, 1995, p.?)

É preciso, então, que escutemos os incômodos e fiquemos atentos aos movimentos que escapam ao instituído. A Participação Rizomática fala de um modo de escape utilizado por todos e ela deve ser entendida como uma forma de se repensar relações. Com isso, queremos afirmar que ela ocorre em qualquer espaço e possui diversas formas. Ela pode ser percebida no corredor da Unidade, na reunião de equipe, na consulta com o profissional de saúde, na igreja do Bairro, na festa de aniversário da vizinha, no centro comunitário. A Participação Rizomática pressupõe liberdade, invenção e transformação. Tentar normalizá-la está no campo do impossível. Afinal, movimentos de resistência sempre existirão, já que se formam nas tensões entre forças.

7.2 Não Ditos

Nos corredores das Unidades ouviam-se vozes vindas de todas as direções: os profissionais chamando os nomes dos usuários para entrar nas salas de consulta; os usuários que conversavam; as crianças que gritavam em brincadeiras ou choravam nos colos dos pais ou nas salas de vacina de medo e de dor. A isso se misturava o ruído dos ventiladores e das televisões. Havia movimento: gente andando de um lado a outro, saindo e entrando nos consultórios, pessoas subindo e descendo escadas, crianças correndo. Contudo, apesar de toda movimentação, houve momentos em que ela foi sentida como calma. E em nosso diário de ocorrências ganhou a forma da palavra **nada**. Esses foram momentos em que não captamos movimentos de Participação Rizomática. Estes momentos foram denominados por nós de Não Ditos.

Lourau, em suas intervenções socioanalíticas também constrói um conceito denominado não dito. Este autor analisa os não ditos das instituições. Lourau (2004a) denomina de não dito a face escondida das instituições; aquilo que não aparece na superfície das suas relações. A análise institucional se propõe, nesse sentido, revelar os não ditos. No caso de nossa pesquisa nomeamos de Não Ditos às situações que para nós foram analisadores das relações construídas no serviço de saúde.

Ao revisitarmos o diário de ocorrências, percebemos que a palavra nada surgiu muitas vezes escrita. Muito mais do que lembrávamos ter registrado durante nossa permanência nas Unidades. Ao reler o diário retomamos as sensações, cheiros e sons de cada dia que passamos nas Unidades. Os momentos de Não Ditos fizeram com que nos remetêssemos às falas dos coordenadores, ouvidas na apresentação da pesquisa, nas quais concluem que a população não participa e que é passiva. Remeteu-nos também aos artigos que afirmam que os conselheiros precisam ser capacitados para ocupar esta função (LABRA, FIGUEIREDO, 2002; GERSCHMAN, 2004; ESCOREL, 2008).

Na mesma época em que vivenciávamos alguns Não Ditos nos corredores, começamos a participar do Grupo de Idosos e também estivemos presentes nas

Conferências Municipais de Idosos e Saúde de Vitória. Fazer parte desses espaços nos proporcionou repensar os Não Ditos que percebemos. Pudemos acompanhar e perceber com clareza as modalidades da relação entre usuários e profissionais. O que percebemos é que os profissionais se colocam no lugar de donos da cena, isto é, usam do seu saber acadêmico para dizer os rumos que devem ser tomados.

No grupo de Idosos os encontros em que estivemos presentes tiveram como foco o ensino de alguma atividade. Acompanhamos a produção de artesanato em tecido, desenhos e uma dinâmica de perguntas e respostas sobre a dengue. Vale ressaltar que em cada encontro havia um profissional responsável pela coordenação do grupo. No último encontro, do qual participamos, explicou-se que a próxima atividade seria a confecção de capa de caderno, utilizando retalhos. Percebemos que não houve discussão para escolha da atividade, porém foi dada liberdade para os que não quisessem realizar o artesanato fazer outra atividade. Neste episódio percebemos que a presença no grupo era obrigatória, porque lhes foi dito que é preciso fazer atividade, que não deve ficar parado. Entendemos que o grupo era formado por profissionais e usuários, contudo, não parecia haver parceria entre eles. A tarefa precede o encontro. As inquietações e desejos não transpareciam nos encontros que participamos. Percebemos que os profissionais assumiam posturas do tipo professoral; daquele que sabe e que deve passar seu saber aqueles que são desprovidos deste, no caso, os usuários. Dessa forma, os profissionais falavam com os usuários como se estes não tivessem um querer.

De acordo com Iglesias (2009) e Santos, Quintanilha e Dalbello-Araujo (2010) ações com características educativas do tipo professoral são recorrentes em Unidades de Saúde. Santos, Quintanilha e Dalbello-Araujo (2010, p. 187) afirmam que

[f]requentemente, essas ações têm o foco direcionado ao indivíduo usuário do serviço, desconsiderando o contexto socio-histórico-político de sua inserção. [...] [M]arca um lugar rígido entre aquele que sabe e o que não sabe, justificando a tutela dos profissionais sobre a população, abortando qualquer possibilidade de autonomia por parte dos sujeitos.

