

Participação social e regionalização: a construção de um diálogo territorializado

Social participation and regionalization: the construction of a territorialized dialog

Sandra Greger Tavares¹, Eda Terezinha de Oliveira Tassara^{II}

Resumo

O artigo aborda a participação social em articulação com a regionalização da saúde no âmbito do SUS, com o objetivo de discutir de que forma tem se estruturado o diálogo entre os diversos atores das instâncias políticas e socioambientais do controle social. A coerência entre as expectativas veiculadas por estas políticas e sua operacionalização no plano territorial será analisada, por método compreensivo-racional, contrapondo as esperanças projectuais e os princípios subjacentes às dinâmicas de ordenamento da atenção à saúde em redes e de organização dos conselhos e movimentos sociais de saúde, através do estudo de caso do município de Jacareí. Discutiu-se a fragmentação socioambiental das paisagens, identidades e formas associativas vinculadas ao atravessamento pelo fenômeno da globalização; a precarização dos mecanismos formais de participação social e a não potencialização da participação pela regionalização da saúde. Concluiu-se que há significativos desajustes entre as esperanças projectuais das políticas de participação social e regionalização da saúde e o atendimento efetivo destas expectativas e se propôs formas de planejamento e gestão interativas, norteadas pela construção de modalidades dialógicas e territorializadas de interação social entre os diversos atores sociais do cenário da saúde.

Palavras-chave: Participação social; Regionalização; Sócio ambiental; Interação social; Globalização.

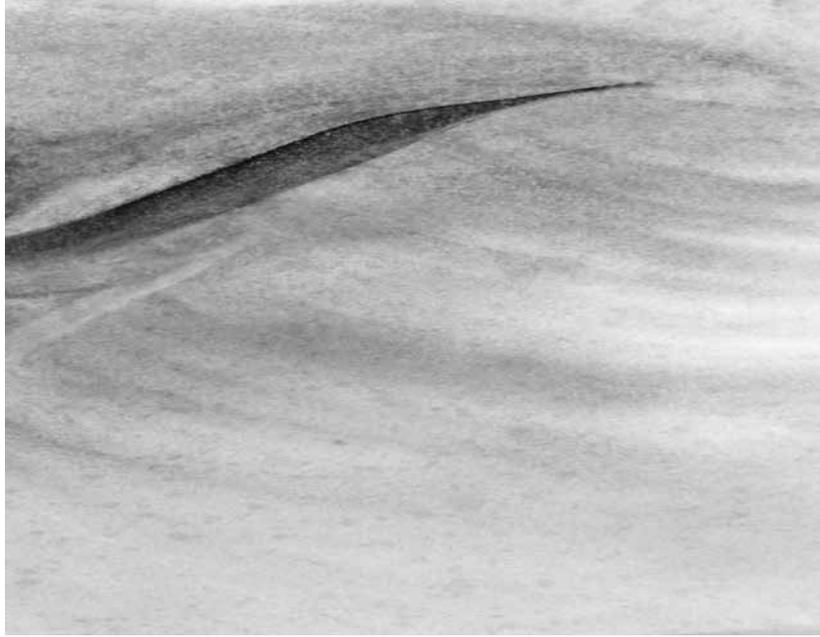
Abstract

The article approaches the articulation between social participation and the regionalization of health in the scope os SUS, with the objective of discussing in what ways the dialog between the various political and socio-environmental actors present on social control is structured. The consistency between the expectations brought by those policies and its operation in a given territorial plane is to be analysed, by comprehensive-rational method, in contrast with the projectual hopes and the undelying principles of both the health care's networked organizational dynamics and the organization of health councils and social movements. , através do estudo de caso do município de Jacareí. It is discussed the socio-environmental fragmentation of landscape, identity and associative forms linked by the phenomenon of globalization; the precariousness of formal means of social participation and the incomplete potentialization of said participation by the regionalization of health. It concludes that there are significant mal-adjustments between the projectual hopes of the policies about social participation and regionalization of health, and the efective fulfilment of those expectations, and it's proposed interactive ways of planning and management, headed by the construction of dialogical and local ways of social interaction between the various social actors in health care.

Keywords: Social participation; Regionalization; Social environment; Social interaction; Globalization.

¹ Sandra Greger Tavares (gregerusp@gmail.com) é psicóloga, Mestre, Doutora e Pós-Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SES-SP).

^{II} Eda Terezinha de Oliveira Tassara (edalapsi@hotmail.com) é física, Mestre, Doutora e Professora Livre Docente em Psicologia do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e Pesquisadora e fundadora do do Laboratório de Psicologia Sócio-Ambiental e Intervenção (LAPSI), do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Foi Professora Visitante do *Instituto Nazionale di Fisica Nucleare* da Universidade de Pisa, Itália; do *Laboratoire de Psychologie Environnementale*, da Universidade de Paris V, do *Centre de Recherches Historiques da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* (EHESS), de Paris e da *Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla* (UPAEP), do México.



