



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações a criação de obras derivadas 3.0 Unported.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar crédito ao autor.

Não Comercial — Você não pode usar o material para fins comerciais.

Sem Derivações — Você não pode remixar, transformar ou criar a partir do material.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 3.0 Unported License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

Under the following terms:

Attribution — You must give appropriate credit.

NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.

NoDerivatives — You cannot remix, transform, or build upon the material.

Expressões e tendências da participação em saúde na Atenção Primária à Saúde / *Expressions and health participation trends in Primary Health Care*

ANDREIA OLIVEIRA¹

Resumo: Neste artigo, a autora reflete sobre o tema da participação em saúde e suas expressões e tendências na Atenção Primária à Saúde (APS), na sociedade brasileira, com base em elementos da teoria crítica, a qual fecunda a compreensão da dinâmica da sociedade capitalista contemporânea. Para tanto, a partir de pesquisa bibliográfica e documental e interpretação dos dados por meio da análise temática do método qualitativo de pesquisa, fundamenta-se a interlocução com autores que advogam análises de compreensão da democracia segundo a perspectiva teórica do materialismo histórico-dialético. Enfatiza-se o aprofundamento, no setor saúde, das expressões da questão social e de seus desdobramentos, em termos da impermeabilidade da participação popular no âmbito da APS. Com o entendimento de que as estratégias de participação, por si só, não possuem capacidade de transformação da sociedade capitalista, a autora enfoca a relevância da participação em saúde na APS, de modo a valorizar os componentes político-educativos, de mobilização e organização popular, os quais podem contribuir para a ampliação das bases política e social, na luta pelo direito à saúde pública, estatal e com qualidade.

Palavras-chave: participação; saúde; Atenção Primária à Saúde; democracia.

Abstract: In this article, the author reflects about the topic of health participation and its expressions and trends in Primary Health Care (PHC), in Brazilian society, based on elements of critical theory, which enriches the understanding of the dynamics of contemporary capitalist

1 Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB).

society. To this end, from a bibliographical and documentary research and data interpretation through thematic analysis of qualitative research method, we base the dialogue with authors who advocate understanding analyses of democracy according to the theoretical perspective of historical and dialectical materialism. It is emphasized the deepening, in the health sector, of expressions of the social question and its consequences in terms of impermeability of popular participation within Primary Health Care (PHC). With the understanding that participation strategies by themselves do not have the capacity to change a capitalist society, we focus on the importance of popular participation in the PHC in order to value the political-educational, mobilization and popular organization components, which contribute to the expansion of political and social foundations in the struggle for the right to public, state-owned and high quality health.

Keywords: participation; health; Primary Health Care; democracy.

A proposta de Reforma Sanitária Brasileira,² impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e conquista do Movimento Sanitário Brasileiro,³ representa uma matriz do pensamento

2 “A Reforma Sanitária Brasileira é uma ‘reforma social’ centrada na democratização ‘da saúde’ por meio da elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e do reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. É uma reforma ‘do Estado’ e dos seus aparelhos quando defende a descentralização do processo decisório, o controle social e o fomento da ética e da transparência nos governos. É, também, uma reforma ‘da sociedade e da cultura’ quando se propõe a alcançar os espaços da organização econômica e cultural mediante a produção e distribuição justa da riqueza, uma ‘totalidade de mudanças’ em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, articulado a uma reforma intelectual e moral”. (PAIM, 2008, p. 114).

3 No Brasil, em meados dos anos 1970, durante um período em que surgiam novos sujeitos coletivos na luta contra a ditadura, origina-se e difunde-se um pensamento crítico em saúde que se constituiu no denominado Movimento Sanitário Brasileiro. A partir de setores contra-hegemônicos, localizados principalmente nas universidades, Escorel, (1999) distingue três vertentes principais da composição originária do Movimento Sanitário: a primeira constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a segunda integrada pelo movimento de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira vertente,

político contra-hegemônico,⁴ com relação ao momento político constituído na época, e marca a história do movimento social em defesa da saúde no Brasil. Parte das propostas defendidas pelo Movimento Sanitário se materializou na Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, em um contexto de reformas democráticas voltadas para a redefinição das relações entre Estado e sociedade, após o período de ditadura militar, entre os anos de 1964 e 1985.