A postura professoral também transpareceu nas atividades promovidas nas Conferências de Saúde e de Idosos. Nos grupos temáticos que participamos quem falava e dava sugestões eram os profissionais e não os usuários. Por vezes, quando algum usuário tentava se manifestar tinha sua fala cortada por profissionais, ou

simplesmente, não era proporcionado um espaço a este. De acordo com Iglesias e Dalbello-Araújo (2011), os profissionais estabelecem uma relação de soberba com os usuários. Em que há a

exclusão dos sujeitos pela não escuta de suas histórias e de suas vivências. Assim, na busca da saúde perfeita, o profissional assume uma postura de superioridade em relação aos usuários, já que supõe ser ele o possuidor do conhecimento capaz de garantir o bem-estar da população. Ao usuário, individualmente, cabe se esforçar para mudar o hábito de vida indicado como não saudável, em direção à conquista pela saúde ideal. (IGLESIAS; DALBELLO-ARAUJO, 2011, p.295)

Por outro lado, os movimentos para se fazer ouvir empreendidos pelos usuários foram muito incipientes, e costumavam emergir sempre dos mesmos usuários. Mesmo assim, há que se perguntar como se almeja que usuários falem de seus desejos e vontades se o movimento produzido entre usuário e profissional afirma uma posição em que este está apto a dizer ao usuário o que ele deve e pode fazer.

De acordo com Quintanilha e Dalbello-Araujo (2009), Dalbello-Araujo (2005) e Dimenstein (2007) o que o usuário tem a dizer é fundamental para promover mudanças nos serviços de saúde e nas condições de vida da população. Complementam ainda afirmando que mesmo quando os usuários não são convocados a participar interferem no serviço de saúde criando brechas; como já exposto anteriormente. Com isso, percebemos que mesmo o saber do usuário sendo cerceado há produção de tensão nos encontros cotidianos, que ocorrem entre usuário e profissional, e que estes acabam por emergir em movimentos de resistência, ou Participação Rizomática. A partir disso, podemos afirmar que a participação do usuário se produz no cotidiano do serviço.

Vale ressaltar que a relação entre saber e poder, na qual possui poder aquele que acumulou mais saber científico, foi construída historicamente em nossa sociedade. Assim, se valoriza aqueles que possuem mais títulos acadêmico-científicos e se esquece que as experiências que adquirimos durante nossas trajetórias - por meio dos encontros com o que compõe o mundo - são saberes tão louváveis como aqueles encontrados nos livros e manuais técnicos. De acordo com Santos (2010) os vários saberes que existem constituem uma diversidade epistemológica, em que deve haver o reconhecimento da existência de formas de conhecimento plurais.

Segundo o mesmo autor as formas de conhecimento são heterogêneas, interdependentes e não constituem uma unidade.

Santos (2010) afirma que a ciência, ou saber científico, faz parte da pluralidade de saberes, mas não deve ser considerada como o única fonte de saber. O que há é uma assimetria entre os saberes, que dificulta a comparação entre eles.

[A] assimetria entre os saberes ocorre sobreposta à assimetria dos poderes. Em termos de tipos-ideais, há dois modos opostos de acionar essa assimetria. A primeira consiste em maximizá-la, levando ao máximo a ignorância a respeito dos outros saberes, ou seja, declarando a sua inexistência. A este modo chamo fascismo epistemológico porque constitui uma relação violenta de destruição ou supressão de outros saberes. [...] No pólo oposto, está a tentativa de minimizar ao máximo essa assimetria na relação de saberes. [...] o primeiro modo tem predominado nas epistemologias hegemônicas da modernidade ocidental e nos modos de racionalidade e de pensamento que elas sustentam, a razão indolente e o pensamento ortopédico. (SANTOS, 2010, p. 543-544)

É importante ressaltar que a manutenção da relação saber-poder é feita por profissionais, usuários, academia, mídia. Todos com suas práticas e falas reafirmam o *status* do saber acadêmico-científico na sociedade. Assim, se o profissional se coloca no lugar de professor, o usuário assume o papel daquele que nada sabe e precisa aprender. Isso ficou muito claro em um encontro do grupo de Idosos que teve por atividade disparadora fazer artesanato para discutir a importância da participação.

Neste encontro não ocorreu discussão. Observamos que o profissional responsável se dirigiu aos usuários e lhes disse o que deveriam entender por participação e sua importância. Houve um momento em que se perguntou o que os usuários entendiam por participação e eles responderam que era juntar, pois estar junto é importante para formar idéias e fazer coisas. Essa fala foi ignorada e o grupo retornou as características professorais; como exemplificado no diálogo entre o profissional (P), que coordenava o grupo, e os usuários (U):

P: O que aprendemos hoje?

U: Fuxico.

P: Não gente! Aprendemos que é importante par-ti-ci...

U: ...par! (DIÁRIO DE OCORRÊNCIAS, maio de 2011)

Outra fala recorrente nas Conferências foi de que o usuário não tem cultura, não tem conhecimento, não tem saber, não sabe o que quer. Porém, o ocorrido no grupo demonstra o contrário, percebemos que o usuário tem um saber, contudo, este não

é valorizado ou sequer ouvido. Trad e Esperidião (2009) concluíram em sua pesquisa que os profissionais de saúde possuem dificuldade em valorizar o saber do usuário. Segundo os mesmos autores os profissionais sabem da importância de se horizontalizar as relações, recusando posturas hierárquicas; mas, ao mesmo tempo, assumem que seu saber é superior ao do usuário.