Introdução

No mundo contemporâneo, esperanças de transformação têm se intensificado e reaparecido sob as mais variadas formas de manifestação social, em parte devido ao vislumbre de melhores condições de vida; em contrapartida, parece que estes desejos vêm sendo frustrados de forma recorrente na realidade socioambiental.

Zizek³⁸ (p.E2) sinaliza a necessidade de se identificar a violência naquilo que permanece e não apenas quando algo muda. Trata-se de ultrapassar a invisibilidade da violência e tentar reencontrá-la em sua dimensão mais profunda e estrutural, sob os escombros que resultam dos anseios de paz, mimetizados em expectativas programáticas que têm servido muitas vezes para manutenção do poder.

Seria possível realizar as esperanças projectuais²¹ implícitas nas políticas públicas de saúde, de modo que possam realmente contribuir para

a viabilização de anseios que se traduzem, em última instância, na expectativa da garantia do direito universal à saúde?

Com base nos princípios doutrinários do SUS, preconizados desde a Constituição Federal¹¹, a saúde passa a ser entendida como um direito de cidadania e um dever do Estado que necessita então prover e democratizar as ações e serviços, garantindo universalidade, igualdade e integralidade na atenção à saúde. Supera-se uma perspectiva curativa de saúde, concebida como ausência de doença e se assume uma concepção ampliada, relacionada às condições de vida da população.

A despeito dos inúmeros avanços no plano técnico e político, desde a regulamentação do SUS, é possível observar inadequações e desvios que configuram déficits na oferta de ações e serviços públicos de saúde de qualidade frente às complexas e imprevisíveis demandas por saúde da população e comprometem o acesso e

a continuidade da atenção, mesmo com a maior descentralização²⁶ (p.429-435).

É neste ponto especialmente que a discussão sobre os impasses para a afirmação da saúde como direito universal tangencia a temática da violência. É importante levar em conta as formas de violência que se ocultam sob a vulnerabilidade programática das políticas públicas. A violência implícita no contraste entre o ideário das políticas públicas e as formas precarizadas de concretização de suas estratégias programáticas na realidade cotidiana brasileira deve ser problematizada.

Quanto mais democrático é o Estado, maior deveria ser o grau de representatividade da sociedade por este neste Estado, mas, por hipótese, este Estado não consegue representar a sociedade de maneira a satisfazer todas as aspirações, expectativas e possibilidades de organização humana no espaço total. Sob tal perspectiva, um projeto social deveria buscar influenciar o teor de representatividade do Estado na produção da organização humana no espaço³⁴ (p.78).

Neste sentido, o estudo sobre a dinâmica da participação social em sua articulação com o processo de regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) se faz necessário, uma vez que o ordenamento da saúde em redes pode ser considerado como a dimensão territorial da universalização da saúde e, portanto, corresponderia a uma forma intensiva de aproximação entre Estado e sociedade que ampliaria as perspectivas de diálogo entre as diversas instâncias e atores envolvidos.

Seria possível analisar a partir desta problematização, entre outros aspectos, se a motivação para a constituição de grupos populares que surgisse de demandas locais permitiria, a esses grupos, que se articulassem de uma maneira mais permanente e autônoma, por serem supostamente mais enraizados no território, e discutir em que medida estes coletivos conseguiriam dialogar com

as instâncias políticas deliberativas da gestão pública de saúde e/ou ainda participar do planejamento das políticas públicas, minimizando assim os efeitos nocivos da violência programática e do desenraizamento intensificado pela globalização.

Este artigo tem por objetivo, então, contribuir com a discussão sobre os encaixes/desencaixes que se produzem no encontro/desencontro entre as esperanças contidas no projeto SUS e suas formas de operacionalização na realidade socioambiental por meio das estratégias de regionalização e participação social, considerando sua transversalidade com os fenômenos da globalização e da violência e as modalidades de diálogo que se estabelecem entre os atores sociais do cenário da saúde.

Desenvolvimento

- Percurso metodológico:

A análise sobre as políticas de participação social e regionalização da saúde empreendida neste artigo pautou-se em método compreensivo racional alimentado mais diretamente por um sistema de buscas construído a partir de um estudo matricial, descritivo e diagnóstico, realizado no território conturbado de Jacareí, estado de São Paulo, no Vale do Paraíba, entre outros referenciais. Neste estudo matricial³⁰, produziu-se conhecimento transdisciplinar, por meio de observação sistemática, e foram geradas imagens instantâneas, sintéticas e aproximativas com relação às seguintes problemáticas: formas e dinâmicas de alta complexidade relacionadas aos modos psicossociais de ocupação do território e de organização de coletivos sociais e políticos, discutidas e analisadas à luz do conceito teórico de enraizamento³⁷ (p.407-440), entre outros, e relacionadas ao contexto globalizado.