Por outro lado, as possibilidades de mudanças na busca de redemocratização do país foram emergindo em meio a uma crise social decorrente das transformações da sociedade capitalista contemporânea, tornando as últimas décadas do século XX palco de profundas mudanças mundiais, influenciadas por políticas de ajuste neoliberal, cujos objetivos hegemônicos se materializavam na desregulamentação e liberalização dos mercados nacional e internacional, na redução substancial da responsabilidade estatal para com as políticas sociais e na privatização das empresas estatais e dos serviços públicos. (ANDERSON, 1995).

Nessa conjuntura, a política de saúde brasileira é marcada, segundo Bravo (2006), por intensos debates entre dois projetos em disputa, principalmente a partir da década de 1990: a proposta da Reforma Sanitária e o modelo de Saúde Privatista vinculado ao mercado. A implantação do Sistema Único da Saúde (SUS), não obstante ter conseguido alguns avanços na sociedade brasileira, reflete a interferência de interesses antagônicos entre esses dois projetos, cujos embates se refletem em interveniências na perspectiva de consolidação da saúde como política pública de direito da sociedade e dever do Estado.

A perspectiva democrática de sociedade e os direitos sociais, expressos em capítulo sobre a saúde, na Constituição Federal de 1988, são acompanhados por um discurso de participação, a ser entendido,

por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia. (SCOREL, 1999, apud SCOREL, 2012, p. 407).

4 Hegemonia consiste na direção cultural e ideológica que é apropriada por uma classe e exercida sobre o conjunto da sociedade civil, articulando seus interesses particulares com as demais classes, de modo que venham a se constituir em interesses gerais, marcado por contradições de classe. (GRAMSCI, 1987; COUTINHO, 1994; DURIGUETO, 2007).

nos termos da legislação do SUS, como possibilidade de defesa de princípios democráticos associados aos anseios das classes populares. No entanto, podem-se considerar os efeitos das novas configurações do capitalismo contemporâneo, pois estas “induzem a que a participação se desloque da política e perca conteúdo ético-político, em benefício de um vínculo mais estreito com interesses particulares, com a resolução de problemas e com o atendimento a demandas específicas”. (NOGUEIRA, 2005, p. 140).

A tendência da participação recai, segundo este autor, em direção a uma perspectiva instrumental de solidarizar governantes e governados, no sentido de se reverter em dinamismo da agenda do poder público e colaborar na ação governamental. Esta ação se caracteriza como um conjunto de práticas e ações gerenciais, voltadas apenas a melhorar a eficiência e eficácia das políticas públicas, no intuito de reduzir custos. Tal ação se processa por meio de uma relação interativa, envolvendo o cidadão em assuntos governamentais que, no limite, perpassam pela proposta de substituição do Estado na implementação de determinadas políticas públicas. (NOGUEIRA, 2005).

Sem negar a importância do desenho institucional participativo no âmbito das políticas sociais, a partir da Constituição Federal de 1988, o qual inclui a criação de conselhos e Conferências de Saúde, considera-se que a participação social institucionalizada se constitui em campo permanente de conflitos e disputas, todavia não esgota outras possibilidades de organização social de diferentes sujeitos políticos, em torno da luta pelo direito à saúde pública estatal e de resistência aos avanços da contrarreforma do Estado, devido ao crescente processo de privatização e mercantilização da saúde. Embora a participação e controle social pela via institucionalizada tenha contribuído, de modo significativo, para a efetivação de direitos sociais na sociedade brasileira, esta questão não será aprofundada por fugir ao escopo do presente estudo.

O tema deste artigo versa justamente sobre questões configuradas na direção da organização social em saúde de distintos sujeitos políticos, com o objetivo de refletir sobre a participação por meio das expressões e

tendências na Atenção Primária à Saúde (APS),⁵ ou seja, para além dos espaços institucionalizados. Neste sentido, como ponto de partida apontam-se duas premissas básicas sobre a temática estudada:

a) As estratégias de participação, por si só, não têm capacidade de transformação da sociedade capitalista. No entanto, um projeto de sociedade, voltado ao objetivo de radicalização da democracia e de uma nova forma de sociabilidade humana, deve insistir na participação dos sujeitos como eixo da política pública, pois, do contrário, este projeto tenderia a manter a cultura política dominante de reprodução do capital, e assim desconsideraria o caráter estratégico de luta por meio das políticas sociais.

b) A radicalização da democracia colide com a lógica capitalista. A democracia, no capitalismo, convive com constantes contradições: a existência de prerrogativas democráticas, condicionada à manutenção do poder de apropriação do capital, dificulta a socialização dos bens produzidos no grupo e, dessa forma, impede a igualdade e a liberdade reais. Por outro lado, a existência da democracia se dá em um campo de tensões, mediante a luta de classes e, sobretudo, a partir da pressão organizada e mobilizada da classe trabalhadora. Cabe apontar, portanto, o compartilhamento em termos de uma concepção de defesa da democratização como estratégia de construção de um outro projeto de sociedade, para além do capital. A referência, aqui, é Coutinho (2008), ao agregar a perspectiva lukacsiana em suas análises, de modo a conceber a democracia como processo e não como Estado, daí o termo democratização.