O saber do usuário é diferente do saber técnico-científico difundido nas instituições de ensino e deve ser valorizado, uma vez que representa as vivências desse usuário e diz de seu querer. Contudo, nesse jogo de forças o que se percebe é que os profissionais ainda estão impregnados por um saber que dita o que está certo e errado e, assim, aquilo que não é encontrado nos manuais acadêmicos deve ser descartado. Dessa forma, no cotidiano de trabalho recorre-se ao que foi aprendido, que costuma corresponder a técnicas de disciplinarização dos corpos dos usuários.

A disciplina, como nos lembra Foucault (1999), decompõem corpos, lugares, tempos, gestos e atos, pois assim, se pode percebê-los de forma mais clara para controlá-los e classificá-los; logo, o adestramento se torna mais eficaz e o controle permanente. Criam-se, dessa forma, diversas categorias: os aptos, inaptos, normais, anormais, bons usuários e usuários rebeldes, anárquicos. A disciplina produz então normalizações.

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é constituído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma. Dito de outro modo, há um caráter primitivamente prescritivo da norma [...] (FOUCAULT, 1999, p.76)

Ao pensar que é tido como normal aquele que segue as normas e anormal o que as quebra; podemos afirmar que os movimentos de Participação Rizomática são empreendidos pelos anormais. Vale lembrar que o adjetivo anormal carrega para nossa sociedade uma característica pejorativa, como se os que desviam das normas fossem maus ou errados. Dessa forma, esquece-se que as normas foram estabelecidas a partir de um momento histórico e que a sociedade está em constante transformação. Segundo Canguilhem (2007, p.115) “é preciso considerar, em certo sentido, o meio geográfico como produto da atividade humana.” Com isso,

as regras deixam de fazer sentido, ou muitas vezes, só fazem sentido para uma determinada parcela de pessoas. Canguilhem (2007) discute se o considerado como normal, é definido pela frequência na qual um traço humano aparece na sociedade ou se é freqüente por ser normal. Ou seja, a partir do momento que se naturaliza, se torna comum, um determinando modo de ser, este se apresenta como mais freqüente. Ao se naturalizar as regras, e partir do suposto que devem servir a todos, as práticas deixam de ser analisadas e revistas.

Ao se obter êxito na disciplinarização dos usuários reforça-se a normatização. Isso faz com que possíveis movimentos de criação sejam impedidos. Cala-se o desejo, a vontade e se reprimem as resistências; e conseqüentemente a Participação Rizomática. Com isso, produzimos cada vez mais usuários que não participam. Mas será que o desejo dos profissionais não é exatamente esse?

Entendamo-nos sobre a palavra 'desejo': atração que nos leva em direção a certos universos e repulsa que nos afasta de outros, sem que saibamos exatamente porquê; formas de expressão que criamos para dar corpo aos estados sensíveis que tais conexões e desconexões vão produzindo na subjetividade. Pois bem, regimes totalitários não incidem apenas no concreto, mas também nesta invisível realidade do desejo: seus movimentos tendem a bloquear-se; proliferam políticas microfascistas. (ROLNIK, 1996, p.85)

Essas expressões, que são os desejos, tanto incidem em processos de expansão da vida e produção de encontros - que produzem vontade de agir - como podem promover enclausuramentos - que ditam regras e tiram a potência do outro. O desejo não é por si bom, ele também reforça a disciplinarização e a normalização. E é esse desejo de cerceamento do outro que, por vezes, transparece nas relações entre usuário e profissional de saúde. Um desejo que é aliado a idéia de que existe um saber que é melhor e verdadeiro, o que autoriza o profissional a ter poder sobre o outro-usuário. Esses desejos de clausura, de poder sobre o outro, são denominados microfascismos (DELEUZE, GUATARRI, 1996a; 1996b)

Nesse jogo de forças

[o] gesto criador intimida-se e se retrai, associado que fica ao perigo de punição que pode tanto incidir sobre a imagem social, estigmatizando-a, quanto sobre o próprio corpo, através de prisão, tortura e até morte. Humilhada e desautorizada, a dinâmica criadora do desejo paraliza-se sob o domínio da culpa e do medo; esta parada que se dá na verdade em nome da preservação da vida, pode chegar a uma quase morte. O trauma de experiência deste tipo deixa a marca venenosa de um desgosto de viver;

uma ferida que pode vir a contaminar tudo, brecando grande parte dos movimentos de conexão e invenção. (ROLNIK, 1996, p.85)

Na relação entre profissional e usuário cada vez que o profissional produz atos que cerceiam a fala e o saber do usuário, este é contaminado por um desejo de emudecer. Fica inscrito em seu corpo e em seus sentidos o lugar do não-saber, daquele que age errado e precisa aprender com os técnicos. Como se em seu corpo-usuário não houvesse registrado o que ele efetivamente vive; um viver que escapa aos manuais. Se os profissionais dizem: coma, o saber do usuário por vezes diz: não há como comprar comida. Porém, isso nem sempre é ouvido.

De tanto ignorar o saber e a experiência do usuário, muitos se tornam mudos em todos os espaços em que o saber-poder profissional se faz presente; seja no grupo, seja no corredor da Unidade. Isto porque, despotencializa-se o usuário, ou seja, retira-se dele o desejo de ação; o que produz mortificação das vontades desse usuário. Se produção de saúde é expansão da vida, ou seja, é construir com o usuário outras formas de ser e se relacionar com o mundo; ao se reforçar a relação saber-poder produz-se adoecimento. Assim, calar os usuários e desconsiderar os movimentos de resistências que eles engendram é adoecê-los e empobrecer o SUS.