Foram investigadas as utopias de transformação (esperanças projectuais) implícitas nos

discursos dessas políticas públicas de saúde, avaliando-se eventuais avanços e discriminando aquelas políticas que, se mostrando capazes de interagir com a dinâmica socioambiental, conduzam-nas para aproximações com as aspirações utópicas ou delas se afastem, quando referidas a dimensões distópicas (“antiutópicas”)²⁹.

A capacidade de projetar, como parte do universo operativo, possibilita a união do ser humano à realidade e à história. A utopia, como atividade livre e espontânea, permite projetar sem fazer e guarda em sua racionalidade a esperança de sua realização, a esperança projectual²¹.

Construiu-se, neste contexto, uma crítica projectual³² por meio da desnaturalização das ideologias subjacentes ao direcionamento político imputado às formas de operacionalização das racionalidades implícitas nos projetos sociais de participação social e regionalização da saúde no SUS.

- Jacareí: um caso ilustrativo?

Os estudos realizados em Jacareí^{25,15,16}, inseridos na referida investigação matricial³⁰, apontam para uma fragmentação socioespacial no município, que tende a alimentar a construção de modos de relação comunitária voltados para o atendimento imediato das necessidades cotidianas de sua população. Estas ações sociocomunitárias revelam-se insuficientes, porém complementares e/ou substitutivas com relação às ações estatais e de outros atores sociais e acabam por fortalecer a coesão identitária de seus moradores em torno de *isolats* (comunidades em relativo isolamento), ou mesmo, de bairros situados no centro histórico expandido, criando novas centralidades a eles associadas.

Oliveira²⁵ identificou em Jacareí uma policulturalidade evidenciada por um sistema intrinsecado de centros imaginários, tendo como referência-origem um centro histórico tradicional que

se desloca, muitas vezes, de Jacareí para São José dos Campos ou para outras localidades. De acordo com Tassara³⁰, as sinergias entre esses *isolats* são episódicas e rarefeitas, sendo, quase sempre, contingências fortuitas da inserção de indivíduos, como pontos de redes de sociabilidade das quais são participantes seus moradores, podendo situar-se em antecedentes familiares, de origem territorial ou profissional, de participação em grupos religiosos ou associações, conselhos etc.

Com base nestes achados²⁹, a autora concluiu que existe atualmente uma tendência ao predomínio de formas associativas fortemente vinculadas ao território, embora não pelo território em si, mas sim pelo fato deste ele ser morada de comunidades de existência¹⁸, cujo sentido existencial comum não se evidencia no momento presente. Constata-se, ao mesmo tempo, a fragilidade das identidades individuais por sua inscrição inexorável no processo global de produção associada à construção mágica da quimera de um destino comum. Quando organizados em grupos, estes indivíduos não conseguem se constituir como movimentos políticos, reproduzindo raízes da própria formação social e cultural brasileira e, assim, evidenciando uma questão central na problemática urbana brasileira generalizada no país, a saber: a inexistência de uma planificação técnica e política pública que permita sua crítica projectual.

Oliveira²⁵ sugere que o impacto da dinâmica da globalização abrange a própria paisagem em sua construção, que é então marcada por uma padronização operada por uma indústria da construção cada vez mais movimentada por capitais externos. Estabelece-se, desse modo, um ambiente também padronizado e descaracterizado em suas relações com os ecossistemas remanescentes da natureza e com a memória social, tal como observado em Jacareí. Se a própria

paisagem se mostra distante dos seus habitantes e alheia ao plano societário da coletividade, a assimilação dessa escala do território e da paisagem municipais só poderia se dar de forma fragmentada, tanto pelos planejadores e técnicos dos poderes públicos, quanto pelas lideranças políticas. A paisagem se torna veículo para a sociedade de consumo e favorece o surgimento de demandas construídas artificialmente como necessárias, embora vazias de significação para a própria população. Isto implica em dificuldade crescente para se trabalhar no planejamento de um município, pois processos de ordenamento do território pautados na valorização da identidade psicossocial coletiva ficam prejudicados *a priori*.

Acredita-se que o pertencimento desenraizado e meramente formal, vinculado predominantemente a espaços institucionais e burocráticos, sem ou com pouca conexão com o processo de organização sociopolítica no plano societário do território, tem servido de base para as instituições democráticas em construção no país, inclusive as instâncias de participação social³⁵ (p.13-24).

Em estudo sobre a participação social em saúde, também realizado em Jacareí, identificou-se uma situação paradoxal: os conselhos de saúde existem, mas encontram-se, de certa forma, estagnados devido a inúmeros fatores: instabilidade jurídica acionada por Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) movidas por cidadãos ou, muitas vezes, por representantes do governo contra as leis que regem estes dispositivos; captação de participantes dos movimentos espontâneos pelas instâncias de participação institucionalizadas; tendência à cooptação de representantes dos segmentos usuários e profissionais da saúde desses conselhos para atender aos interesses estatais, que muitas vezes se mostram distanciados com relação às demandas socioambientais; falta de investimento público para

estabelecer e manter a infraestrutura necessária ao funcionamento dos conselhos, inviabilizando, em especial, a participação dos usuários; e, finalmente, descrédito dos cidadãos acerca do teor da representatividade e autonomia efetivas no exercício da participação social por parte de usuários e profissionais de saúde¹⁶.

No que tange à integração entre o processo de regionalização da saúde e a dinâmica da participação social em Jacareí, há indícios de desconhecimento quase total sobre esta interação imprescindível que poderia se dar, inclusive, por meio da instauração de conselhos regionais de saúde, inexistentes nestas localidades. De acordo com dados constantes no Observatório de Saúde do Vale do Paraíba³⁶, de 2007, Jacareí pertence ao Diretório Regional de Saúde de Taubaté (DRS XVII) e se insere no Comitê Gestor Regional do Alto Vale do Paraíba e no Comitê Gestor Regional da Rede Regional de Atenção à Saúde (CGR RRAS – 17); ambos contando apenas com a representação do secretário municipal de saúde, sendo que não se encontram aí inseridos outros representantes dos conselhos de saúde¹⁶.

Gomes¹⁵, em estudo desenvolvido em Jacareí, destaca que é impossível compreender e organizar um processo de regionalização contemporâneo estritamente pelo âmbito de sua coesão local. As situações socioregionais transcendem os recortes políticos e administrativos e evidenciam tensões locais pelo estabelecimento de processos de micro regionalizações internas e entre municípios adjacentes, que, por sua vez, sofrem o impacto de agentes da globalização econômica.

É evidente o grau de dissociação entre os direcionamentos políticos operacionalizados no município e as esperanças projectuais correspondentes às políticas de participação social e regionalização da saúde, condições necessárias e interdependentes para garantir a universalização da saúde. Seria esta uma tendência nacional?

Análise da coerência entre esperanças projectuais e estratégias organizativas das políticas de participação social e regionalização da saúde no SUS

A descentralização do SUS nos anos 1990 priorizou relações verticais e resultou na ampliação da abrangência do poder municipal na gestão em saúde. Entretanto, ainda parece evidente, a fragilidade no planejamento regional dos mecanismos de descentralização do SUS. Diante das estratégias de regionalização da saúde em curso, percebe-se a necessidade de refinamento e adequação às múltiplas realidades e desigualdades socioespaciais brasileiras^{2,19}.

Diretrizes governamentais foram propostas para o enfrentamento destes desafios, entre elas a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001)⁶ e o Pacto pela Saúde⁵, que elegeu a regionalização como estratégia prioritária para a integração dos serviços e ações de saúde. Indica-se no Pacto pela Saúde a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR) como espaços para as negociações intergovernamentais (estado e municípios) para organizar redes assistenciais regionalizadas e orientar a ampliação dos investimentos públicos no SUS.

Seguindo o princípio da descentralização, a participação da comunidade no SUS, já prevista na Constituição de 1988, foi regulamentada por lei¹⁰ que determinou a instauração, nas esferas governamentais federal, estadual e municipal, dos conselhos de saúde, com caráter permanente e deliberativo, – para atuar no controle da execução da política pública, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros –, cuja composição deveria ser de usuários do SUS (metade das vagas) e representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde (ocupando de forma equitativa a outra metade das vagas).

Preconizou-se, por meio do Decreto Federal nº 7.5084, que o processo de planejamento da

saúde, em consonância com o eixo que prevê a organização do sistema em redes regionalizadas, deveria ser ascendente, integrado do nível local ao federal, sendo ouvidos os respectivos conselhos de saúde, isto é, uma espécie de planejamento participativo.

É sugestiva a recomendação, referente à participação social que consta do Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde³ para que se criem conselhos regionais, garantindo-lhes infraestrutura e logística e impedindo que os CGR os substituam nas competências deliberativas, a fim de preservar a efetividade do controle social.

Esperava-se que o ordenamento em redes potencializasse a participação social, que deveria também se dar de forma capilarizada, ascendente e articulada em cada região de saúde. No entanto, a possibilidade de participação da sociedade civil nas decisões políticas do setor de saúde, inclusive no que tange ao planejamento estratégico da regionalização, por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais, municipais e gestores), parece não estar contribuindo, de modo geral, para a superação das desigualdades que ocorrem nas relações sociais em nosso país, como um todo, e nem para a universalização da saúde. Configuram-se, nestas instâncias, relações de poder em que o espaço de deliberação política se faz inacessível aos cidadãos e se mostra fragilizado, por vezes gerando um efeito de burocratização e engessando a participação política dos grupos populares, mesmo onde sua presença se encontra juridicamente assegurada¹⁴ (p.2437-2445).

Entre os impasses identificados, em nível nacional, no que diz respeito ao funcionamento dos conselhos municipais de saúde (CMS), por exemplo, destacam-se os seguintes: dificuldades de comunicação entre o CMS e a comunidade; concentração das informações nos gestores e técnicos, que acabam influenciando as decisões,

deixando os representantes dos usuários muitas vezes alheios ao debate e sem voz ativa; tendência a uma abordagem técnica nas discussões, pouco dedicadas ao debate sobre as políticas de saúde e os indicadores sociais²⁸ (p.2411-2421).

O Ministério da Saúde⁸ criou uma comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do SUS, que viria a ser conhecida como Comissão Intergestores Tripartite (CIT), articulando gestores federais, estaduais e municipais. Posteriormente na Norma Operacional Básica (NOB), de 1993, foi criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como fórum de pactuação entre gestores estaduais e municipais.

A criação das comissões intergestores, que se tornaram o principal espaço de negociação entre os três níveis de gestão do sistema, mostra o fortalecimento do papel dos gestores federais. Apesar do potencial democrático das comissões intergestores, evidenciam-se fragilidades a serem investigadas, tais como o fechamento à participação de atores sociais e o estabelecimento de canais diretos entre os gestores federais, estaduais e municipais, individualmente e por intermédio de suas, cada vez mais influentes, entidades associativas: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)^{12,20}.

Ao retratar a microdinâmica da CIB Bahia, Leão²⁰ destaca, como um dos pontos de maior vulnerabilidade em seu funcionamento, a insuficiente permeabilidade social, na medida em que se explora muito pouco e de maneira pontual o diálogo com os atores societários, que raramente são considerados de modo efetivo nos processos decisórios e deliberativos, permanecendo como um potencial a ser desenvolvido. Em tese, os conselhos de saúde deveriam referendar ou aprovar todas as resoluções em discussão nas comissões intergestores que dizem respeito às

políticas de saúde. Além disso, o autor também denuncia a tendência a suprimir ou antecipar o debate de certos assuntos, retirando-os do fórum das comissões intergestores e transferindo-o para outros espaços não sujeitos ao controle dos conselhos de saúde, neutralizando, assim, o fundamento democrático destas instâncias.

É fundamental que se perceba que a primeira condição para que se possa planejar e desenvolver um projeto de natureza social é considerar que o desenvolvimento histórico não se dá espontaneamente, pois é resultante de uma luta estratégica entre grupos, interesses e visões diferentes. O Estado deve reconhecer e administrar as relações (por vezes conflituosas) entre diferentes grupos, por meio de políticas públicas que objetivem o aumento da representatividade de cada um deles, no sentido de atender às suas necessidades^{30,34}.

As relações entre os grupos no jogo de forças político se dão no “socioambiente”, ou seja, há que se considerar as relações sociais como socioespaciais. O meio em que um sujeito habita (socioambiente) constitui-se, tanto pelas interações sociais estabelecidas e vividas por ele, como pelo ambiente físico no qual elas irão se desenvolver e ao qual também irão transformar. Se o espaço é formado, por um lado, pela resultante do material acumulado a partir das ações humanas através do tempo, por outro, é organizado pelas ações atuais que o animam e que a ele atribuem função e dinamismo. É a sociedade, em última instância, o ser humano, que anima as formas espaciais (paisagem), atribuindo-lhe um sentido e que, portanto, tem o poder de transformar a organização do espaço ao longo da história³³ (p.221-233).

As conjecturas vinculadas a um processo político e administrativo de regionalização, inclusive o da saúde, deveriam levar em conta essa imbricação entre sociedade, espaço e tempo,

de modo que a estratégia de regionalização (em sua perspectiva geográfica) dialogasse continuamente e dialeticamente com as dinâmicas em jogo no socioambiente considerado (perspectiva psicossocial e sociopolítica).

Na implantação da estratégia de regionalização da saúde é fundamental que se diferenciem dois importantes constructos, postulados em contextos fronteiriços e interdisciplinares: regiões geográficas e regiões de saúde. Região geográfica é uma categoria de análise científica, que pressupõe uma perspectiva global e a análise da dinâmica dos lugares em relação à dinâmica da totalidade do mundo. A região de saúde, por sua vez, não é uma região geográfica, trata-se de uma estratégia de planejamento setorial para a organização política, institucional, técnica e assistencial, com objetivo de tornar mais eficaz a ação do Estado na garantia do direito universal à saúde².

A conciliação entre pressupostos tão diversos, impossível do ponto de vista epistemológico, realiza-se na formulação das políticas públicas de regionalização, induzindo muitas vezes a interpretações distorcidas que tendem a identificar de modo linear regiões de saúde e geográficas, não operando com as contradições inerentes à sobreposição destas formas de concepção e organização do espaço. A discriminação entre tais constructos e seus pressupostos se faz necessária não apenas do ponto de vista técnico e científico, mas também político e ideológico.

A tentativa de abordar a questão do espaço em sua integralidade remete à definição de ambiente como organização humana no espaço total. De acordo com Santos²⁷, o espaço total é que constitui o real, enquanto as frações do espaço (casa, edifício, bairro, cidade), que aparecem tanto mais concretas quanto menores, é que constituem o abstrato, na medida em que seu valor sistêmico não está na coisa tal como se vê,

mas no seu valor relativo e mutável dentro de um sistema mais amplo e que corresponde às condições atuais da sociedade.

Para fomentar um planejamento e uma gestão das redes de atenção à saúde efetivamente democráticos, é importante distinguir escalas e direcionalidades dos vetores hegemônicos da globalização, que aceleram as diferenciações espaciais internas e resultam em usos divergentes, desiguais, competitivos e conflituosos dos territórios¹³ (p.55-60) e possíveis formas inovadoras e contra-hegemônicas (altermundialistas) de territorialização⁴.

Haesbaert¹⁷ interroga a possibilidade de se operar um processo de regionalização, num mundo marcado por uma constante dinâmica de desterritorialização. Problematiza a tendência a se reduzir a compreensão do mundo contemporâneo à questão da desterritorialização em oposição à territorialização e a se entender a organização socioespacial da sociedade pós-moderna exclusivamente sob a forma de “territórios-rede” (embora sejam predominantes), como se a única propriedade do espaço social fosse a de descontinuidade dos processos de presença e ausência promovidos pela compressão do tempo e espaço, em oposição aos “territórios-zona”. A multiterritorialidade é a forma contemporânea da reterritorialização e não de desterritorialização. Novas formas de regionalização são propostas, então, considerando-se a interseção entre lógicas reticulares (redes e “territórios-rede”), zonais (“territórios-zona”) e a ilógica daquilo que o autor denominou como aglomerados humanos resultantes dos processos de exclusão socioespacial – os *isolats*¹⁷ (p.45-56) –, tal como ocorre em Jacareí?

O planejamento de políticas públicas deveria ser estratégico e interativo, constituindo-se em alternativa ao planejamento compreensivo-racional que pressupõe a tomada antecipada de decisões baseada em análises racionais das

situações problemáticas, revertendo-se em um contínuo temporal passado-presente-futuro, exigindo processos flexíveis de adaptação de planos e visões, desde a identificação de demandas. As avaliações e reformulações incrementais teriam que se basear dialeticamente em trocas intensas de informações entre participantes, sob verificação empírica *pari passu* com o desenrolar do planejamento e da ação, considerando sua dimensão socioespacial.

Conclusão

É fundamental promover a desconstrução das operações ideológicas que subjazem ao planejamento e à gestão das políticas de regionalização e de participação social em saúde, na medida em que estas sustentam a ilusão de que suas expectativas projectuais serão pronta e integralmente atendidas rumo à universalização da saúde. Na análise crítica destas políticas sociais é importante considerar a necessidade de se realizar ajustes contínuos e dinâmicos entre as utopias que veiculam e as bricolagens estratégicas que são operacionalizadas a partir das configurações do socioambiente. Não há como negar que estruturas e dinâmicas de organização socioambientais pré-existentes condicionam as racionalidades presentes e futuras destas políticas, expressando compromissos anteriormente assumidos.

Há indícios que permitem supor que a temática da violência esteja catalizando a projeção das mais diversificadas experiências associadas a estes descompassos entre as esperanças projectuais e as formas de concretização das políticas públicas no cotidiano, ainda que esta contradição não seja adequadamente percebida. O que se percebe é o medo, a frustração, a insegurança, a revolta, que segundo Martins²², expressam a falta de confiança nas instituições por parte

de uma sociedade que vem perdendo as referências, revelando-se, a cada rito de violência, como uma sociedade que vem se acabando, para se tornar “um aglomerado provisório de seres sem rumo”²² (E.2).

Martins²³ associa as desigualdades sociais que não apenas sobrevivem, mas se acirram no mundo globalizado, a novas formas de representação e poder que vão além da questão da exclusão social. O autor aponta que “a concepção de exclusão é “antidialética”. Ela nega o princípio da contradição, nega a história e a historicidade das ações humanas”²³ (p.3). Analisa as formas perversas, precárias ou patológicas de inclusão social como decorrentes de um modelo de reprodução ampliada do capital, que, no limite, produz escravidão, desenraizamento, pobreza e também ilusões de inserção social.

Vivem-se hoje os efeitos do acirramento das desigualdades, da crescente inclusão precária e das formas de mobilidade e configuração regionais múltiplas, ambíguas e complexas, vinculadas ao impacto da globalização. E isto tudo é uma forma de poder, de reprodução de relações de poder profundamente desiguais e que geram iniquidades e perpetuam formas invisíveis de violência que devem ser enfrentadas, inclusive no âmbito da saúde.

A conexão mais alinhada entre a planificação técnica, tal como desenhada a partir das políticas públicas de regionalização, seus compromissos utópicos e a participação popular no cerne da instabilidade socioambiental aqui problematizada, poderia tomar como pressuposto a proposição de uma arquitetura da capilaridade²⁹ (p.253-277). Esta proposta consiste em uma forma de engenharia projectual, que requer um mapeamento da realidade que entenda os sujeitos coletivos e individuais atuantes, a distribuição espacial dos mesmos no território e na população em função da sua segmentação (urbano-rural,

étnica, socioeconômica, etária, de gênero etc), antes de se propor qualquer forma de planejamento regional.

Além disso, considera-se que a eficácia social e política, no seu plano máximo, só poderia ser atingida pela transformação de cada sujeito em protagonista histórico, isto é, em um sujeito capaz de entender as possibilidades de transformação que o mundo oferece, capaz de entender o poder que tem de atuar nessas transformações e capaz de se engajar numa busca coletiva de mudança de deseabilidade da vida social.

Como possíveis formas de enfrentar a globalização na contemporaneidade, sugere-se a proposição de intervenções em vários níveis, começando pelo enfrentamento de aspectos psicossociais impeditivos, vinculados à não participação individual; entre eles a negatividade – um impedimento afetivo de enfrentar as consequências cognitivas da subjugação – e a positividade – a incapacidade de conceber formas alternativas de realidade –, por meio de práticas que estimulem a participação desde o início, ou seja, desde o planejamento da intervenção.

Poderiam ser desenvolvidas formas de intervenção denominadas emancipatórias, na medida em que promovam o desenvolvimento da capacidade de suportar o confronto com a alteridade, da capacidade dialógica com esta alteridade e da capacidade participativa, colaborando com a construção de uma participação social democrática. Tassara e Ardans-Bonifacino³¹ sugerem que se invista na formação de vanguardas promotoras e/ou condutoras de grupos interessados na mudança que, ao mesmo tempo, sejam capazes de autoanular sua própria liderança, não priorizando visões ou modelos pré-estabelecidos, quer individuais, grupais ou coletivos. As posições minoritárias devem ter espaço no interior de instituições de governo e do Estado, de modo a serem capazes de abrigar as majorias e as minorias

emergentes, de suportar o dissenso e de impedir o exercício da violência e do domínio de umas sobre outras.

No campo da Saúde Coletiva se faz necessário desenvolver mais análises pautadas no reconhecimento do papel histórico dos sujeitos individuais e coletivos frente às determinações e limitações impostas por estruturas rígidas, considerando-se assim o lugar significativo da *práxis* para a compreensão aprofundada sobre as condições de saúde em sua perspectiva ampliada e contextualizada no âmbito da crítica projectual.

Afinal, como já assinalara Minayo²⁴ (2001):

“...o campo da saúde (coletiva) sempre se importou mais com a lógica médica da enfermidade do que com a sociológica dos sujeitos. Também nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias às relações entre funções, papéis e relações técnicas. Ainda quando o planejamento estratégico é incluído no campo organizacional, seus objetivos são preferencialmente voltados para perceber a vontade dos diferentes atores, a fim de controlá-los e dominá-los, do que para chamar à participação efetiva” (p.15).

Referências

1. Agrikoliansky E, Sommier I, Cardon D, Leveque S (Orgs). Radiographie du mouvement altermondialiste: le second Forum Social Européen. Collection Pratiques Politiques. Paris: La Dispute; 2005.
2. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. (Tese). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política

- pública, patrimônio do povo brasileiro. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 29 jun 2011.
 5. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde, v.3.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95. Aprova a norma operacional da assistência à saúde - NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 26 jan 2001.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 20 mai 1993.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.180. Cria a comissão técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões de gerenciamento e financiamento do SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 22 jul 1991.
 9. Brasil. Lei n. 8080. 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] República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF; 19 set 1990.
 10. Brasil. Lei n. 8142 de 28 de dez. 1990. Dispõe sobre a participação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Poder Executivo, Conselho Nacional de Saúde; 31 dez 1990.
 11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988.
 12. Cortês SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(7):1626-1633.
 13. Costa WM. Subsídios para uma política nacional de ordenamento territorial. In: Para pensar uma política nacional de ordenamento territorial. Anais da Oficina sobre a Política Nacional de Ordenamento Territorial, realizada em Brasília, em 13-14 de novembro de 2003. Brasília: Ministério da Integração Nacional, Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional; 2005. p.55-60.
 14. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. Cien. Saude Colet. 2010; 15(5):2437-2445.
 15. Gomes C. Ciência do espaço humano e Psicologia Social: aportes teórico-metodológicos para um diálogo interdisciplinar sobre modelos de urbanização e urbanidade. (Relatório Científico Estágio de Pós Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2013.
 16. Greger Tavares SM. Movimentos sociais em saúde: associações voluntárias e conselhos municipais e locais de saúde - potência de ação e enraizamento. 2014. (Relatório Científico. de Estágio de Pós Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2014.
 17. Haesbaert R. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: Lopes L, Bastos L (Orgs.). Identidades: recortes multi e interdisciplinares. Campinas: Mercado de Letras. 2002; p.45-56.
 18. Kracauer S. O ornamento da massa. São Paulo: Cosac Naify; 2009.
 19. Lima LD, Queiroz LFN. O Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD (Orgs.). Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012; p.229-252.
 20. Leão TM. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas: um estudo a partir do CIB Bahia. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2013.
 21. Maldonado T. Meio ambiente e ideologia. Lisboa: Giulio Eniaudi Editore; 1971.
 22. Martins JS. Seres sem rumo. O Estado de São Paulo. Caderno Aliás. 8 mai 2014; p.E2-E3. [acesso 12 set 2017]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,seres-sem-rumo,1164950>
 23. Martins JS. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.

24. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(1):7-19.
25. Oliveira JO. Leituras de paisagens ambientais contemporâneas no município de Jacareí-SP: contribuições aos estudos sobre o processo de conturbação na Vale do Paraíba Paulista. [Relatório Científico de Estágio de Pós Doutorado]. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
26. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para a visualização dos rumos. *Cien. Saude Colet.* 2007; 12(2):429-435.
27. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: HUCITEC; 1996.
28. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(11):2411-2421.
29. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino HO, Massola GM, Arca-ro NT. Un análisis de la política pública brasileña “Coletivos Educadores para Territorios Sustentables”. In: Tassara ETO, Guevara J (Orgs.). *Problemáticas socio-ambientales en territorios latino-americanos.* México: UPAEP; 2013. p.253-277.
30. Tassara ETO (Coord.). *Formas organizativas de coletivos sociais e políticos em cidades latino-americanas: um estudo psicossocial do enraizamento em fronteiras urbanas-periurbanas no território de São Paulo-SP.* [Relatório final projeto FAPESP n.2010/51221-9]. São Paulo: FAPESP; 2013.
31. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino O. Democracia, território, sustentabilidade: um estudo de caso com base em depoimentos de dirigentes políticos do Ministério do Meio Ambiente do Brasil sobre Educação Ambiental. [Relatório Técnico-Científico]. Brasília: Ministério do Meio Ambiente do Brasil; 2012.
32. Tassara ETO, Ardans-Bonifacino O. A relação entre ideologia e crítica nas políticas públicas a partir da Psicologia Social. *Ver. Psicol. Política.* 2007; 7(14):1-17. [acesso em: 20 nov 2014]. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=95>.
33. Tassara ETO. O pensamento contemporâneo e o enfrentamento da crise ambiental: uma análise desde a psicologia social. (Posfácio). In: Carvalho ICM, Grün M, Trajber R (Orgs.). *Pensar o ambiente: bases filosóficas para a Educação Ambiental.* Brasília. Ministério da Educação: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade/UNESCO; 2006. p.221-233.
34. Tassara ETO. Avaliação de projetos sociais. Uma alternativa política de inclusão? In: Souza L, Trindade ZA (Orgs.). *Violência e exclusão: convivendo com paradoxos.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.75-104.
35. Tassara ETO. Utopia e anti-utopia: o ressuscitar da história. In: Souza L, Freitas MFD, Rodrigues MMP (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998. p.13-24.
36. Universidade do Vale do Paraíba. Observatório de Saúde do Vale do Paraíba Paulista. São José dos Campos: Núcleo Regional de Saúde Pública do Vale do Paraíba; 2007. [acesso em: 01 dez 2014]. Disponível em http://www.univap.br/observatorio_teste/pagina-inicial.
37. Weil S. O desenraizamento. In: Bosi E. (Ed.). *A condição operária e outros estudos sobre a opressão.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996. p.407-440.
38. Zizek S. Ela está no meio de nós. Entrevista concedida a Ivan Marsiglia. *O Estado de São Paulo. Caderno Aliás.* 2014; p.E2. [acesso 12 set 2017]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ela-esta-no-meio-de-nos,1164948>