Conforme se observa, uma política de saúde voltada para a universalização dos direitos, com base em uma concepção de saúde ampliada, requer uma política econômica compatível com tais prerrogativas. No entanto, na política econômica capitalista, as respostas às necessidades e demandas por saúde voltam-se para o modelo

5 A Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada, no Brasil, de Atenção Básica à Saúde, tanto na política oficial como no âmbito acadêmico. No artigo foram utilizados os termos “atenção básica” e “atenção primária” como sinônimos, sendo empregado de forma mais recorrente o termo “Atenção Primária à Saúde”, por ser a terminologia empregada internacionalmente.

médico hegemônico,⁶ compatível com a lógica mercadológica do sistema, e se apresentam descoladas da determinação social do processo saúde-doença.

A participação social na política de saúde, com base político-crítica, demanda uma perspectiva sócio-histórica de compreensão do processo saúde-doença, de modo que as lutas por saúde possam contribuir aos processos de organização da sociedade civil⁷ e ao acúmulo de vivências, em busca de melhores condições de vida dos indivíduos e de construção de um projeto de sociedade voltado para a emancipação política e humana.

Nessa direção reflexiva, o artigo foi estruturado em dois tópicos. No primeiro é abordada a trajetória da participação em saúde, a partir de uma breve retrospectiva histórica, buscando marcar seus diferentes interesses e sua conjugação conceitual polissêmica. No segundo são apresentados alguns marcos significativos da APS com ênfase nas expressões e tendências da participação em saúde.

Os recursos metodológicos de coleta de dados foram representados pela pesquisa bibliográfica e pela pesquisa documental. A interpretação foi realizada por meio da análise temática do método qualitativo de pesquisa.

6 Modelo médico hegemônico: volta-se para a demanda espontânea e apresenta, como traços principais: o individualismo; a saúde-doença como mercadoria; a ênfase no biologismo, na medicina curativa e na medicalização; a a-historicidade da prática médica; e a participação passiva. Integrando o modelo médico hegemônico, encontram-se o modelo assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada. (PAIM, 2012).

7 Para Gramsci (1987), o Estado comporta duas esferas: a sociedade política, ou Estado, no sentido estrito da coerção (como órgãos públicos, Executivo, Legislativo e Judiciário, Administração Pública, a polícia militar, forças armadas, exército, e outros); e a sociedade civil, constituída pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias (como as associações, sindicatos, organizações profissionais, partidos políticos, e similares). Estas duas esferas, em seu conjunto, formam o Estado, no sentido amplo. Nesse sentido, Estado não é mais concebido como em Marx, ou seja, mero comitê da burguesia, mas passa a ser compreendido como espaço de conflito, de contradições, no qual se condensam as lutas sociais e políticas que ocorrem na sociedade.

A trajetória polissêmica da participação em saúde

A participação no campo da saúde se insere inicialmente como categoria prática, voltada para a concordância e presença voluntária dos indivíduos nos programas e ações governamentais. Origina-se no início do século XX, com a proposta de medicina comunitária, nos centros de saúde estadunidenses, em um processo de mudança no foco de atenção nas ações dirigidas à higiene do meio, as quais são realocadas em direção às ações entre o homem e o meio, incluídos os fatores sociais e culturais. (CARVALHO, 1995).