O que percebemos, no nosso caminhar, é que a vida não pode ser normatizada e prescrita em manuais. Esta inventividade da vida ganha forma quando usuários e profissionais engendram movimentos que contradizem as normas impostas de como viver, de certo e errado, bom e mau, normal e anormal. Entendemos que para cessar o adoecimento, que estamos - nós-usuários e nós-profissionais - ajudando a produzir, é importante optarmos por posturas que construam espaços nos quais se possam produzir novas maneiras de existência, de estar no mundo e fabricar mundos (Pelbart, 2003).

7.3 Mal Ditos

Fotografia sete:

Na Unidade, fila para marcar o exame de sangue. São aproximadamente 10 horas da manhã e vários usuários esperam pelas senhas que serão distribuídas para que possam marcar o exame de sangue. Existe um número limitado de fichas, que começa a ser entregue às 10 horas da manhã, por isso, é preciso chegar mais cedo. Uma usuária fala com a amiga, que esta a seu lado, que esse horário é ruim; hora em que ela prepara o almoço. Outra usuária comenta: e quem trabalha? Como faz para vir? (DIÁRIO DE OCORRÊNCIAS, fevereiro de 2011)

Fotografia oito:

São 7:50 da manhã e as senhas já acabaram. Nesta Unidade são distribuídas senhas para a marcação de consultas. Os usuários comentam uns com os outros que acordaram 4 horas da manhã para irem para Unidade conseguirem a ficha e mesmo assim nem todos conseguem. As senhas são poucas, diz alguém. Devia ter mais senha concorda outro. (DIÁRIO DE OCORRÊNCIAS, março de 2011)

Diário de ocorrências, entre janeiro de 2011 e junho de 2011, fotografia nove:

Tem que chamar a televisão, só assim resolve o problema. Dá vontade de chamar a televisão para ver se revolve. Se a televisão vier aqui, rapidinho eles dão um jeito. Essas falas foram ouvidas muitas vezes nos corredores das Unidades, porém, não vimos a mídia nas Unidades denunciando qualquer problema.

Esses momentos foram compostos por falas feitas pelos usuários para outros usuários, conversas entre eles. Nestas, os usuários manifestaram alguma opinião ou sugestão sobre o serviço, mas nenhum movimento foi empreendido no sentido de se efetivarem atos que culminassem em mudanças no funcionamento das Unidades. Esses movimentos, em que os usuários colocam o que acham do serviço e se restringem a conversas entre eles foram denominados de Mal Ditos.

Os Mal Ditos são compostos por momentos em que se percebeu um incômodo que ganhava forma, mas não produziram movimentos de mudanças. A partir dessas cenas questionamos o porquê os usuários não transformaram seus incômodos em ação. Ao presenciá-las ficou a impressão que havia um movimento de desresponsabilização por parte deles. Como se eles estivessem esperando que alguém produzisse as mudanças desejadas no serviço.

Questionamos, então, se o sistema representacional acarreta essa desresponsabilização por parte da sociedade, uma vez que se parte do suposto de que sempre há alguém que representará os interesses de outrem, gerando a idéia de que não é necessário agir por si. Segundo Asensi (2010, p. 23) a cultura cívica brasileira “é marcada muito mais pela passividade da sociedade civil do que por sua forte atuação na efetivação, construção e garantia de direitos.” Lattman-Weltman (2008) defende que a representação é simbólica, que o representante não representa efetivamente a vontade da maioria do povo, pois representar significa “tornar presente quem não está”, mas isso não garante a efetivação dos interesses de todos.

Ao estarmos presentes nas Conferências Municipais de Idosos e de Saúde notamos que na composição de um conselho muitos dos representantes de usuários estão ali como integrantes de outros movimentos sociais. Isso transpareceu na sua apresentação. Não por acaso, todos que se apresentaram eram pertencentes a algum movimento social. Assim, estavam ali para defender os negros, as mulheres, portadores de alguma deficiência ou patologia. Não há dúvida de que são usuários do SUS e precisam ter suas singularidades respeitadas. Porém, ao se identificarem com o movimento ao qual pertencem, a luta pela singularidade do grupo que representam pode se tornar mais importante que a luta pelo coletivo-usuários.

Denominamos coletivo-usuários a todos os usuários. Assim, lutar pelo interesse deste coletivo significa reforçar os princípios e diretrizes do SUS; mais especificamente a concepção de equidade. Isto porque, quando se representa um segmento de usuários reforçam-se as necessidades particulares deste grupo em específico. E, por vezes, esquece-se que alguns direitos devem ser expandidos a todos. Por exemplo, é provável que cadeirantes lutem por acessibilidade, no sentido de conseguir chegar ao espaço físico do serviço. No entanto, quando alguns trabalhadores possuem dificuldade de serem atendidos em Unidades de Saúde e lutam para que os serviços os atendam, não seria também uma luta por acessibilidade?

Assim, ao pensar em lutar pelo coletivo, deve se extrapolar a idéia de que cada segmento, grupo ou instituição luta por uma causa diferente. Esta concepção de coletivo remete ao conceito de Multidão (HARDT; NEGRI, 2005). A partir disso, entendemos que as lutas desses diferentes grupos identitários possuem singularidades, isto é, características únicas que correspondem ao processo histórico do grupo e da construção identitária do mesmo. Porém, isso não torna as lutas diferentes, como se cada grupo tivesse um objetivo único, que não se relacionasse com as lutas dos demais grupos. As lutas empreendidas por aposentados, mulheres, negros, gays, lésbicas, travestis, estudantes, professores, usuários, bancários são comuns e perpassam todos esses grupos e os atores que compõem os movimentos. Isto porque, os movimentos sociais e grupos organizados têm como luta principal o reconhecimento e a valorização da diferença.

Valorizar e reconhecer a diferença é assumir que existem diversos modos de ser e que nenhum deles é melhor ou pior. As pessoas possuem desejos diferentes, que as levam a ter prazer em diferentes modos de se relacionar com as coisas e seres que compõem o mundo. De modo que a cada encontro com “o outro” o lugar que ocupam é re-significado levando, geralmente, a novas formas de agir e ser. Vale a ressalva, que quando só se possui prazer na dependência de um outro, que é sempre o mesmo e da mesma forma, essa relação produz enclausuramento e não expansão da vida.

Entendemos, assim, que a luta do coletivo é a luta de todos e não de um grupo específico. No entanto, nota-se que o significado de coletivo é geralmente

relacionado a agrupamento de pessoas (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005). Com isso, legitima-se a idéia de que um venha representar a todos. O sistema político representacional é tido, então, como uma “prática política por excelência, força maior de expressão dos poderes ‘do cidadão’, cujo exercício político fica desta forma confinado, num território próprio e distante de seu fazer cotidiano.” (GUIZARDI, 2009, p.14). Podemos afirmar, então, que os usuários não são representados em sua totalidade. Contudo, o sistema representacional possui como premissa que alguns representam a vontade do todo ou da maioria. Dessa forma, se naturaliza que sempre terá alguém que me representará, logo, ele falará e lutará por mim. Isso auxilia na paralisia do movimento de participação, ou seja, não há a preocupação de se envolver com o serviço e com os espaços instituídos de participação, pois há um usuário para dizer dos meus interesses.

Vale ressaltar que os espaços representacionais são fundamentais para se empreender mudanças naquilo que está instituído (CORTES, 2002; MOREIRA, 2008). Porém, a representação nestes espaços não abarca todas as falas e desejos de todos os cidadãos. Assim, mesmo que existam conselhos locais, municipais e estaduais de saúde - que desempenham um papel importante de representação dos usuários - esta não pode ficar restrita a esses locais (GUIZARDI et al, 2004; BRASIL 2005; BRASIL 2006b; COSTA, LIONÇO, 2006; GUIZARDI 2008, MARTINS et al, 2008; BRASIL, 2009. GUIZARDI, 2009; TRAD, ESPERIDIÃO, 2009; SORATTO, WITT, FARIA, 2010; LONGUI, CANTON, 2011).

Apropriar-se da idéia de que não apenas o representante legal pode dizer do funcionamento do serviço, reforça a idéia de que o SUS pertence a todos e que, por isso, o usuário pode dizer o que pensa e sugerir mudanças.

Percebemos também que é cada vez mais comum utilizar denúncias via mídia para solucionar os problemas encontrados nos serviços de saúde. Como discutido anteriormente, a mídia está atrelada a concepção de opinião pública, que é entendida como uma das instâncias representativas da população (HARDT, NEGRI, 2005). Contudo, o que tem se percebido é que a mídia produz a informação a partir de interesses particulares (ACIOLE, 2006).

Há uma tendência dos telejornais em mostrar os problemas apresentados na rede pública de saúde, tais como, falta de leito em hospitais, dificuldade na marcação de consultas com especialistas, falta de medicamentos e cancelamento de cirurgias. Muitas vezes, após a veiculação da notícia, o telejornal acompanha o caso e mostra o que aconteceu; geralmente, apresenta-se uma solução para o problema. Assim, a mídia tem ficado no lugar daquele que cobra do poder público e consegue resolver os problemas. Por outro lado, reforça a imagem de que as Políticas Públicas são ineficazes e, ao mesmo tempo, não é empreendido nenhum movimento no sentido de incentivar sua efetivação.

A mídia é um veículo que produz idéias, dita normas e verdades para a população e ela tem o poder de atingir um grande número de indivíduos. Segundo Guattari e Rolnik (1986) a cultura de massa produz indivíduos normalizados, sistemas de valores e de submissão. Dessa forma, o que é veiculado por ela acaba por ganhar um *status* de fidedigno e real. Segundo Hardt (2003) a mídia, ou indústria do entretenimento, se baseia em manipular afetos. Assim, quando uma notícia sobre o SUS é veiculada enfatiza-se, muitas vezes, a idéia de que profissionais e gestores não estão preocupados com o bem-estar do usuário, como se sua vida fosse algo insignificante.

Notamos, pela fala dos usuários, que essa produção de sentido feita pela mídia tem sido tomada como única verdade em relação ao SUS, por isso, muitos falam em tom de ameaça que irão chamar os telejornais para mudarem aquilo que eles, usuários, não concordam em relação à Unidade de Saúde. Dessa forma, reforça-se a postura dos usuários em esperar que o outro faça por ele. Ao colocar a mídia como aquela que pode resolver os problemas no sistema de saúde, cala-se movimentos coletivos de luta; isso mostra a capacidade de captura da mutação molecular que ela possui (GUATTARI; NEGRI, 2003).