A medicina comunitária inaugura, no campo da saúde, uma proposta de participação da comunidade vinculada à participação adesista e de assentimento dos indivíduos nos programas governamentais. Porém, segundo Carvalho (1995), a participação representou, para a sociedade americana da época, uma proposta política e tecnicamente avançada, amplamente criticada por setores da medicina liberal. Posteriormente foi sendo difundida a dimensão instrumental da participação da comunidade em saúde com ênfase no autocuidado, dentro de uma perspectiva “em que os indivíduos, as famílias e a comunidade dividem com o Estado a responsabilidade pela atenção e pela condição de saúde da população” (VIANNA, 2009). Tal dimensão instrumental de participação comunitária emergiu sob o influxo de recomendações das agências internacionais de desenvolvimento, em especial após a realização da Conferência de Alma Ata, promovida em 1978 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS/UNICEF, 1978; BRASIL, 2002, p. 33), reunião realizada no ano seguinte, 1979, e depois, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, em colaboração com agências internacionais, como o Banco Mundial e a Fundação Ford. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, a proposta de participação da comunidade, no campo da saúde, ocorreu de modo mais expressivo, a partir da década de 1950, no bojo do desenvolvimentismo (1946-1963), no qual passam a ganhar força as propostas do sanitarismo desenvolvimentista.⁸ A participação comunitária em saúde vem responder ao projeto

8 Nesse período, por volta dos anos de 1955 a 1964, sob a influência da ideologia desenvolvimentista e forte crítica ao sanitarismo campanhista, cresce, no campo

de expansão capitalista, fundamentado na concentração de renda, poder e controle dos trabalhadores, sob forte influência norte-americana, a exemplo da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), inicialmente financiada pela Fundação Rockefeller, período já descrito e analisado por autores como Carvalho (1995), Teixeira (1988), Escorel e Teixeira (2012).

A participação comunitária representou um novo padrão de relação entre Estado e sociedade, no setor saúde. Para Carvalho (1995), a ideia foi inaugurada como proposta de assentimento e presença voluntária dos indivíduos em programas e ações de saúde, em que a comunidade é definida a partir de uma concepção funcionalista, culturalmente homogênea, predisposta à solidariedade, ao sentimento coletivo e ao trabalho voluntário de autoajuda. Trata-se de uma forma de comunitarismo na qual o espaço de atuação é a localidade, com pequena participação financeira do Estado, sem influência no processo decisório e isolada de uma perspectiva de transformação estrutural.

No decorrer da história da política de saúde, as experiências adquirem conteúdos diversificados, e algumas, na contramão da proposta oficial, constituíram-se como movimentos de organização e politização, na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico, assumindo identidade própria e um caminhar em direção a propostas tipificadas por Carvalho (1995) como participação popular e participação social em saúde.

Assim, propostas de participação em saúde abrolham, de modo intenso, na década de 1970, em uma conjuntura de crise econômica, quando formas diversas de engajamento se constituíram no campo da saúde: por decepção com mecanismos tradicionais das democracias liberais; pela emergência dos movimentos sociais; devido à crise

da saúde, o pensamento então chamado Sanitário-Desenvolvimentista, calcado na ideia de que o nível de saúde de uma população depende, primeiramente, do grau de desenvolvimento econômico, sem o qual a assistência médico-sanitária é inócua, quando não integra o processo. Essa ideia nasce no contexto das lutas pela democratização do país, durante o Estado Novo, e no bojo dos processos de industrialização e urbanização que emergiam. O modelo pretendia uniformizar, nos diversos níveis, a forma de organizar e agir dos serviços sanitários, seguindo tecnicamente o modelo norte-americano. (TEIXEIRA, 1988).

econômica mundial; ou por incentivo das agências internacionais. (CORTES, 1996).

Em meio ao esgotamento do regime militar no Brasil e ao aprofundamento da crise político-financeira, na área da saúde, constituiu-se um pensamento crítico, de ideário participativo e perspectiva sociocrítica ao sistema vigente, culminando, no final da década de 1970, no Movimento Sanitário Brasileiro, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

O movimento sanitário, em conjunto com outros movimentos sociais, investiu na organização política de segmentos populares, como forma de resistência e enfrentamento da injustiça social, com potencial de ampliar o acesso a serviços de saúde, transformar as práticas sanitárias, efetivar direitos e, em última instância, proporcionar a luta para a construção de uma sociedade sem exploração. (CARVALHO, 1995).

A participação popular adquiriu novos contornos. Com a Constituição Federal de 1988, foi incorporado o caráter descentralizado e participativo nas políticas sociais e estabeleceu-se um novo perfil presencial, denominado de participação cidadã ou social,⁹ acrescido de participação social institucionalizada em novas e diversificadas formas (conselhos, conferências, orçamentos participativos (OPs), planos diretores municipais e outras).

A participação social cidadã ganha impulso no âmbito das políticas públicas, todavia sob forte influência da perspectiva neoliberal. Tal participação assume, nos anos subsequentes à Constituição de 1988, uma confluência perversa (DAGNINO, 2002): de um lado, vinculada ao projeto participativo e democrático inscrito nessa década; e, por outro, com um discurso de participação nos moldes neoliberais, cujo fim último consiste em substituir o papel do Estado nas políticas sociais.

Esta “arquitetura” participativa tem gerado a produção de significativas análises. O estudo de Vaz (2011), a respeito do debate acadêmico sobre participação no Brasil, aponta que, na literatura nacional, estudos concernentes ao tema das instituições participativas (IPs)

9 Terminologia utilizada por vários autores, dentre eles Nogueira (2005). Já Carvalho (1995) identifica o momento como de participação social.

ganharam força, no início da década de 1990, no auge da euforia do seu surgimento e de suas potencialidades quanto ao aprofundamento democrático, na conjuntura histórica do advento do Sistema Único de Saúde. No debate atual, o autor apresenta três variáveis que vêm ocupando a agenda, duas décadas após a instituição do SUS: o desenho institucional, a efetividade deliberativa e a representação política no interior das IPs.

No âmbito da saúde, em mapeamento da produção acadêmica sobre o tema da participação no SUS, Vianna (2009) aponta três dimensões distintas contidas nos estudos analisados, complementares e não excludentes entre si, descritas a seguir.

a) De modo geral, autores que estudam a participação na área da saúde designam-na como a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas concernentes à sociedade em que vivem. Nesses estudos, participar, independentemente dos resultados imediatos, é interpretado como algo positivo, como um estímulo à ampliação da cidadania.

b) O segundo aspecto destacado nos estudos diz respeito ao caráter político da participação, como meio de democratizar o Estado e a sociedade. A ênfase consiste na possibilidade de a participação política e social influenciar o desenho e os encaminhamentos das políticas de saúde, nas diferentes instâncias federativas.

c) A terceira perspectiva, de caráter mais instrumental, caracteriza-se como favorável à participação comunitária e ao autocuidado, e decorre da concepção americana de medicina comunitária.

Contudo, a literatura sobre participação social centra-se no estudo das instâncias participativas institucionalizadas, tais como conselhos gestores e demais instâncias, com ênfase nas questões relativas ao seu desenho institucional, suas potencialidades, sua capacidade deliberativa, qualidade da participação, funcionamento, consolidação dessas instituições e representatividade da sociedade civil.

Atenção Primária à Saúde: alguns marcos significativos e a dimensão da participação

A proposta formal do Estado em termos de organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) é atribuída ao Relatório de Dawson, preparado na Grã-Bretanha, em 1920 (DAWSON, 1920), o qual apresenta a idealização de um sistema de serviços a partir de três níveis principais: centros primários, centros secundários e hospitais-escola. (STARFIELD, 2002).

Apesar da relevância das propostas de Dawson, sua proposta só se implantou na década de 1960, com a disseminação de centros de saúde na Inglaterra. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na década de 1970, o debate sobre a APS intensifica-se principalmente após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, promovida em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, Rússia. (OMS/UNICEF, 1978).

O evento ocorre em um contexto de crise estrutural do capital e de rompimento gradativo com o pacto dos anos de crescimento, pautado no pleno emprego (keynesianismo/fordismo) e no desenho social-democrata de políticas sociais. O questionamento desse modelo alimentou o fortalecimento das políticas de ajustes neoliberais.

Nesse contexto, são instituídas distintas formas de participação em saúde. Em vários países, como Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha, Itália e Alemanha, haviam sido institucionalizados diversos mecanismos, em resposta às demandas de participação direta dos cidadãos no processo político, devido à desilusão com as democracias liberais tradicionais, aos desdobramentos da crise econômica mundial, ao estímulo das agências internacionais à participação comunitária, conforme já exposto no subitem anterior a partir do estudo de Cortes, 1996.

A Declaração de Alma-Ata, assim, pode ser exemplo da influência exercida pelos organismos internacionais na origem dos processos participativos, na área da saúde. (CORTES, 1996).

Ao reafirmar o direito dos indivíduos e a responsabilização dos governos pela saúde de seus povos, o documento de Alma-Ata destaca

a participação como “direito e dever dos povos de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”. (BRASIL, 2002).

O consenso em torno dessa base conceitual destacava alguns elementos que a Organização Mundial de Saúde se empenhava em difundir, naquela conjuntura, em diversos países e de acordo com diferentes estratégias (CONILL, 2008): integração dos serviços locais em um sistema nacional; participação; necessidade de ações intersetoriais; e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social.

Para Conill (2008), o conteúdo da APS articula-se em torno de dois polos: tecnocrático, de incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas, movido por necessidades de cunho econômico, político e social; e um polo participativo, de democratização dos serviços, ampliação da equipe, inserção de agentes da comunidade, acesso e controle social, associado a demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais.

Reafirmam-se a importância, o significado e a amplitude das propostas, do pressuposto e dos desdobramentos, desencadeados pela Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978), principalmente na conjuntura política e institucional daquele momento, em que se deflagrava uma profunda crise do capital, com inúmeros desdobramentos para a sociabilidade humana, conforme descrito e analisado por vários autores, a exemplo de Chesnais (1996), Anderson (1995) e Yamamoto (2008).

No entanto, a falta de posicionamento mais contundente relacionado à ordem econômica vigente, sem considerar o entrelaçamento entre política social e política econômica, encontra confortável acolhida nas agências burocráticas estatais dos organismos multilaterais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), os quais, sob a perspectiva neoliberal, utilizam e reconstróem conceitos visando alcançar os interesses do capital, a exemplo da orientação de redução e corte dos gastos sociais públicos em países empobrecidos, como na América Latina.

A perspectiva da participação contida na Declaração de Alma-Ata volta-se, de forma mais expressiva, em direção a uma vertente de

execução e colaboração, visando ao alcance da eficiência nos cuidados à saúde. Despojado de sentido sociocrítico, tal perspectiva fortalece a participação reconfigurada e exaltada pelos princípios neoliberais de desresponsabilização estatal e de transferência das responsabilidades à sociedade civil, com base em um discurso de participação solidária.

Os traços preconizados em Alma-Ata, ao apontarem para uma perspectiva mais abrangente da Atenção Primária à Saúde, são fortemente criticados por agências internacionais, dentre as quais a Fundação Rockefeller que, em 1979, ano seguinte à Declaração, provê, com o Banco Mundial, a Fundação Ford, o Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento, e a Agência Internacional para o Desenvolvimento, uma reunião na Itália, quando discutem uma noção seletiva de APS como estratégia para o controle de doenças nos países em desenvolvimento. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Dessa forma conjugam-se diferentes concepções, abordagens e práticas que, incorporadas, reforçam ou se contrapõem a uma perspectiva ampliada/abrangente de APS, com desdobramentos no processo participativo. As três interpretações principais: Giovanella & Mendonça (2012); Mendes (1996); e Opas (2007), definem a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reordenamento do setor da saúde e modelo assistencial; de organização e operacionalização da porta de entrada do sistema; e como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com serviços restritos, baixa densidade tecnológica e baixos custos.

Mais recentemente, o não cumprimento da meta de “saúde para todos no ano 2000”, associado à busca de respostas aos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, tem motivado o posicionamento de organismos internacionais como a OMS e a Opas. Ambos os organismos reafirmam, no documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*, a APS como parte do desenvolvimento de sistemas de saúde e que esses sistemas, nela alicerçados, contemplam a abordagem mais adequada ao alcance de melhorias sustentáveis e equitativas para as populações das Américas. (OPAS/OMS, 2007).

Segundo o conteúdo desse documento, a Opas/OMS (2007) se apresenta como defensora de um sistema de saúde embasado na APS, com enfoque na organização e operacionalização, e fundamentado em

três valores centrais: direito ao mais alto nível possível de saúde; equidade na saúde; e solidariedade. A participação significa a forma de os indivíduos se tornarem parceiros ativos na tomada de decisões referentes a recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização. Em nível pessoal, participação significa que os indivíduos devem estar aptos a tomar decisões livres e plenamente informados em termos de sua própria saúde e da saúde de suas famílias. Na sociedade, tomar parte das decisões de saúde é uma faceta da participação cívica geral.

O discurso contido no documento apresenta avanços nas propostas estruturais e funcionais. No entanto, carece de posicionamento quanto à mercantilização da saúde. A sustentabilidade é abordada, no documento, como um dos princípios do sistema de saúde, porém não adentra em questões cruciais, na atual conjuntura, as quais inviabilizam o direito humano à saúde e a consolidação de princípios com base mais universais, especialmente para países subdesenvolvidos.