A indústria do entretenimento produz subjetividades *prêt-à-porter*, ou seja, modos de ser, pensar, vestir e agir já prontos (ROLNIK, 1997). Ao se produzir este tipo de subjetividade parte-se da premissa de que existem modos ideais de comportamento e que para cada forma de ser existe um grupo de pertencimento. Assim, qualquer movimento que escape das normas estabelecidas pelas subjetividades *prêt-à-porter* é entendido como uma anormalidade, que deve ser corrigida. Neste sentido, quando

o usuário age de forma diferente da esperada, tal episódio é entendido como um problema.

Do mesmo modo que a mídia serve para acomodar os movimentos moleculares, ela poderia ter o papel de incentivar o envolvimento da população com as Políticas Públicas. Para isto, seria preciso mudar a relação mercadológica que vende a mercadoria saúde e desvaloriza o público, para um espaço de discussão crítica sobre esses assuntos. É inegável que alguns programas e redes de televisão já cumprem esse papel, mas ainda são escassos e costumam ser os menos assistidos. É notável, que quando os usuários clamam pela mídia para resolver os problemas, eles estão se referindo a programas mais preocupados em vender mercadorias ou produzir sensacionalismos. Ainda segundo Hardt e Negri (2005), mesmo com produção massiva de opinião feita pela mídia, ocorre a criação de redes alternativas de expressão.

Percebe-se que se relaciona o público ao que é ruim; logo, tudo que tem público como adjetivo possui aspecto negativo. As notícias sobre políticas públicas de um modo geral não escapam a essa regra. Faz-se importante perguntar se há desejo por parte dos usuários em se envolver de outra forma com o serviço? Será que eles já não absorveram a imagem de que a saúde é uma mercadoria? Ou será que percebem que eles, usuários, por vezes são responsáveis por esses outros movimentos, como no caso da Participação Rizomática? E ao ter clareza disso, será que mudaria a relação estabelecida com o público?

A relação de público como adjetivo de ruim e privado como eficaz faz parte de uma construção histórica (CAMPOS, 2005; SADER, 2005; ACIOLE, 2006), como já detalhado. Dessa forma, para mudar a relação estabelecida com o público, e com o SUS, é preciso criar estratégias para que todos desejem usar o serviço público. Contudo, o que se percebe é que a política pública muitas vezes é vista como um favor que o Estado faz a população. Faz parte da construção do SUS afirmar a política pública como algo que é para todos e que é também é direito e dever da população geri-la.

8.0 “E O FIM É BELO, INCERTO”⁸: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A efetivação da participação social no SUS é de fundamental importância para a construção deste sistema, pois pressupõem que a população é gestora. Assim, se não houver a presença da sociedade civil, não há participação social. Por isso, entendemos que é de fundamental importância que se criem estratégias para a efetivação da participação social nos mecanismos instituídos dos Conselhos e Conferências de Saúde. Ao mesmo tempo, percebemos que a população vocaliza seus desejos em relação ao SUS também em outros espaços e de diversas formas.

A partir disso, extravasamos a idéia de participação social para além dos Conselhos e Conferências e nos propusemos a pensá-la como as formas de expressão dos desejos dos usuários em relação aos serviços de saúde. A participação social ganha, assim, um contorno amórfico, ou melhor, passa a não ter um modo nem local exato para ocorrer. Passa também a se caracterizar por questionar e incomodar o que está estabelecido como norma. Assim, nos desafiamos a pensar a participação como, movimentos de resistência que possuem conformações dinâmicas. Resistir é criar, inventar, produzir novos modos de existência, novas normas para a vida (DELEUZE, 1992; FOUCAULT, 2006; GUIZARDI, 2008). Assim, a participação, que nomeamos de Participação Rizomática, não foi criada – enquanto forma - nesta dissertação; afinal, resistências sempre existiram.

A Participação Rizomática faz parte dos movimentos da vida que não pode ser prescrita em manuais. Entendemos que a vida é composta por tensão de forças, que são tantas e tão múltiplas que é impossível prever sua forma. A vida é imprevisível, assim como os movimentos de Participação Rizomática.

Contudo, o que percebemos é que a sociedade capitalista ocidental afirma modos de vida que estão pautados em absolutismos estanques. Ou melhor, pressupõe que há um modo certo de se relacionar com o mundo, dependendo da identidade que se possui; enfim, modos de ser ajustados aos estereótipos. Porém, as forças que

⁸ Trecho da música “O Anjo mais velho”, da banda O teatro mágico.

compõem a vida não seguem estes ideais e tentar segui-los, sem desejo, causa incômodo e adoecimento.

Percebemos, nos serviços de saúde, que esta lógica se repete, há manuais de conduta e procedimentos aprendidos pelos profissionais e uma série de estereótipos construídos em torno da noção de saúde, público, privado, usuário, mulher, gestante, hipertenso. Porém, no cotidiano dos serviços os encontros que estes profissionais constroem entre si e com a população produzem diversas tensões e sensações que escapam àquilo que havia sido imposto nos manuais e livros acadêmicos.