Se na Declaração de Alma-Ata faltava posicionamento no que se refere à conjuntura econômica, no documento da Opa/OMS de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, 2007, com a inter-relação entre política de saúde e política econômica, parece haver ratificação da ordem econômica e social vigente.

No documento a respeito da Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, o enfoque atribuído à participação em saúde aparece desvinculado da ação política do cidadão: a ênfase recai para a eficiência, por meio de controle e garantia da equidade sobre os gastos públicos, e de uma participação em uma dimensão instrumental, focada principalmente em ações individuais no cuidado de sua própria saúde, na promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis.

Assim, a perspectiva de participação em saúde na APS caminha numa lógica cooperativa, quanto à saúde individual, funcional às perspectivas da própria equipe e dos órgãos governamentais. A participação ativa alinha-se à ideia de eficiência, reforçando antes os interesses governamentais do que as premissas de garantia de uma ação política dos diferentes sujeitos no processo de democratização da saúde.

Diante deste contexto, entende-se que a APS, compreendida de forma ampliada e fundamentada em um modelo de atenção à saúde

que incorpore a determinação social no processo saúde-doença, representa espaço privilegiado na constituição de estratégias de participação social em saúde, por meio de ações político-organizativas envolvendo sujeitos populares locais.

Aqui cabe retomar o Movimento de Reforma Sanitária, que priorizou e construiu estratégias de intervenção e de aproximação com segmentos populares organizados, como afirma Campos (2007, p. 1.868):

[...] tiveram papel relevante não somente na elaboração do projeto político do que seria o SUS, como também em constituir um “bloco sanitário” com setores populares, sindicais, políticos, profissionais e com o Poder Executivo. Alguns de seus integrantes, armados com os conceitos de medicina comunitária, educação popular e atenção primária à saúde, priorizaram intervenções locais. Desenvolveram a estratégia de aproximar-se da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais. [...] um verdadeiro deslocamento em direção ao povo.

Gilson de Carvalho (2010) sinaliza para a relevância do envolvimento de diferentes sujeitos no âmbito da construção do SUS:

[...] nós precisamos ir além dos conselhos e das conferências. Esquecemo-nos que, quando dizemos que todo poder é exercido pelo povo, que o faz diretamente ou através de seus representantes eleitos (democracia representativa), não tiramos do cidadão o poder da democracia participativa. Muitas vezes, nós queremos reduzir aos Conselhos e Conferências o direito de participação das pessoas na saúde. [...] Deixamos de ir buscar apoio ao SUS na sociedade já organizada fora da saúde. (CARVALHO, 2010, p. 401).

Ao longo da história da política de saúde no Brasil, diferentes sujeitos políticos se colocam presentes nas lutas voltadas às questões de saúde, como o Movimento Sanitário Brasileiro já citado. Contudo, no decurso das décadas de 1990 e 2000, observa-se que, além de mecanismos institucionais formais, nos moldes dos conselhos e conferências de saúde, outros sujeitos políticos se fizeram presentes na luta pela construção do SUS, a exemplo dos Fóruns Populares de Saúde. A partir da segunda década do século XXI, muitos destes têm permanecido com

suas lutas, e outros sujeitos políticos também vêm se constituindo, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Para adensar nos espaços de luta pela saúde, urge trazer para o debate a imprescindibilidade de incorporar, no âmbito da APS, as possibilidades de participação social por meio de estratégias de educação popular em saúde, de organização e mobilização popular, em um retorno ou em um fazer de “trabalho de base” em saúde, não como saudosismos às práticas passadas, mas como um fazer presente, de construção e de resistência às ofensivas intervenientes na efetivação do direito humano à saúde. A participação em saúde é preconizada, aqui, não de forma messiânica, e tampouco comunitarista ou voluntarista, no sentido de suprir o papel do Estado, porém qualifica-se como um componente político-educativo na Atenção Primária à Saúde, com potencial de contribuir à ampliação das bases política e social, na construção do Sistema Único de Saúde, na retomada dos postulados da democratização da saúde da Reforma Sanitária Brasileira e na consolidação de práticas de democratização na sociedade.

Reflexões finais

A participação em saúde é historicamente marcada por diferentes interesses, permeada por constantes conflitos e apresenta uma conjugação conceitual polissêmica.

Traços que marcaram os primórdios do início da participação na área da saúde, no Brasil dos anos 1950, ou seja, a concordância e presença voluntária dos indivíduos nos programas e ações governamentais, ainda se fazem refletir na Atenção Primária à Saúde na primeira e segunda décadas do século XXI, sob novos arranjos, novas reconfigurações e sob diferentes concepções e fundamentos.

No âmbito da APS, o estudo demonstrou, ao longo de sua constituição no país, uma certa impermeabilidade na apropriação de uma perspectiva sociocrítica da participação em saúde, na esfera local.

As propostas de participação em saúde na APS, mesmo na Conferência de Alma-Ata, em 1978 (OMS/UNICEF, 1978), voltam-se à ênfase na execução e colaboração nas ações e serviços de saúde. Tais propostas vêm se reconfigurando em políticas de ajustes neoliberais e,

nas políticas sociais, em transferência das responsabilidades do Estado para a sociedade civil. Tal processo se caracteriza por meio de um discurso de participação solidária e participação ativa e cooperativa, alinhada à ideia de eficiência e controle social, de apelo à redução de custos, portanto, mais vinculada aos interesses governamentais do que a uma ação política pautada na democratização da saúde.

Entende-se a participação social em saúde, no âmbito da APS, no sentido de contribuir à ruptura da lógica subjacente à hegemonia do modelo médico-biológico em saúde e da mercantilização da saúde. Tal ruptura pressupõe mecanismos de lutas e resistências às estratégias políticas, culturais e econômicas apresentadas nas investidas do capital e em seus interesses no setor da saúde.

Nesse sentido, a participação em saúde na APS se entrelaça a um componente político-educativo, de modo a incorporar, na produção da saúde, estratégias de educação popular participativa; utilização do trabalho em equipe, conjugado a métodos de planejamento e gestão participativos e democráticos; e envolvimento participativo de diferentes sujeitos individuais e coletivos, cujo horizonte seja sua perspectiva emancipatória em torno da mobilização e organização popular pelo direito à saúde.

Daí a relevância em implementar ações e estratégias como componentes político-educativos da APS, com potencial de romper sua visão reducionista centrada em um modelo de atenção médico-hegemônico, ao mesmo tempo em que possam ser construídas as bases para uma atenção em saúde fundamentada na perspectiva da determinação social do processo saúde doença, com envolvimento dos diferentes sujeitos em um esforço de mobilização e organização de consciência sanitária e de cunho sociopolítico.

Reconstituir espaços participativos com conteúdos ético-políticos, que contribuam à mobilização e organização popular e ao agir dos cidadãos usuários do Sistema Único de Saúde, pode tornar-se relevante estratégia contra-hegemônica, em tempos de ofensiva aos direitos historicamente conquistados pelo conjunto da sociedade.

Revigorar a capacidade de participação, controle social, contestação política e de resistência aos mecanismos de subalternização social,

especialmente em conjunturas nas quais as garantias de direitos sociais assomam como desfavoráveis, e buscar horizontes de novos padrões de civilidade e novas formas de sociabilidade humana, parece ser um caminho a se descortinar, a fim de que os indivíduos incorporem, na própria vida, a luta pela saúde pública e estatal como direito de cidadania.

**Submetido em 30 de abril de 2015 e aceito para
publicação em 25 de junho de 2015.**

Referências

- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002 (Série B. Textos básicos em saúde).
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 88-110.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 12 (Supl.), 2007. p. 1.865-1.874.
- CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal/Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional, 1995.
- CARVALHO, G. Vinte anos de SUS-CESSO. In: CAPONI, S. **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça-SC: Unisul, 2010.
- CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008; n. 24 (Supl.1), p. s7-s16.
- CORTES, S. M. V. As origens da ideia de participação na área de saúde. **Saúde em Debate**, 1996, n. 51. p. 30-37.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 3. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

_____. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964 (Publicación científica, n. 93).

DURIGUETTO, M. L. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1923: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-321.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 385-434.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MENDES, E. V. (Org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NOGUEIRA, M. A. **Um estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OMS/UNICEF. Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978. Brasília, DF: OMS/Unicef, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 23/08/2015.

OPAS-OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Opas/OMS. Washington, DC: Opas, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 23/08/2015.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-491.

_____. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C. L.; FRANÇA, J. C. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 91-123.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **História das políticas de saúde no Brasil**: antecedentes da reforma sanitária. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1988.

VAZ, A. C. N. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília, DF: Ipea, 2011. p. 91-108.

VIANNA, M. L. W. et al. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, v. 11, n. 21, 2009. p. 218-251