O incômodo do profissional, ao se deparar com o imprevisto, é resquício de uma formação estanque que se constrói socialmente e que muitas vezes é solidificada na graduação. Na verdade, este talvez seja um grande “nó” do SUS: não saber lidar com os afetos e com aquilo que afeta. Podemos nos perguntar o que pode ser feito para amenizar esse sofrer. A resposta é deixar sofrer, deixar se afetar; não temos que ser felizes o tempo todo, não temos que saber a resposta de tudo o tempo todo. Cultivar música, poesia e arte e deixar que nos afetem, pode ser uma saída. Assumir que o sofrimento do outro também nos faz sofrer, pode ser uma saída. Chorar a morte de um paciente pode ser uma saída. Entrar na viagem do louco, pode ser uma saída.

Os movimentos de Participação Rizomática nos convidam a perceber o que sentimos nos encontros com esses movimentos. Eles devem ser tomados como pontos de análise das relações estabelecidas nos serviços. Devem ser escutados com o corpo, para que se perceba o que o usuário está querendo dizer quando grita, quando procura mais de um profissional no serviço para ter sua demanda atendida, quando diz que não vai voltar ao serviço porque não concorda com alguma coisa que aconteceu. Escutar com o corpo é estar atento ao que sentimos nos encontros – vontade de agir ou paralisia - e ao que eles nos remetem; o que eles nos fazem pensar.

Perceber a Participação Rizomática como ponto de análise do que está ocorrendo nos serviços de saúde nos possibilita repensar as práticas instituídas. Desse exercício, se podem retirar pontos de análise sobre o que se espera de um sistema

público de saúde e a quem ele tem servido. Podemos analisar a forma como vem sendo construído, e o que queremos fazer dele.

Ressaltamos que dar visibilidade às formas rizomáticas de participação não pressupõe sua institucionalização. Até porque, enclausurar esse tipo de movimento seria tentar capturar a própria potência de vida, já que ela está imersa em jogos de forças e se constroem no imprevisível. Lidar com o inesperado, com a potência do acontecimento é mais um dos desafios colocados ao cotidiano dos serviços de saúde.

9.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. São Paulo: HICITEC, 2006, 357p.
2. ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, 352 p.
3. ASENSI, F. D. Direito e usuários e saúde: três representações sobre a relação entre a forma e a alma. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (orgs). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.
4. BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 1ed Porto Alegre:Sulinas, 2009, 207p.
5. BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília 19 set. 1990a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 Jan 2012.
6. _____. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília 31 dez. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 15 Mai 2010.
7. _____. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS: PARTICIPASUS**. 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20-%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>>. Acesso em 1 Nov. 2010.
8. _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, v.1, 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006a.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Participação Social em Saúde**. 2006b. Disponível em <http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf>. Acesso em 2 Nov. 2010.

10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ed.4. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde).
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.
12. BROWN, N.; SZEMAN, I. O que é a Multidão? Questões para Michael Hardt e Antonio Negri. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 75, July 2006.
13. CAMPOS, G. W. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde. In:HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (orgs). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005, 242p.
14. CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
15. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 out. 2009.
16. CORREA, M.V.C. **Que controle social**: os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
17. CORTES, S.M.V. As origens da idéia de participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, 51:30-37, junho, 1996.
18. CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 maio 2010.
19. COSTA, E. A. P. de; COIMBRA, C. M. B. Nem criadores, nem criaturas: éramos todos devires na produção de diferentes saberes. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, Apr. 2008 .
20. COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. **Saúde e Sociedade**. São Paulo v. 15, n. 2, maio-ago. 2006. p 47-55.
21. DAGNINO, E. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo, ed. Paz e Terra. 2002
22. DALBELLO-ARAUJO, M. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. Tese de doutorado (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005, 221 p.

23. DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M. SOUZA, L. de; AVELLAR, L. Z. (orgs). **Temas em Debate** Vitória: UFES-ABRASCO/GM. Gráfica Editora, 2008, p. 45-78 p.
24. DELEUZE, G. A vida como obra de arte. In: DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p.118-126.
25. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs, vol.1**. São Paulo: Ed.34, 1996a. 115p.
26. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs, vol.3**. São Paulo: Ed.34, 1996b. 115p.
27. DIMENSTEIN, M. Micropolíticas dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In: ROSA, E. M. et all. **Psicologia e Saúde: Desafios às Políticas Públicas no Brasil**. Vitória: EDUFES, 2007.
28. ESCOREL, S. Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n.43, p. 23-28, jun. 2008.
29. ESCÓSSIA, L. da. Por uma ética da metaestabilidade na relação homem-técnica. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. V1, n1.
30. ESCÓSSIA, L. da; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicol. estud.** [online]. 2005, vol.10, n.2
31. FARIA, H. X. **No fio da navalha: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES**. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia Institucional)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010, 136p.
32. FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
33. FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. 17. Ed. São Paulo: Graal, 2006.
34. FUGANTI, L. **Saúde, desejo e pensamento**. São Paulo: Hucitec; 2008.
35. GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004
36. GUATTARI, F. **Revolução Molecular: Pulsões políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense. 1987.
37. GUATTARI, F; NEGRI, A. O comunismo as imanências. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. V1, n1.

38. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.
39. GUIZARDI, F.L. **Do controle social à gestão participativa**: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.
40. GUIZARDI, F. L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2009.
41. GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Avaliado em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Mai 2010.
42. GUIZARDI, F. L. et al . Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004.
43. HARDT, M. O trabalho afetivo. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. V1, n1.
44. HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005. 530 p.
45. HOFFMANN, C. **Acolhimento na atenção básica**: navegações e mergulhos nos discursos e práticas produzidos no cotidiano de uma unidade de saúde da família. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia Institucional)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009, 175p.
46. IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde**: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009, 193p.
47. IGLESIAS, A. ; DALBELLO-ARAUJO, M. . As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cadernos Saúde Coletiva** (UFRJ), v. 19, p. 291-298, 2011.
48. KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, abr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2010.
49. KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (orgs). **Pistas do método da**

- cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1ed Porto Alegre:Sulinas, 2009, 207p.
50. LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.
 51. LATTMAN-WELTMAN, F. Democracia, representação, participação: a aposta do pluralismo institucional . **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 29-36, jun. 2008.
 52. LEVY, P. Plissê fractal. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade:** o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. V1, n1.
 53. LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011 .
 54. LOURAU, R. **René Lourau na UERJ:** Análise institucional e prática de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993, 118p.
 55. LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S (org). **René Lourau:** analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a, 287 p.
 56. LOURAU, R. O Estado na Análise Institucional. In: ALTOÉ, S (org). **René Lourau:** analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b, 287 p.
 57. LOURAU, R. Pequeno Manual de Análise Institucional. In: ALTOÉ, S (org). **René Lourau:** analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004c, 287 p.
 58. LUZ, M. T. **Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil:** textos reunidos. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS-UERJ, 2007. v. 1. 228p.
 59. MARTINS, P. C. et al . Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.
 60. MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
 61. MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2010.

62. MOREIRA, M. R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 15-22, jun. 2008.
63. NEGRI, A.; COCCO, G. O trabalho da Multidão e o Êxodo Constituinte. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VOZ, P. (orgs). **O trabalho da multidão**. Rio de Janeiro, Gryphus: Museu da República, 2002, 205p.
64. NETO; A. N. Genealogia das neuroses. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v.1, n.1, 1993, 132p.
65. OLIVEIRA, G. N. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface-Comunicação, saúde e educação**. v. 13, supl.1, p. 523-529, 2009.
66. OLIVEIRA, S. P. de. **Micropolítica do fracasso escolar**: uma tentativa de aliança com o invisível. 2001. 253 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Pedagógico, Vitória, 2001.
67. OURY, J. **O coletivo**. São Paulo: HUCITEC, 2009, 279p.
68. PELBART, P. P.; COSTA, R. Apresentação. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. V1, n1.
69. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. Apresentação. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (orgs). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1ed Porto Alegre:Sulinas, 2009, 207p.
70. PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.** , Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jul. 2008.
71. QUINTANILHA, B. C.; DALBELLO-ARAUJO, M. 2009. **Práticas em Promoção da Saúde em Unidade de Saúde do Município de Serra-ES**. Relatório final de Pesquisa PIBIC/UFES, PRPPG, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
72. ROLNIK, S. O mal-estar na diferença. **Anuário Brasileiro de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 97-103, 1995. Disponível em <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf>>. Acesso em 06 Jan 2012.
73. ROLNIK, S. Deleuze, esquizoanalista. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v.1, n.1, 1996, 132p.

74. ROLNIK, S. Toxicômanos de Identidade. In: LINS, Daniel (org.). **Cultura e Subjetividade: saberes nômades**. Campinas: Papyrus, 1997.
75. ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai 2010.
76. ROMAGNOLI, R. C. et al . Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, Sept. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Out. 2010
77. SADER, E. S. O público, o estatal e o privado. In: HEIMANN L.S.; IBANHES L.C.; BARBOZA R. (orgs). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005, 242p.
78. SANTOS, B. S. Um ocidente não-ocidentalista? A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. In: SANTOS, B. S; MENESES, M. P. (orgs). **Epistemologias do Sul**. São Pualo: Cortez, 2010, 637p.
79. SANTOS, K.L. ; QUINTANILHA, B. ; DALBELLO-ARAÚJO, M. . A atuação do psicólogo na promoção da saúde. **Revista de Psicologia: Teoria e Prática (Online)**, v. 12, p. 38-45, 2010.
80. SIMIONI A. M. C., LEFÈVRE F., BICUDO PEREIRA I. M. T. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva**: considerações teóricas e instrumentais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
81. SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M.. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010.
82. TRAD, L. A. B.; ESPERIDIAO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2010 .
83. VASCONCELOS, C; PASCHE D. O Sistema Único de Saúde. In: Campos et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. HUCITEC: FIOCRUZ, 2006.
84. VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**. Porto Alegre, ano 11, n. 21, junho 2009.
85. ZAMORA, Maria Helena. Os corpos da vida nua: sobreviventes ou resistentes?. **Lat. Am. j. fundam. psychopathol. on line**, São Paulo, v. 5, n. 1, maio 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-03582008000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 out. 2011.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de outubro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Maristela Dalbello de Araújo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Modos de participação social no Sistema Único de Saúde”**.

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **203/10** intitulado: **“Modos de participação social no Sistema Único de Saúde”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 27 de outubro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES