

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP**

ANDRÉIA DE OLIVEIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
QUAL O LUGAR DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE?**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

São Paulo
2012

ANDRÉIA DE OLIVEIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
QUAL O LUGAR DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE?**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutorado em Serviço Social, sob a Orientação da Professora Doutora Maria Lucia Martinelli.

SÃO PAULO
2012

ANDRÉIA DE OLIVEIRA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
QUAL O LUGAR DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE?**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutorado em Serviço Social, sob a Orientação da Professora Doutora Maria Lucia Martinelli.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Maria Lucia Martinelli (orientadora)

Profª Dra. Regina Célia Tamasso Miotto

Profª Dra. Maria Olinda Costa Santos Carreira

Profª Dra. Maria Carmelita Yazbek

Profª Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

Para minhas filhas Marina e Isabela, meus amores, pela presença carinhosa, emoções e aprendizado intenso.

Ao Miguel, meu amado, amigo e companheiro, por contribuir no equilíbrio afetivo e emocional.

Aos meus pais, Leida e Edaci, por me presentear a vida.

Aos meus irmãos, Luisinho e Charles, amigos de sempre.

AGRADECIMENTOS

A elaboração dessa tese resulta de um processo de construção de conhecimentos acadêmicos, profissional e intelectual, mas também da vivência cotidiana, num caminho transcorrido com muitos encontros e partilha de saberes. Assim, aqueles que não forem nomeados nesse agradecimento, não significa que não foram importantes, pois o reconhecimento e a memória estão presentes. Mas, não há como deixar de expressar minha gratidão e afeto àquelas pessoas que estiveram de alguma maneira, mais próximas dessa jornada.

Primeiramente um agradecimento especial e com muito carinho a minha professora e orientadora Dra. Maria Lucia Martinelli, pelo prazer de poder contar com sua sabedoria preciosa e constante orientação, num processo ético, respeitoso e incentivador que me levaram a novos e profundos mergulhos. Receba o meu carinho, reconhecimento e gratidão.

Aos sujeitos desse estudo, usuários, profissionais de saúde e gestores, pela presteza, oportunidade de aprendizado, acolhida e as enriquecedoras contribuições, que me possibilitaram compreender a complexa dimensão do cotidiano daqueles que lutam cada qual sob sua perspectiva, em prol do direito a saúde.

Aos professores membros de minha banca de qualificação, professoras Doutoras Maria Carmelita Yazbek e Regina Maria Giffoni Marsiglia, pelas contribuições valiosas a esta pesquisa no exame de qualificação.

Agradeço igualmente aos membros da banca examinadora da tese: Prof^a Dra. Regina Célia Tamaso Miotto, Prof^a Dra. Maria Olinda Costa Santos Carreira, Prof^a Dra. Maria Carmelita Yazbek, Prof^a Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia, Prof^a Dra. Letícia Andrade, Prof^a Dra. Mariangela Belfiore Wanderley.

Meu agradecimento e reconhecimento à Prof^a Dra. Maria Olinda Costa Santos Carreira, pela leitura atenta de parte dessa tese e pelas observações preciosas, oferecendo importantes sugestões.

A todos os professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social - PUC/SP, por compartilharem seus conhecimentos e dividirem momentos preciosos. E, aqueles dos quais não tive a oportunidade de cursar suas disciplinas,

por tantos aspectos difíceis de enumerar aqui, mas que com suas publicações e reflexões contribuíram nesse processo.

Igualmente os meus agradecimentos às secretárias do Programa de Estudos de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Kátia Cristina da Silva e Vânia Lima, pela presteza e paciência nas orientações dos procedimentos institucionais.

Um agradecimento e carinho especial ao Prof^o Dr. Marco Da Ros, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, meu orientador de mestrado, com quem aprendi a importante co-relação saúde-sociedade.

Estendo esse sentimento à Prof^a MsC Elivete Cecília de Andrade, do Curso de Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina-UNISUL, minha professora da graduação, que abriu caminhos nos meus primeiros passos na empreitada acadêmica.

Aos meus pais, Edaci e Leida, cujo exemplo e apoio sempre presente, tornaram possível a superação de muitos obstáculos nesse percurso. A vocês o meu afeto, amor e gratidão em mais essa etapa.

Ao Miguel, Marina e Isabela pela compreensão nas ausências e nos momentos de estresse nessa trajetória, em que a elaboração da tese se deu concomitante ao nosso processo de adaptação em Brasília e a minha inserção na UnB. E, à Mariana, pela oportunidade de aprendizado e de crescimento em meu viver familiar. A vocês, o meu amor e orgulho por sentir a força, a perseverança e o afeto que nos envolve.

Aos meus irmãos, Luisinho e Charles, aos sobrinhos Gabriel, Rafael, Valentina e Antonella e as cunhadas Patrícia e Alessandra, pela oportunidade de experimentar o vínculo familiar e a vida como ela é. A vocês, o meu afeto e carinho.

À Maria Manoela Valença, presença acolhedora, amiga e atenta em tantos momentos desse percurso. E ao Rafael Valença, pela acolhida, atenção e apoio. Ambos oportunizaram o apoio logístico que viabilizou minha estada em São Paulo. A vocês, o meu sincero reconhecimento, afeto e gratidão.

À Vera Nícia Fortkamp de Araujo, pela amizade e pelos agradáveis momentos de convivência e partilha da vida.

À Maria Rocha (Mara), presença amiga de longa data, pelo apoio, incentivo e a partilha de inquietações no debate do direito à saúde.

À Darlene de Moraes Silveira pela vida partilhada em significativos momentos em Florianópolis.

À Sara Mendes Ribeiro, que com sua alegria e luz tornaram a minhas idas à Sampa mais leves, prazerosas e renovadoras. Saudades de você, amiga.

À Magda Duarte dos Anjos Scherer, pela presença amiga, pelo convívio e reflexões nesses novos tempos e nesse novo lugar.

À Cláudia Regina Merçon de Vargas, presença acolhedora e amiga na chegada à Brasília e apoio decisivo em momentos difíceis.

À Rosa H. Stein presença amiga, serena e carinhosa na Universidade de Brasília - UnB.

Ao Departamento de Serviço Social da UnB pela acolhida na equipe, colaboração e apoio nesse percurso.

Aos colegas e amigos de mestrado e doutorado da PUC/SP: Vera Lúcia Martins, Cleonilda Dallago, Eugênia Cesconeto, Marize Rauber, André Martins, Carlos, Gisela Barahona, com quem pude compartilhar momentos de alegria e muitas risadas. Momentos que ficarão guardados com carinho.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa parcial que me possibilitou a realização do doutorado.

RESUMO

Esta tese centra-se no aprofundamento da despolitização das expressões da questão social no âmbito da saúde, expresso na permanência do modelo médico hegemônico e sanitário na organização, operacionalização de ações/serviços no âmbito da política de saúde. A dimensão participativa se entrecruza a esse contexto, com forte tendência à impermeabilidade da política de saúde à participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde, acentuada pela hegemonia neoliberal. Analisam-se as expressões e tendências da participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde, assim como seus limites e possibilidades. A pesquisa apoiou-se em estudo bibliográfico e documental, complementadas por pesquisa empírica na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, mais precisamente a Região do Itapoã, por meio de entrevistas com sujeitos dos segmentos populares organizados/entidades locais/usuários, profissionais de saúde e gestor. A tendência da participação da sociedade no âmbito das políticas sociais no atual contexto de hegemonia neoliberal vem caracterizando um conjunto de práticas e ações de caráter gerencial, voltada para melhorar a eficiência e eficácia das políticas, garantir legitimidade, otimizar recursos escassos, dentre outros aspectos. Há esvaziamento dos processos participativos locais, a luta pela saúde passa a ser quase que exclusivamente pelos canais institucionais, limitando-se às questões de financiamento, organização, gestão. Reconhecendo os limites das estratégias participacionistas, que por si só não são portadoras de capacidade de transformação, o estudo aponta duas dimensões do processo participativo em saúde considerados relevantes no âmbito da APS: o primeiro refere-se aos espaços institucionalizados, como conselhos e conferências. O segundo diz respeito ao campo de execução da política de saúde. É importante reconhecer a utilização de estratégias de participação em saúde, com clareza dos seus limites, nos diferentes espaços das ações e serviços, de modo a valorizar o seu componente político-educativo, de repolitização da saúde, que contribua para a ampliação das bases política e social na luta pelo direito à saúde, com a formação de novos sujeitos individuais e coletivos.

Palavras-chave: Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Democratização, Participação e Conselhos.

ABSTRACT

This thesis focuses on deepening depoliticization of the expressions of social issues in health, remained expressed in the hegemonic medical model and public health in the organization, operationalization of actions / services within the health policy. The participatory dimension intersects this context, with a strong tendency to the impermeability of health policy for civil society participation in Primary Health Care, accentuated by neoliberal hegemony. We analyze the expressions and trends in society participation in Primary Health Care, as well as its limits and possibilities. The research was based on bibliographic and documentary, complemented by empirical research in Primary Health Care in the Federal District, more precisely the Region of Itapoã through interviews with people from popular segments of organized / local / users, health professionals and manager. The trend in society participation in social policies in the current context of neoliberal hegemony has characterized a set of practices and actions of managerial nature, aimed to improve the efficiency and effectiveness of policies to ensure legitimacy, optimize scarce resources, among other things. There is an erosion of local participatory processes, the struggle for health is now almost exclusively by institutional channels, limiting itself to questions of financing, organization, management. Recognizing the limits of strategies participacionistas, which alone are not carriers of processing capacity, the study suggests two dimensions of participatory health considered important in the APS: the first refers to the institutionalized spaces, such as councils and conferences. The second relates to the field of implementation of health policy. It is important to recognize the use of participatory strategies in health, clarity of its limits, in different spheres of activities and services in order to enhance their political-educational component of re-politicization of health, which contributes to the expansion of political bases and in the struggle for social rights to health, with the formation of new individuals and groups.

Keywords: Health Policy, Primary Health Care, Democratization, Participation and Advice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDEP	Centro de Cultura e Desenvolvimento do Paranoá e Itapoã
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMP	Central de Movimentos Populares
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CONASP	Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
ESF	Estratégia Saúde da Família
DIESF	Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
GDF	Governo do Distrito Federal
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HRPa	Hospital Regional do Paranoá
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência Social
ICS	Instituto Candango de Solidariedade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social Fundação Hospitalar do
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPs	Instituições Participativas
IPEA	Instituto de Pesquisa econômica Aplicada

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OPs	Orçamentos Participativos
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB	Piso de atenção básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio
PET - SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PFS	Programa Família Saudável
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PPA	Plano Plurianual
PREV- SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
REMA	Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características Gerais dos Sujeitos Profissionais de Saúde que Compõem o Universo da Pesquisa.....	31
TABELA 2	Características Gerais dos Sujeitos Usuários Participantes de Segmentos Populares Organizados/Entidades Locais.....	33
TABELA 3	Referências sobre a participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde: Leis 8.080/1990 e 8.142/1990 Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.....	119
TABELA 4	Referências sobre a participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde - Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Política Nacional de Humanização.....	125
TABELA 5	Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	134
TABELA 6	Evolução da Cobertura da Estratégia Saúde da Família - série histórica de 2000 a 2010.....	148
TABELA 7	Evolução de alguns indicadores socioeconômicos - Itapoã - 2004/2011.....	162
TABELA 8	Estabelecimentos das Diretorias Gerais de Saúde, Regional Leste, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.....	163
TABELA 9	Dados acerca da composição da equipe de saúde do CS de Itapoã - DF.....	169
TABELA 10	Dados acerca da composição da equipe de saúde da Unidade de Saúde Itapoã - DF.....	170

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal, 2007.....	134
FIGURA 2	Mapa das regiões de saúde no PDR da SES-DF, 2007.....	136
FIGURA 3	Processo de Ocupação da Vila Paranoá, Distrito Federal, nos anos 80.....	155
FIGURA 4	Processo de Ocupação da Vila Paranoá, Distrito Federal, nos anos 80.....	155
FIGURA 5	Fases de ocupação do Itapoã (Julho de 2001).....	159
FIGURA 6	Fases de ocupação do Itapoã (Outubro de 2001).....	159
FIGURA 7	Fases de ocupação do Itapoã (Agosto de 2002).....	159
FIGURA 8	Fases de ocupação do Itapoã Setembro de 2007.....	159
FIGURA 9	Aspecto das ruas de Itapoá (Julho de 2008).....	159
FIGURA 10	Processo de pavimentação das ruas.....	159
FIGURA 11	Aspecto das ruas de Itapoã.....	159
FIGURA 12	Vista da entrada da cidade.....	159
FIGURA 13	Posto de Saúde de Itapoã-DF.....	164
FIGURA 14	Centro de Saúde de Itapoã-DF.....	164

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
Aproximações ao objeto.....	16
Percurso Metodológico.....	24
1 TENDÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	42
1.1 POLÍTICA SOCIAL: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL E SÓCIO- HISTÓRICA.....	44
1.1.1 Aspectos relevantes da trajetória da política social no Brasil.....	52
1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO DE 1930 A 1960: OS PRIMÓRDIOS DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA.....	59
1.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO DE 1960 A 1980: O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO.....	66
1.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	76
2 O DEBATE INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	85
2.1 APS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E PRINCIPAIS MARCOS.....	87
2.2 APS NO CONTEXTO INTERNACIONAL: INTERPRETAÇÕES, CONCEITOS E ABORDAGENS.....	94
2.3 A RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NAS AMÉRICAS: PARTICIPAÇÃO SINTONIZADA COM OS INTERESSES GOVERNAMENTAIS.....	101
3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E A DIMENSÃO PARTICIPATIVA.....	107
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	109
3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS DIMENSÕES DA PARTICIPAÇÃO.....	111
3.3 AS NORMATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E AS DIMENSÕES DA PARTICIPAÇÃO.....	118

4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA EMPÍRICA.....	130
4.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.....	132
4.2	CONHECENDO ITAPOÁ: DA EXPANSÃO PRETENDIDA E PLANEJADA PARTICIPATIVAMENTE A UMA OCUPAÇÃO DESORDENADA, DECORRENTE DO DESCOMPROMISSO DO PODER PÚBLICO.....	150
4.2.1	Características gerais da população de Itapoá – DF.....	160
4.3	ESTRUTURA ORGANIZATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ITAPOÁ – DF.....	163
5	A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO ITAPOÁ – DF: O QUE DIZEM OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	174
5.1	SERVIÇOS E ATIVIDADES REALIZADAS: ONDE ESTÁ O DIREITO À SAÚDE?.....	176
5.2	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: PARA QUAL REALIDADE?.....	186
5.3	EXPRESSÕES DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NA APS NO ITAPOÁ – DF.....	197
5.3.1	Atividades grupais e campanhas educativas.....	198
5.3.2	Autocuidado e empoderamento do usuário.....	202
5.3.3	Rede social do Paranoá e Itapoá.....	206
5.3.4	Relação ACS <i>versus</i> população e Pró-Saúde e PET Saúde <i>versus</i> população.....	210
5.3.5	Conselho de Saúde.....	215
5.4	LIMITES E POSSIBILIDADES DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA APS.....	223
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	230
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237
	APÊNDICES.....	251
	ANEXOS.....	256

INTRODUÇÃO

Aproximações ao Objeto

Esta tese tem como **objeto** “a participação da sociedade na Política de saúde e suas expressões e tendências na Atenção Primária à Saúde¹”.

A demanda por participação da sociedade nas políticas sociais brasileiras esteve presente em diferentes momentos da história, sob variadas formas, diversos interesses e numa conjugação conceitual polissêmica.

A ideia de participação entra no campo da saúde como categoria prática voltada para a concordância e presença voluntária das pessoas nos programas e ações governamentais, originada no início do século XX com a proposta de medicina comunitária nos centros comunitários de saúde norteamericanos. No Brasil, tais ideias aparecem na década de 1950, denominadas de participação comunitária, num período que se convencionou a chamar de sanitarismo desenvolvimentista, tendo em vista a ideologia da época, respondendo ao projeto de expansão capitalista brasileiro fundamentado numa estrutura de concentração de renda, poder e de controle dos trabalhadores, sob forte influência norte-americana já realçado por vários autores, dentre eles Carvalho (1995), Teixeira Fleury (1988), Escorel e Teixeira (2008).

Tais propostas ressurgem de forma mais contundente na década de 1970, numa conjuntura de crise econômica em que diferentes formas de participação foram sendo constituídas no campo da saúde, através de diferentes justificativas: seja pela decepção com os mecanismos tradicionais de participação nas democracias liberais, ou pela emergência dos movimentos sociais, ou em decorrência da crise econômica mundial e do incentivo das agências internacionais. (CORTÊS, 1996).

Foi nesse contexto marcado pela crise político-financeira da área de saúde instalada a partir da década de 1970, no âmbito do regime militar no Brasil, que se constitui um pensamento crítico ao sistema vigente, que disseminou um ideário participativo com características e conteúdos diversificados, que em sua perspectiva

¹ Atenção Primária à Saúde é denominada no Brasil de Atenção Básica à Saúde. Nesta tese, utiliza-se o termo Atenção Primária à Saúde (APS), por ser a terminologia empregada internacionalmente.

sociocrítica, contribuiu para fazer germinar o denominado Movimento Sanitário Brasileiro, base político-ideológica da Reforma Sanitária.

Sob o signo de uma participação dita popular, se aposta na organização política de segmentos populares locais, como forma de resistência e enfrentamento à injustiça social, recurso capaz de ampliar o acesso a serviços de saúde, transformar as práticas sanitárias, efetivar direitos e, em última instância, a luta para a construção de uma sociedade sem exploração.

A participação popular vai adquirindo novos contornos, no processo constituinte, de modo que, com a Constituição Federal de 1988, incorpora-se o caráter descentralizado e participativo nas políticas sociais, incluindo a saúde, desdobrando-se num novo perfil participativo, agora não mais popular, e passa a denominar-se de participação cidadã ou social².

A partir de então, a participação social/cidadã ganha impulso no âmbito das políticas públicas, sob forte influência da perspectiva neoliberal, de modo que assume nos anos subseqüentes uma confluência perversa (DAGNINO, 2002), de um lado, vinculada ao projeto participativo e democrático inscrito nos anos de 1980 no Brasil e, por outro, sob um discurso de participação nos moldes neoliberais, que tem como fim último substituir o papel do Estado.

Assim, com a Constituição de 1988, institui-se a formação de ampla institucionalização participativa, que inclui conselhos, orçamentos participativos (OPs) e planos diretores municipais, entre outras formas de participação (AVRITZER, 2011).

A constituição dessa “arquitetura” participativa tem gerado volume significativo de estudos, principalmente ao longo das duas últimas décadas, de modo especial os conselhos de políticas públicas, que, inegavelmente, se ampliaram em número significativo no Brasil, e atualmente ultrapassam 39 mil conselhos e, na saúde, superam a marca dos 5 mil conselhos municipais (IPEA, 2005).

De maneira geral, tendo como referência o estudo de Vaz (2011) que trata do itinerário do debate acadêmico sobre participação no Brasil nas últimas décadas, a literatura nacional, no primeiro momento, voltou-se para o surgimento das próprias Instituições Participativas (IPs), no auge da euforia com relação às suas

² Terminologia utilizada por vários autores, dentre eles Nogueira (2005). Já Carvalho (1995) identifica esse momento como de participação social.

potencialidades para o aprofundamento democrático. Na segunda fase, os estudos deslocam-se para o crescimento numérico das IPs, para a qualidade de seus respectivos processos e dinâmicas internas, com ênfase nos conceitos como efetividade democrática, prática deliberativa e qualidade do processo discursivo no interior das instâncias. No debate atual, o autor apresenta três variáveis, que vêm ocupando a agenda, a saber: a questão do desenho institucional, a efetividade deliberativa; a representação política no interior das IPs.

Se trazemos mais especificamente para o âmbito da saúde, em mapeamento da produção acadêmica sobre o tema da participação em saúde no Sistema Único de Saúde, Teixeira e Werneck Vianna (2009)³ nos apontam distintas dimensões presentes nos estudos, complementares e não excludentes entre si:

a) de modo geral, os autores que estudam a participação na área da saúde a designam como a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas que dizem respeito à sociedade em que vivem. A participação aparece nesses estudos como um valor em si, ou seja, participar, independentemente dos resultados imediatos, é algo intrinsecamente positivo, como um estímulo à ampliação da cidadania.

Com maior ou menor intensidade, essa perspectiva perpassa todos os estudos sobre participação, no âmbito da saúde coletiva, pois as demais dimensões vinculam-se a ela. Assim, a ampliação da cidadania é tomada como um dos argumentos que, em última instância, justifica e atribui sentido à participação da sociedade na área da saúde.

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 recai sobre a possibilidade de a participação política/social influenciar o desenho e os encaminhamentos das políticas de saúde nas diferentes instâncias federadas. A maior parte dos estudos concebe a atuação nos espaços de participação voltada para a qualificação da gestão, equidade na distribuição dos recursos, acesso aos

³ O estudo baseou-se em investigação exploratória de periódicos a partir da lista Qualis de publicações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), disponível na Internet. A busca bibliográfica abrangeu o intervalo de janeiro de 1988 a agosto de 2005. Como resultado da análise exploratória, foram localizados 99 artigos científicos, classificados em estudos de caso (59%) e estudos teórico-reflexivos (41%). (TEIXEIRA e WERNECK VIANA, 2009).

serviços e a melhoria da atenção à saúde, como um elemento da ‘boa’ governança. A discussão da participação social como componente essencial para preservar o direito universal à saúde, construir a cidadania e fortalecer a sociedade civil, liga-se diretamente à concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado. Essa vertente também está presente na maioria dos estudos analisados.

c) A terceira perspectiva, de caráter mais instrumental, favorável a participação comunitária e do autocuidado, decorre da “concepção americana de medicina comunitária em que os indivíduos, as famílias e a comunidade dividem com o Estado a responsabilidade pela atenção e pela condição de saúde da população”. (Teixeira e Werneck Vianna, 2009 p. 240)

Contudo, constata-se que parcela significativa da literatura sobre participação social volta-se para o estudo das instâncias participativas institucionalizadas, como conselhos gestores e demais instâncias, com ênfase nas questões relativas ao seu desenho institucional, suas potencialidades, sua capacidade deliberativa, qualidade da participação, funcionamento e a consolidação dessas instituições e representatividade da sociedade civil.

Nessa direção, caminham estudos a que venho me dedicando desde meados da década de 1990 sobre a participação social em saúde, de modo especial no âmbito da estratégia conselhistas, a exemplo de pesquisa realizada no processo de especialização em Planejamento e Gerência em Serviços de Saúde (1994-1995), intitulada “A Participação no Conselho Municipal de Saúde de Criciúma-SC”; Também a pesquisa proveniente do processo de Mestrado em Saúde Pública (UFSC, período 1999-2000), desta vez sobre a “participação nos conselhos populares de saúde no Município de Criciúma-SC” e a pesquisa junto ao Programa Unisul de Incentivo a Pesquisa (PUIP) (2006), com o tema sobre “as potencialidade e limites da participação popular nos Conselhos de Saúde em São José e Palhoça-SC”, dentre outros.

Esses estudos caminham concomitantemente com as experiências vivenciadas no campo profissional, como assistente social na área da saúde, das experiências na docência em serviço social, e por inserção em espaços de participação e controle social na saúde, como conselhos e fóruns. Assim, o interesse e a maturação da proposta do presente estudo acadêmico se fizeram e se fazem nesse percurso.

Sem negar a importância do desenho institucional participativo no âmbito das políticas sociais e, por conseguinte, na política de saúde, considera-se que o mesmo não encontrou as condições políticas, financeiras, culturais e operacionais de se realizar plenamente, de modo que sua consolidação depende de novas estratégias de pressão social e de enfrentamento das expressões da questão social no campo da saúde, por meio das lutas coletivas pelo direito, tendo como horizonte a construção de novos patamares de civilidade, novas formas de sociabilidade humana. Ou seja, depende de outras estratégias de organização que permitam, entre outros aspectos, que o sistema seja de fato capaz de desenvolver políticas de saúde universais, com qualidade e participativas.

Nesse sentido, além dos espaços institucionalizados de participação e controle social, no âmbito do processo de democratização da política de saúde, também se faz importante uma repolitização no agir político dos cidadãos – usuários, que conscientes do entrelaçado dos determinantes macroestruturantes no processo social da saúde, possam construir espaços e estratégias de enfrentamento político e ideológico na conquista e ampliação de direitos.

Assim, a formulação do objeto da presente tese reconhece a importância dos espaços de participação sociopolíticos institucionalizados no âmbito da política de saúde. No entanto, a ênfase volta-se para as expressões e tendências da participação em saúde na APS, tal como preconizado no Movimento de Reforma Sanitária, que, no bojo de sua articulação, priorizou e construiu estratégias de intervenção e de aproximação com segmentos populares organizados, como afirma Campos (2007),

[...] 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. (p.1868)

Os espaços institucionalizados de participação e controle social, como os conselhos e conferências, são inovações na ampliação da política, com capacidade decisória e de participação política. Porém, por si só, não garantem o aprofundamento do processo de democratização na saúde. Há necessidade de articular a participação institucionalizada com outras formas de mobilização e inserção política no âmbito da saúde.

[...] nós precisamos ir além dos conselhos e das conferências. Esquecemos 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)

As origens do SUS se dão em meio às mobilizações de grupos, segmentos organizados locais, setores da sociedade civil; dentre eles, associações de moradores, pastorais, além, é claro, dos demais segmentos que compunham o Movimento Sanitário Brasileiro. Passados mais de 20 anos da Constituição Federal de 1988, como no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS), vem se colocando a questão da participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde? Quais estratégias e experiências de mobilização social são utilizadas pela equipe de saúde e quais as bases que as fundamentam? Como a equipe proporciona a interferência da população nas decisões das ações e serviços desenvolvidos na APS? Qual a importância, os limites e as possibilidades da participação em saúde no contexto da APS?

Tais inquietudes sustentam a **hipótese** de que a participação da sociedade na saúde tem sido promovida de forma apartada da dimensão participativa nos contextos locais, de modo que se tornou inexpressiva na APS, diante do direcionamento para as estratégias de gestão, com forte tendência à despolitização e ausência de sentido político-crítico.

A **tese** que se pretende evidenciar é de que há um processo de aprofundamento da despolitização das expressões da questão social no âmbito da saúde, expresso na permanência do modelo médico hegemônico e sanitário na

organização e operacionalização de ações/serviços que tendem à impermeabilidade da política de saúde à participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde, acentuada pela hegemonia neoliberal.

Nessa direção, caminham os objetivos desta tese, a saber: **objetivo geral:** Analisar as expressões e tendências da participação da sociedade na APS. **Objetivos específicos:** Caracterizar e contextualizar o campo de pesquisa empírica. Analisar as possibilidades e limitações da participação em saúde na APS. Identificar e avaliar as concepções e perspectivas da participação da sociedade presentes nas normatizações e orientações do Ministério da Saúde, no contexto da APS; Conhecer e analisar as estratégias e experiências de participação em saúde na APS e as bases que as fundamentam.

Além das questões já apontadas, enfatizarmos em linhas gerais três premissas básicas de nossas concepções sobre a temática, as quais fundamentam nossa forma de ver e nos colocar para além desta tese:

a) As estratégias de participação, por si só, não são portadoras de capacidade de transformação. No entanto, um projeto de sociedade que tem como horizonte a radicalização da democracia e uma nova forma de sociabilidade humana deve insistir na participação das pessoas como eixo da política pública, pois sem ela se tende a manter a cultura política dominante e desconsidera-se o caráter estratégico de luta social por meio das políticas sociais.

b) A radicalização da democracia colide com a lógica capitalista. A democracia no capitalismo convive com constantes contradições, uma vez que sua existência, ao ser condicionada à manutenção do poder de apropriação do capital, impede a socialização dos bens produzido no grupo, e, desta forma, impede a igualdade, a liberdade real. Por outro lado, sua existência se dá num campo de tensões, mediante a luta de classes e, sobretudo, a partir da pressão organizada e mobilizada das classes subalternas. Dito isso, cabe apontar que compartilhamos da concepção que defende o processo de democratização como estratégia para a construção de novas formas de sociabilidade humana, para além do capital. A referência aqui se coloca em Coutinho (2008a) que, ao agregar a perspectiva lukacsiana, que concebe a democracia como processo e não como estado, e, por isso, o termo democratização. Essa democracia, ou democratização, torna-se um valor universal:

[...] na medida em que contribui para explicitar e desenvolver os componentes essenciais do ser genérico do homem. [...] as objetivações democráticas são capazes de promover essa explicitação e esse enriquecimento em diferentes formações econômico-sociais. (COUTINHO, 2008a, p. 23).

Para o autor, nos conflitos decorrentes dos desacordos sociais, seja no capitalismo ou no socialismo, a democracia é um instrumento imbuído de capacidade de resolução e favorável ao enriquecimento do gênero humano. Assim, concordamos com Coutinho (2008a), “que nenhum projeto sério para o Brasil pode deixar de lado a questão fundamental da democracia” (p. 149). De modo que, segundo o autor, essa é uma questão não apenas política, mas global. Quanto à dimensão política, o centro encontra-se na inserção das classes subalternas “a participar da vida política, a serem atores sociais e políticos” (COUTINHO, 2008a, p. 149).

c) Há um entrelaçamento da política social com a política econômica, e ambas vinculam-se à acumulação capitalista. A política social, nesse sentido, constitui-se em campo de tensões e disputas de modelos e projetos. Responde a diferentes interesses, e expressa relações sociais resultantes da desigualdade social do capitalismo. (YAZBEK, 2008; VIEIRA, 2004; NETTO, 2006)

Isso posto, pensamos que uma política de saúde voltada para a universalização dos direitos, com base numa concepção de saúde ampliada, requer uma política econômica compatível com essas prerrogativas. No entanto, na política econômica capitalista, as respostas às necessidades e demandas por saúde são colocadas numa perspectiva biologiscista, compatível com a lógica mercadológica e descoladas da relação do processo saúde-doença com a forma de organização da sociedade. Assim, a participação, com base político-crítica na política de saúde, requer a adoção de uma perspectiva sócio-histórica para o processo saúde-doença, de modo que as lutas por saúde possam colaborar no acúmulo para a construção de novas formas de sociabilidade humana, tendo como horizonte a emancipação humana, como também contribuir para a constituição de uma política de saúde que venha a oportunizar melhorias nas condições de vida das classes subalternas.

A partir dessas reflexões iniciais e com o intuito de alcançar os objetivos de pesquisa propostos, apresentamos na sequência o caminho metodológico percorrido.

Percurso Metodológico

A interconexão entre o objeto e os objetivos da tese se entrelaça com a perspectiva teórica adotada e o desenho de investigação.

Assim, a natureza do objeto desta tese leva-nos à utilização preferencial de método qualitativo de investigação, embora também tenhamos valido de técnicas quantitativas em nossas análises.

O movimento metodológico adotado recusa uma visão tecnicista e tem por fundamento a perspectiva sociocrítica, com base na perspectiva dialética marxista, uma vez que “na pesquisa qualitativa todos nos expressamos como sujeitos políticos, o que nos permite afirmar que ela, em si mesma, é um exercício político. Não há nenhuma pesquisa qualitativa que se faça a distância de uma opção política” (MARTINELLI, 1999, p. 26).

Nesta direção entende-se que o processo de conhecimento da realidade social não é unívoco e está intimamente relacionado às diferentes visões do ser humano, da sociedade e do mundo.

Além disto a escolha teórico-metodológica pela pesquisa qualitativa deve-se a que a mesma oportuniza “conhecer a experiência do grupo pesquisado e os significados que atribuem a tal experiência” (MARTINELLI, 2005, p. 119).

Minayo (1993), ao discutir a pesquisa qualitativa em saúde, coloca que a problematização e o entendimento de certos aspectos da realidade impõem-se à necessidade do conhecimento não só do fato objetivo mas também da sua representação. Nesse sentido, afirma que:

O quadro teórico de aproximação da totalidade dos processos de saúde/doença, na abordagem marxista ‘qualitativa’ parte das representações sociais em relação dialética com a base material que as informa. Esse ponto de apoio em direção à compreensão das estruturas se fundamenta na importância do pensamento para a ação e no caráter contraditório, dinâmico e potencialmente transformador do campo ideológico (p. 85).

O processo investigativo pressupõe a visão de totalidade e também a visão de aproximação entre sujeito e objeto, uma vez que, com relação às pesquisas qualitativas, “é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência de pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p. 25).

Diante do exposto, para alcançar os objetivos e a apreensão da temática proposta, com relação aos procedimentos metodológicos, utilizou-se de estudo documental e bibliográfico, e de pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas.

O estudo bibliográfico e documental se estendeu por todo o processo de pesquisa e elaboração da tese, uma vez que foi necessário aprofundar as categorias analíticas e o estudo de temas pertinentes ao objeto de pesquisa. Procedeu-se ao estudo e à análise de textos e documentos que compõem fontes primárias e secundárias sobre a temática. A leitura do material foi orientada pela busca da apreensão do conteúdo exposto e defendido, dos antagonismos existentes e das concepções que os fundamentam.

Para melhor visualizar e explicitar o percurso metodológico no processo investigativo, sem com isso obedecer a uma projeção linear das etapas, uma vez que estas se constituíram no próprio movimento da pesquisa, descrevemos a seguir os procedimentos do processo.

Por meio de estudo bibliográfico e documental, realizou-se o resgate e a análise das tendências relativas à participação da sociedade nas políticas de saúde no Brasil, com realce para a APS. Na sequência, procedeu-se ao estudo da trajetória da APS no contexto internacional e no Brasil, com ênfase aos principais marcos históricos e debate referente aos diferentes mecanismos de participação da sociedade.

Para tanto, utilizou-se como fontes principais de análise, pela relevância e referência internacional, o estudo de Barbara Starfield⁴, o estudo realizado pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde sobre análise das reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde, em países da União Europeia a partir de

⁴ Estudo que compara a APS em 12 países industrializados, publicado no Brasil em 2002 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Opas.

1990⁵; a Declaração de Alma-Ata de 1978 e o documento de posicionamento da Opas/OMS de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, de 2008.

Quanto à participação nas normativas do Ministério da Saúde, no contexto da APS, fez-se revisão e análise dos documentos normativos do SUS de 1990 a agosto de 2011, a saber: Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508, de junho de 2011. Além do levantamento e análise das Políticas Nacionais definidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, consideradas representativas no debate da dimensão participativa na APS: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Política Nacional de Humanização.

O estudo e a análise das referências mencionadas deu-se por meio de diálogo com autores considerados referência no debate, a exemplo: Giovanella e Mendonça, 2008; Conill, 2008; Mendes 1996, 2011; Campos, 2007; Jara, 2006; Cortês, 1996, Carvalho 1995, Teixeira Fleury, 1988; Dagnino, 2002; Dagnino, Olvera e Panfichi, 2006; Nogueira, 2005, dentre outros.

Recorreu-se também a registros oficiais, referências bibliográficas, documentais e pesquisa empírica, para constituir uma base de conhecimentos sobre a construção da política de saúde no DF, mais precisamente da APS.

Nesse processo, gradativamente, fomos também construindo informações da atenção à saúde na Região do Itapoã, lócus da pesquisa empírica.

A escolha do DF, para realizar a pesquisa empírica, e não mais Santa Catarina conforme previsto inicialmente, ocorreu num momento de mudança de local de moradia e trabalho, ou seja, ocorre concomitantemente com a minha também recente chegada, do meu próprio encontro e, muitas vezes, desencontros com esse “novo lugar”, tornando-se ainda maior o desafio e os riscos, ao definir o DF, mais precisamente Itapoã, como lócus da pesquisa empírica. Foi um momento difícil, mas ao mesmo tempo instigante, de modo que a escolha pelo DF trouxe a oportunidade de compreensão da organização político-administrativa desta unidade federativa, que pela sua posição e peculiaridades, apresenta linguagem própria, com

⁵ Estudo publicado no Brasil em 2010 pelo Ministério da Saúde/ Opas/OMS.

características que ora se assemelham e ora se diferenciam enormemente das demais regiões do Brasil.

Associado a estas questões, outro fator relevante na definição do Distrito Federal como local da pesquisa empírica, refere-se a pouca produção sobre o tema em voga no meio acadêmico na região do centro-oeste brasileiro, como bem revela a pesquisa de Teixeira e Werneck Vianna (2009). Dos artigos publicados ao longo da década de 1990 e na primeira metade da década de 2000, 57 artigos explicitam a região brasileira onde foram realizados os estudos, e destes apenas 1,8% são do centro-oeste, 57,9% são do sudeste, seguidos por 19,3% do nordeste, 10,5% referem-se ao sul e 10,5% são de âmbito nacional. (Teixeira e Werneck Vianna, 2009).

Cabe ressaltar, que no exame de qualificação da tese a banca examinadora sugeriu a realização da pesquisa de campo em Brasília.⁶

Já a escolha da Região Administrativa do Itapoã-DF refere-se inicialmente por ser esta uma região criada em 2004. Trata-se de uma cidade considerada nova, visto que sua constituição se deu aproximadamente nos últimos 11 anos, caracterizando um processo de organização sociopolítica recente e, por conseguinte, com a estruturação e organização de serviços de saúde também recentes no âmbito local. Assim, definiu-se como locus da pesquisa empírica a Unidade Básica de Saúde Itapoã, tendo em vista que, nessa unidade de saúde, o trabalho é realizado unicamente por meio da ESF, sem equipes do modelo tradicional de APS (área não coberta pela ESF). E, o Centro de Saúde Itapoã constituído por equipes de saúde do modelo tradicional de APS e cinco equipes de ESF. Aqui, o diferencial está na organização do serviço, pois uma única área física comporta diferentes estratégias, ESFs e também estratégias de assistência por meio de modelo tradicional (área não coberta pela ESF).

Ressalta-se também que o fato de esses locais (CS e UBS Itapoã) constituírem-se em unidade de ensino-serviço, por meio de convênio da SES/DF, Ministério da Saúde e UnB, Universidade a qual desenvolvo atividades profissionais como docente, também influenciaram nessa escolha, uma vez que considera-se relevante a co-relação da temática com o processo de formação em saúde.

⁶ Exame de qualificação realizado no dia 25 de abril de 2011. Banca examinadora: Prof^a Dra. Maria Lucia Martinelli (orientadora); Prof^a Dra. Maria Carmelita Yazbeck; Prof^a Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia.

Diante de poucos registros encontrados sobre o processo de constituição da Região Administrativa do Itapoã, a fonte oral, por meio de entrevista, também oportunizou imersão na constituição sócio-histórica de Itapoá e a forma como foi se dando a implantação dos serviços de saúde no âmbito da APS. Além, é claro, de contribuir para a análise das possibilidades e limitações e das estratégias e experiências de participação em saúde na APS, assim como das bases que as fundamentam, objetivos que integram esta pesquisa.

Nesse sentido, a fonte oral constitui-se num recurso de profunda riqueza no descortinar do desconhecido, a partir da fala dos sujeitos da pesquisa, de modo especial nesse momento, dos moradores locais, uma vez que “ao narrar, o sujeito se revela, organiza a sua memória e relata a sua história. A entrevista, o depoimento [...], são instrumentos fundamentais para realizar a pesquisa pela via qualitativa” (MARTINELLI, 2005, p. 121).

As entrevistas, segundo Marsiglia (2006), são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais, uma vez que permitem captar melhor o que os sujeitos de pesquisa sabem e pensam, como também oportunizam ao pesquisador, observar dentre outros aspectos postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios.

Utilizou-se de entrevista semiestruturada tendo em vista que essa técnica combina, segundo Minayo (2006), perguntas fechadas e abertas; o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas possibilitam o aparecimento de várias vozes, e as palavras, as falas, se apresentam como essenciais nesse processo de pesquisa. Bakhtin (2006), ao valorizar a fala afirma sua natureza social e os efeitos dos conflitos sobre a mesma. “A fala está indissoluvelmente ligada às condições da comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais. [...] A palavra é a arena onde se confrontam valores sociais contraditórios (BAKHTIN, 2006, p. 15)”.

Para o referido autor, a fala serve de instrumento e material da comunicação verbal, e esta por sua vez implica conflitos, relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência à hierarquia, de modo que “a palavra revela-se, no momento de sua expressão, como o produto da interação viva das forças sociais.” (BAKHTIN, 2006, p. 66)

Nessa direção, a escolha pela entrevista semiestruturada se deu diante da possibilidade de realizá-la mediante roteiro que permite flexibilidade nas conversas, observar novos temas e questões trazidas pelo sujeito, facilitando a abertura,

ampliação e o aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2006).

Os sujeitos de pesquisa são profissionais da área de saúde, gerente do CS e usuários participantes de Segmentos Populares Organizados/ Entidades locais, conforme descrito a seguir.

Profissionais de Saúde:

Unidade Básica de Saúde Itapoã:

- 1 profissional de saúde, coordenador de cada equipe da ESF, totalizando 2 sujeitos de pesquisa.

Centro de Saúde Itapoã:

- 1 profissional de saúde, coordenador de equipe, 2 equipes de ESF, totalizando 2 sujeitos de pesquisa;
- 1 profissional de saúde, que compõe a equipe do modelo tradicional de APS no CS Itapoã;
- 1 gestor do Centro de Saúde.

Nasf – que compõe a equipe da UBS Itapoã e Centro de Saúde Itapoã:

- 1 membro da equipe do Nasf, indiferentemente da categoria profissional (exceto assistente social), indicado pela equipe;
- 1 assistente social do Nasf.

Usuários/participantes de Segmentos Populares Organizados/Entidades Locais:

- 1 presidente do Conselho de Saúde do Paranoá e Itapoã;
- 1 Associação dos Diabéticos;
- 1 coordenador da Central de Movimentos Populares de Itapoã;
- 1 prefeita de área (presidente de associação de moradores);
- 1 membro do Conselho de Saúde de Itapoã (conselho instituído no mês das entrevistas).

Como critério para definição dos profissionais de saúde da ESF, a opção foi pelos coordenadores de equipe da Unidade Básica/Centro de Saúde de Itapoã. E o profissional do Centro de Saúde por disponibilidade e indicação da própria equipe.

Já os profissionais de Saúde da equipe do Nasf, a opção foi pelo Assistente Social, e o outro profissional por indicação da própria equipe.

Os sujeitos de pesquisa dos segmentos populares organizados/entidades locais/usuários foram definidos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, com o gestor da unidade e por meio de contato informal com lideranças locais, de modo que a definição desses sujeitos se deu processualmente, na medida em que se ia apropriando do contexto local.

Na sequência, apresentam-se, na Tabela 1, as características gerais dos sujeitos profissionais de saúde que compõem o universo da pesquisa. Já a Tabela 2 contém os dados gerais dos sujeitos da pesquisa usuários, participantes de segmentos populares organizados/entidades locais.

Tabela 1: Características Gerais dos Sujeitos Profissionais de Saúde que Compõem o Universo da Pesquisa

Sujeito	S	Idade	Formação	Tempo de formação	Especialização	Experiência profissional	Tempo de experiência APS	Tempo no CS/UBS Itapoã	Vínculo de trabalho	Participação em movimentos sociais/segmentos populares organizados	Participação em movimentos sociais/segmentos populares organizados na área da saúde
1	F	38	Enfermeira	16 anos	Especialista em centro cirúrgico	Emergência hospitalar Auditoria em enfermagem hospitalar APS (a partir de 2009)	2 anos e 10 meses	2 anos e 10 meses	Estatutário 40h CS – modelo tradicional	Não	Processo inicial do conselho gestor do CS e na tentativa de criação de conselho de saúde
2	F	26	Assistente Social	4 anos	Projetos sociais e administração – desistiu logo no início	Criança/ Adolescente APS – Nasf	1 ano Nasf	1 ano	Estatutário 20h Nasf	Rede social Paranoá; Redes do PET Erradicação do Trabalho Infantil; Fórum de direitos da Criança e do Adolescente.	Preferência de Saúde (2011); Reuniões Conselho Paranoá; Rede social Paranoá
3	M	29	Enfermeiro	7 anos	Enfermagem na área da cardiologia	Área Hospitalar APS (a partir de 2009)	2 anos e 10 meses	CS – ESF 2 anos e 10 meses	Estatutário 40h ESF - CS	Coren - DF	Conferência de Saúde Reuniões de conselho
4	F	41	Médica	18 anos	Clinica médica, homeopatia, psicossomática e saúde da família. Atualmente curso especialização em psicologia	Clinica médica particular e pronto-socorro APS desde 1997 e experiência	13 anos	CS – ESF Itapoã 1 ano	Estatutária 40h ESF/CS	Sindicalizada, mas sem atuação efetiva no sindicato dos médicos	Foi conselheira de saúde no Paranoá – representando segmento dos gestores (por 1 ano)

5	F	35	Enfermeira	12 anos	junguiana	em gestão na APS	5 anos	5 anos	Estatutária 40h ESF/ UBS Itapoá	Não	Conferência de saúde como ouvinte (2011). Reuniões do conselho de saúde
6	F	42	Enfermeira e Obstetrícia	11 anos	Didática do ensino superior e em saúde coletiva	Área hospitalar. Instrutora do Senac para técnico de enfermagem APS	+ 4 anos	9 meses	Estatutária 40h Gerente do CS	Rede social regional do Paraná. Já participou de ONG para criança e adoles-cente	Foi conselheira de saúde do Paranoá e Itapoá representando os trabalhadores e representa o segmento gestor do conselho do Itapoá. Conferências de saúde
8	F	28	Fisioterapeuta	7 anos	Fisioterapia pneumo-funcional (para área hospitalar, UTI e internação)	Área hospitalar APS – no Nasf, no CS	1 ano	1 ano	Estatutária 20h Nasf	Não	Preconferência de saúde (2011) Já participou de reunião do conselho de saúde
10	F	34	Enfermeira	7 anos	MBA em saúde pública, ênfase na saúde da família, está concluindo especialização em gerência das cidades.	Caps	3 – 4 anos	3 anos	Estatutária 40h ESF – UBS Itapoá	Não	Conferências de saúde Eleita conselheira de saúde de Itapoá (conselho formado em 2011) Participou de algumas reuniões do conselho do Paranoá (ouvinte)

Tabela 2: Características Gerais dos Sujeitos Usuários Participantes de Segmentos Populares Organizados/Entidades Locais

Sujeito	S	Idade	Naturalidade	Local /tempo moradia	Formação	Especialização	Ocupação	Participação em movimentos sociais/ segmentos populares organizados	Participação em movimentos sociais/ segmentos populares organizados na área da saúde
7	F	56	Minas Gerais	Paranoá - 40 anos	Pedagoga	Ensino especial Educação de jovens e adultos	Professora estatutária Secretária de Educação	Membro fundadora do Centro de Cultura e desenvolvimento do Paranoá (Cedep) Participou de associação de moradores, mobilização comunitária e grupo de moradia, movimento de mulheres; Eventos do movimento de mulheres na China e Cuba e de lideranças comunitárias em Miami (EUA). No Brasil participou de encontros, conferências de assistência social	Conferência de saúde, conselheira de saúde no Cedep, movimento pela moradia, com demandas ligadas à saúde e educação
9	M	53	Bahia Reside em BSB há 25 anos	Itapoã 7 anos, (antes morava no Paranoá)	Ensino Fundamental		Carpinteiro de aeronaves, encontra-se na perícia,	Prefeito comunitário da Fazendinha, conselheiro de segurança do	Presidente da Associação de diabéticos participou das reuniões para formação do conselho de saúde

11	M	32	Mato Grosso Mora há 14 anos em BsB, na Regional Paranoá	Reside no Itapoá há 5 meses, atua em movimentos sociais na região de Paranoá/ Itapoá há 8 anos	Ensino médio; Iniciou faculdade de biologia e cursou 1ano (Federal de Mato Grosso), fez 4 semestres em ciências sociais – UnB (trancou e desistiu)			no INSS, por acidente de trabalho	Itapoá	Conferência de Saúde; Participação na formação do conselho de saúde Itapoá; Setorial de saúde na CMP/DF
12	F	31	Brasília	Reside em Itapoá há 7 anos	Ensino médio; Iniciou ensino superior em sociologia e desistiu no 1º semestre		Contratada em outubro/2011 para a área gestão social na RA Itapoá.	Central dos movimentos populares (CMP) Itapoá; atual prefeita e presidente de quadra. ONG Bom Jesus (área de economia solidária e capacitação profissional) Projeto colibri escola de samba	Participação na formação do conselho de saúde de Itapoá e conferência de Saúde	

13	M	29	Maranhão; reside em Brasília há 22 anos	Reside em Itapoã há 10 anos, antes morava em São Sebastião	Ensino médio		Secretário administra- tivo de desenvolvi- mento econômico RA Itapoã	Vice-prefeito de área	Foi conselheiro de saúde do Paranoá e Itapoã; Conselheiro de saúde representando os usuários
----	---	----	--	---	-----------------	--	--	--------------------------	---

Das características gerais dos sujeitos com relação aos **profissionais de saúde**, dos 08 sujeitos de pesquisa, incluindo o gerente do CS, 05 (cinco) são graduados em enfermagem, 01(um) médico, 01 (um) assistente social, 01 (um) fisioterapeuta, com idade mínima de 26 (vinte seis) anos e máxima de 42 (quarenta e dois) anos. O tempo de formação na graduação varia de no mínimo 04 (quatro) anos e no máximo 18 (dezoito) anos, sendo que metade deles apresentam de 04 (quatro) à 07 (sete) anos de formação e os outros 04 (quatro) sujeitos, de 11 (onze) à 18 (dezoito) anos. Todos apresentam vínculo estatutário junto a SES/DF. Quanto ao tempo de experiência na APS, dos 08 (oito) profissionais entrevistados, 7 (sete) deles atuam entre 1 (um) à 5 (cinco) anos na APS e apenas um (01) deles atua há 13 (treze) anos. Dos profissionais que atuam no CS, quatro (04) deles estão vivenciando a primeira experiência de APS no Itapoã, sendo que destes 02 (dois) desde a implantação do CS e 02 (dois) a inserção se deu a partir do Nasf. Dos dois profissionais da UBS, uma delas atua a 05 (cinco) anos nessa unidade e outra a 03 (três) anos. Já a gerente inseriu-se no CS do Itapoá a 09 (nove) meses, apesar de atuar na APS a 04 (quatro) anos. Outro profissional inseriu-se a 01 (um) ano no CS Itapoã, mas já atua na APS a 13(treze) anos.

Em relação à participação em movimentos sociais/espços políticos organizativos na área da saúde, os conselhos e as conferências foram os de maior expressão dos profissionais de saúde. Todos se referiram a alguma aproximação com conselho de saúde, alguns como conselheiros em determinados momentos e outros por meio de participação em alguma reunião ou atividade envolvendo conselhos de saúde. 05 (cinco) profissionais também mencionaram a participação em conferências. Já quanto à participação em outros movimentos sociais/organizações coletivas, metade dos sujeitos profissionais de saúde nunca experienciaram nenhuma aproximação. Dos outros 04 (quatro) profissionais, 02 (dois) referiram-se a participação na rede social Paranoá e Itapoã e entidades da sociedade civil ligadas à área da criança e adolescente. Outro se referiu à participação junto a órgão da categoria profissional (Conselho Regional de Enfermagem – COREN) e outra profissional referiu-se a sua sindicalização a entidade de classe.

Dos sujeitos usuários participantes de segmentos populares organizados/entidades locais, 02 (dois) apresentam idade entre 50 à 60 anos, 02 (dois) entre 30 à 40 anos e 01 (um) de 29 anos, o que demonstra que a maior

incidência, embora tenha esta na faixa de 29 à 40 anos. Quanto ao tempo de moradia no Itapoã, o maior número concentra-se no período compreendido entre 07 à 10 anos, ou seja 03 (três) sujeitos. Um deles a menos de um ano, mas já morava na região no Paranoá a mais de 05 anos. Um outro sujeito, não reside no Itapoã, mas na região do Paranoá à 40 anos e por ter uma inserção significativa nos movimentos sociais no Paranoá e no Itapoã, compôs o conjunto dos sujeitos dos segmentos dos usuários/segmentos populares organizados/entidades locais na pesquisa.

Quanto a formação dos sujeitos da pesquisa do segmento em análise, apenas 01 (um) tem formação superior, 03 (três) com ensino fundamental completo, sendo que 02 destes iniciaram curso superior mas desistiram. E, um dos sujeitos tem ensino fundamental. Dos cinco sujeitos dos segmentos dos usuários/segmentos populares organizados/entidades locais, 03 deles tem vínculo empregatício com o GDF, um deles com o Governo Federal e um deles encontra-se em perícia do INSS (por acidente de trabalho onde atuava como carpinteiro de aeronaves).

Com relação a participação em movimentos sociais/segmentos políticos organizativos da sociedade civil, 02 (dois) deles apresentam inserção em entidades e organizações políticas de âmbito local, distrital e de âmbito nacional, inclusive com articulações internacionais. E os outros 03 (três) sujeitos a inserção ocorre em segmentos organizativos locais. Quanto a participação em movimentos sociais/ espaços político organizativos na área da saúde, os conselhos e conferências foram também espaços de maior expressão dos sujeitos usuários, assim como para os profissionais de saúde. Todos os usuários referiram-se a alguma aproximação com conselho de saúde, alguns como conselheiros em determinados momentos e outros por meio de participação em alguma reunião ou atividade envolvendo conselhos de saúde. Dos 05 (cinco) sujeitos dos segmentos dos usuários, 02 (dois) deles referiram-se as articulações entre diferentes demandas ligadas as políticas sociais (como saúde, educação, moradia, assistência social) por meio de estratégias organizativas como Cedep, CMP/DF e horta comunitária. Dos sujeitos 01 (um) deles mencionou sua participação na associação de diabéticos na condição de presidente da entidade.

As entrevistas foram realizadas no período de 13 de outubro a 21 de novembro de 2011. Os profissionais de saúde e o gerente de saúde foram entrevistados no próprio local de trabalho, CS ou UBS, em horário previamente

definido com os sujeitos. Com os usuários/participantes de segmentos populares organizados/entidades locais, as entrevistas foram realizadas fora do CS ou UBS: duas na residência dos próprios sujeitos, duas na sede da entidade de que participa e uma no local de trabalho do sujeito.

A acolhida por parte dos sujeitos foi de grande relevância. Todos demonstraram interesse e foi visível a preocupação em contribuir com o processo da pesquisa, tendo sido momentos gratificantes e prazerosos.

O tempo de pesquisa varia entre os diferentes sujeitos, tanto profissionais quanto usuários, embora todos demonstrassem interesse na participação e com significativa contribuição para o objetivo da pesquisa. As entrevistas duraram em média de 30 a 60 minutos. Sete delas ficaram em torno de 35 minutos, três chegaram a 60, duas em torno de 40 minutos e apenas uma com 20 minutos, totalizando um total de 8 horas e 45 minutos de entrevista.

As entrevistas, mediante aceite dos sujeitos de pesquisa, foram gravadas e, após a transcrição, encaminhadas para os respectivos sujeitos, de modo que estes poderiam, em um prazo definido, posicionar-se com relação ao conteúdo, ou seja, puderam excluir ou acrescentar outras informações e reflexões em suas entrevistas. Dos 13 sujeitos, 05 (cinco) retomaram o contato realizado e destes dois inseriram sugestões e alterações.

O roteiro era constituído de dois blocos. O primeiro abordava características gerais dos sujeitos de pesquisa e o outro as questões pertinentes à participação em saúde na APS.

Depois de realizadas as entrevistas, feita a transcrição e encaminhada a devolutiva aos sujeitos, o material foi sistematizado e organizado para análise, tendo por referência as categorias teóricas, base teórica de suporte da pesquisa e categorias empíricas, surgidas a partir das narrativas dos sujeitos da pesquisa (MARTINELLI, 2005). Seguindo as orientações da autora, e tendo por norte os objetivos propostos, selecionaram-se as unidades de análise, a partir das informações recorrentes e seu grau de relevância na fala dos sujeitos, assim como aquelas falas que se mostraram diferentes desse conjunto, mas que apontaram novos ângulos para a análise.

Como o material obtido por meio das entrevistas apresentou um grande volume de informações, além de ouvir cada entrevista pelo menos duas vezes, foram feitas sucessivas leituras. Desse processo de escuta e leitura, criou-se uma

tabela individual com os conteúdos de cada pergunta e outras questões relevantes do processo de pesquisa. Daí foram montados primeiramente as tabelas com as características gerais dos sujeitos da pesquisa, já apresentados. Também desse processo, utilizam-se as narrativas para constituir a história e caracterização do campo de pesquisa empírica, aqui, especificamente, a cidade do Itapoã e a forma como se formaram os serviços de saúde nesse local.

Na sequência, as narrativas foram reagrupadas por perguntas em dois eixos e em dois subgrupos. O subgrupo dos profissionais, diferenciando as falas do profissional do CS – modelo tradicional (área não coberta pela ESF), dos profissionais da ESF e do gestor do CS. E, em outro subgrupo, a fala por sujeito usuário/representante de segmentos populares organizados. Os dois eixos foram construídos com base nos roteiros de entrevistas (Apêndice), a saber: Eixo 1: Expressões e tendências da participação da sociedade na APS e as bases que as fundamentam. Eixo 2: Possibilidades e limitações da participação social na APS e as possíveis mediações presentes que permitam contribuir no processo de participação em saúde. No processo de agrupamento e análise por eixo, destacaram-se por meio de uma tabela os conteúdos (recorrentes e que se mostraram diferentes) relevantes no contexto das falas dos sujeitos, os quais possibilitaram levantar as categorias de análise que nortearam as reflexões. Nesse processo, foi se constituindo uma teia de análise, num vai e vem entre as narrativas e as categorias levantadas e a base teórica que sustenta esta tese. Salienta-se que os respectivos eixos serão tratados no quinto capítulo.

A pesquisa de campo foi tão significativa que após sua realização nos levou a revisitar os primeiros capítulos da tese, de modo que se considera que a mesma foi parte constitutiva do conjunto da tese. As epígrafes dos capítulos são expressões dos sujeitos da pesquisa consideradas relevantes e aderem ao objeto e ao contexto da tese.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal SES/DF em 18 de agosto de 2011, componente do projeto intitulado “A defesa de princípios democráticos na política de saúde: um estudo sobre a relação da equipe de saúde com a população no contexto da atenção primária”, sob o número CAAE- 0378.0.013.000-11 e aprovado conforme Parecer 356/2011- CEP/SES em 29 de agosto de 2011 (Anexo I).

Para o desenvolvimento da pesquisa e realização das entrevistas, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II), conforme normas estabelecidas pela Resolução CNS196/1996, explicitando de maneira clara e precisa, aos sujeitos da pesquisa, a justificativa, os objetivos, os procedimentos de pesquisa e os resultados esperados. Também se garante o sigilo do sujeito.

Ressalta-se que após a defesa da presente tese, se fará a devolutiva dos resultados da pesquisa aos profissionais do CS e UBS de Itapoã e aos segmentos populares locais, conforme proposto aos sujeitos da pesquisa ao final de cada entrevista.

Considerando o processo de pesquisa aqui descrito, apresentam-se, na sequência, as informações e os conhecimentos expressos advindos desse processo investigativo, em cinco capítulos estruturados da seguinte forma:

O **primeiro capítulo “Tendências da participação da Sociedade nas Políticas de Saúde no Brasil”** aborda as principais tendências da política social na sociedade moderna. Do contexto do liberalismo no decurso do Século XIX e início do século XX, passando pelo processo de expansão das políticas sociais, que configurou o denominado Estado de Bem-Estar Social, até o momento atual, com a perspectiva neoliberal caracterizada pela mundialização do capital e privatização das políticas sociais. Na sequência, destacam-se aspectos relevantes da política social no Brasil, para então adentrar na trajetória das políticas de saúde no País, e as principais tendências da participação da sociedade.

O **segundo capítulo “O Debate Internacional da Atenção Primária à Saúde”** apresenta a trajetória da Atenção Primária à Saúde no contexto internacional, com ênfase nos principais marcos históricos, conceitos, abordagens e o enfoque atribuído à participação da sociedade.

O **terceiro capítulo “A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Dimensão Participativa”** trata do processo de constituição da APS no Brasil, com ênfase no SUS e a dimensão da participação. Destaca-se, nesse capítulo, o estudo e a análise da dimensão da participação nas normatizações e orientações do Ministério da Saúde, com destaque para as Leis Orgânicas da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs-Noas), Pacto pela Saúde, Decreto 7.508/2011 e Políticas Nacionais definidas pelos Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, consideradas representativas para o objeto do presente estudo.

O **quarto capítulo “A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal: contextualizando o campo da Pesquisa Empírica”** contextualiza o campo da pesquisa empírica. Primeiramente, versa sobre a APS no DF, tendo como referência documentos oficiais e estudos sobre a política de saúde no DF, para, em seguida, adentrar na região do Itapoã, lócus da pesquisa empírica, utilizando-se de documentos oficiais e estudos da região, como também a fonte oral, bases importantes na compreensão do contexto local.

O **quinto capítulo “A participação em Saúde na Aps no Itapoã – Df: O que dizem os sujeitos da Pesquisa”** volta-se para a apresentação, descrição e análise das entrevistas, sob a perspectiva de seu conteúdo, de modo que, complementarmente aos capítulos anteriores, contribui para o alcance do objetivo central desta tese que consiste na análise das expressões e tendências da participação da sociedade na APS. O enfoque aqui se coloca nas possibilidades e limitações da participação social na APS, e no conhecimento e análise das estratégias e experiências da participação em saúde na APS e as bases que as fundamentam.

E, por último, apresentam-se as Considerações Finais, com destaque para a discussão das expressões e tendências da participação em saúde na APS, assim como suas limitações e possibilidades, considerando o caminho de investigação percorrido.

1 TENDÊNCIAS DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

*A nós todos foi há muito tempo negado essa questão de discutir saúde, a gente achava que discutir saúde era coisa dos doutores, que a gente não sabia discutir saúde. Então a gente vem há muito pouco tempo participando.
(Entr. 7).*

Tratar da participação da sociedade no âmbito da política de saúde requer a compreensão dessa política em interação com as demais políticas sociais e com os contextos econômico, social, cultural, político e as características resultantes das contradições contidas no processo de acumulação capitalista.

Toma-se como ponto de partida o entendimento de Yazbek (2008) sobre a política social como modalidade de intervenção do Estado no atendimento das necessidades básicas dos cidadãos, que responde a interesses diversos, expressa relações, conflitos e contradições derivados da desigualdade estrutural do capitalismo. As políticas sociais, portanto, relacionam-se intimamente com a política econômica, e ambas vinculam-se à acumulação do capital, sendo que a segunda (política econômica) coloca-se geralmente acima da política social. (VIEIRA, 2004).

Nessa direção, as políticas sociais constituem-se um campo de tensões, conflitos e disputas de interesses na dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais nessa sociedade.

Assim, como base introdutória ao debate da participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde (APS), neste capítulo, aborda-se, num primeiro momento, as principais tendências da política social na sociedade moderna. Do contexto do liberalismo, no decurso do século XIX e início do século XX, ao processo de expansão das políticas sociais, que configurou o denominado Estado de Bem-Estar Social (no padrão produtivo keynesianista-fordista) predominante no período pós Segunda Guerra até início dos anos 70, principalmente na Europa Ocidental; na sequência aborda-se a perspectiva neoliberal caracterizada pela mundialização do capital e privatização das políticas sociais, sendo este o período no qual nos

encontramos. Na continuidade, destaca-se aspectos relevantes da política social no Brasil, com ênfase na trajetória da política de saúde, para então, adentrar nas principais tendências da participação da sociedade.

1.1 POLÍTICA SOCIAL: UMA APROXIMAÇÃO CONCEITUAL E SÓCIO-HISTÓRICA

A concepção de política social que norteia a presente reflexão tem como base a contribuição de Netto (2006), ao definir que as políticas sociais historicamente se configuram como resposta do Estado burguês do período capitalista monopolista a demandas apresentadas no movimento social por classes vulnerabilizadas pela questão social. O Estado, correspondendo à lógica do capital, utilizando-se das políticas sociais, responde às pressões dos segmentos da população “afetados” pelas várias expressões da questão social, nos âmbitos da saúde, habitação, educação, renda, emprego, e outros. O enfoque das políticas sociais incide predominantemente sobre expressões da chamada questão social.

Quando os afetados por essas expressões conseguem exercer, sobre o Estado, uma pressão organizada, conquistam algumas respostas às suas demandas. Assim, não basta que haja expressões da questão social para obter política social. As conquistas dependem também do nível de organização dos sujeitos, para demandar respostas do Estado por meio de políticas sociais mais contundentes ou não. Por outro lado, o Estado, com frequência, antecipa-se estrategicamente às pressões do movimento dos trabalhadores em busca de soluções neutralizadoras de qualquer potencial transformador contido na demanda, prevenindo que as pressões tomem forma organizada e mobilizadora. Desta forma, a formulação de uma política social não esgota a sua tensionalidade, uma vez que as políticas sociais constituem-se campos permanente de tensões, seja na sua formulação (na disputa de projetos de concepção e objetivos distintos), ou na sua implementação.

Nessa direção, a questão social é central para o desenvolvimento das políticas sociais e estas, por sua vez, referem-se às relações sociais concretas, constituindo-se como parte das respostas que o Estado proporciona às expressões da questão social, nas disputas de interesses de grupos e classes. (YAZBEK, 2008).

É como nos diz Martinelli:

[...] a expansão do capitalismo se fizera acompanhar da expansão da “questão social”. O progresso capitalista produzira, em sua marcha, a acumulação da pobreza, a generalização da miséria. (MARTINELLI, 2001 P.76)

A contribuição de Yamamoto (2008) sobre a questão social ajuda no entendimento do profundo entrelaçamento das políticas sociais com a questão social e suas mais variadas expressões, como também a coloca no centro das disputas e lutas por projetos societários de homens e mulheres, ao longo da história.

A questão social é indissociável da sociabilidade capitalista e, particularmente, das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado na expansão monopolista do capital. [...] a questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzida e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em torno de capital fetiche. As configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história. Ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais, que trazem o selo das particularidades históricas nacionais (p.156).

A gênese da questão social pode ser situada na segunda metade do século XIX, quando os trabalhadores apresentam formas de reação e enfrentamento da exploração de seu trabalho. (YAZBEK, 2008). Segundo essa mesma autora, a expressão da questão social emerge na Europa ocidental, na terceira década do século XIX, diante do processo de industrialização que surge naquele período e do empobrecimento e pauperização dos trabalhadores.

No final do século XIX, as respostas dadas à questão social ocorrem de forma repressiva, incorporando apenas algumas demandas dos trabalhadores, transformando algumas reivindicações em leis, estabelecendo melhorias tímidas e parciais, sem atingir o cerne da questão.

Salienta-se que no período compreendido entre meados do século XIX até a terceira década do século XX predominou a perspectiva do capitalismo concorrencial⁷ que encontra suas bases teóricas no liberalismo. O principal sustentáculo é o trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Nessa perspectiva, segundo as autoras citadas, o mercado é concebido como “mão invisível”, que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum. O Estado, por sua vez, não interfere nas relações econômicas e desempenha o papel de fornecer a base legal para garantir maior liberdade ao mercado. O liberalismo procura romper com a aristocracia e o clero, o Estado absoluto e seu poder arbitrário. O Estado é um mal necessário, que tem a incumbência de proteger a vida, a liberdade individual e a propriedade. O liberalismo nega a política e, por conseguinte, a política social, por entender que poderá invadir as relações de mercadoria.

Alguns elementos do liberalismo são apontados por Behring e Boschetti (2006), para compreender a reduzida intervenção do Estado na forma de política social, tais como: ideia de que o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; a defesa do predomínio do individualismo, da liberdade e competitividade; o predomínio da lei da necessidade (necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas, tendo em vista a manutenção do controle da miséria); a

⁷ Netto e Braz (2006), na tentativa de estabelecer uma periodização histórica do desenvolvimento do capitalismo, com base no caráter processual e de movimento do capital, dinamizado por suas contradições, identificam os seguintes estágios evolutivos do capitalismo: 1) Estágio que começa com a *acumulação primitiva* (século XVI a meados do século XVIII): fase inicial do capitalismo, onde o grupo social dos comerciantes/mercadores foi decisivo, por isso também chamado de capitalismo comercial ou mercantil. No decurso desse estágio, a burguesia nascente afirma-se como classe que controla as principais atividades econômicas, é considerada classe revolucionária conjugando interesses com massa da população e confronta-se com os privilégios da nobreza fundiária. 2) Estágio denominado de *capitalismo concorrencial* (liberal ou clássico) predominante da segunda metade do século XVIII até o último terço do século XIX. Trata-se de um período de mudanças políticas (está se completando a Revolução Burguesa) e técnica (com a revolução industrial), que provocará dentre outras coisas a urbanização sem precedentes, criará o mercado mundial, o surgimento das lutas de classe fundadas na contradição entre capital e trabalho, culminando na luta dos trabalhadores para forçar o processo (mesmo que lento) de democratização da sociedade burguesa, sendo o próprio processo de democracia política conquista do movimento operário. 3) *Estágio imperialista* origina-se a partir do entrelaçamento entre os monopólios industriais e monopólios bancários. A fusão destes dois constitui o capital financeiro, central no 3º estágio do capitalismo, denominado de imperialista, em que sua forma empresarial típica será a monopolista. É gestado nas últimas três décadas do século XIX, percorreu todo o século XX e prolonga-se na entrada do século XXI. Na história desse estágio, distinguem-se três fases: a) *fase clássica*: que vai de 1890 a 1940; b) Os “*anos dourados*”: fim da 2ª guerra mundial até entrada dos anos 70. c) *capitalismo contemporâneo*: de meado dos anos 70 aos dias atuais.

naturalização da miséria (miséria como resultado da moral humana); o entendimento de que o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo; a manutenção de um Estado mínimo. Ao Estado, cabe apenas regular as relações sociais, com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado; a compreensão de que políticas sociais estimulam o ócio, o desperdício e que devem ser um paliativo, uma vez que a pobreza deve ser minorada pela caridade.

Já no decurso do século XIX e início do século XX, evidenciam-se os limites do liberalismo, enfraquecendo as bases materiais subjetivas de sustentação dos argumentos liberais, resultantes de processos políticos e econômicos, como o crescimento dos movimentos operários; e a concentração da monopolização do capital (mercado cada vez mais liderado por grandes monopólios, possibilitando fusão entre capital bancário com capital industrial, originando o capital financeiro). (BEHRING e BOSCHETTI, 2006)

Paralelamente a esse contexto, as elites políticas econômicas começam a reconhecer os limites do livre mercado, principalmente com a crise de 1929-1932, a revolução de outubro de 1917 na Rússia e as duas grandes guerras.

Nesse processo, o Estado, no século XX, suaviza seus princípios liberais e reúne orientações social-democratas, num contexto de mobilização da classe trabalhadora, assumindo um caráter mais social, com alguns investimentos em política social. A política social aparece lentamente, no capitalismo, construída a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais, multiplicando-se e generalizando-se, principalmente após a 2ª guerra mundial. (VIEIRA, 2004).

No entanto, cabe mencionar que, na sequência da crise de 1929, a nova forma de intervenção do Estado na economia não rompe a democracia política nas sociedades onde as ideias democráticas estavam mais impregnadas e/ou onde se mantinha o êxito dos movimentos operário e sindical (como as experiências da Europa Nórdica, Inglaterra, França e Estados Unidos). Mas, nos países onde tais tradições eram débeis, como no caso da Itália, e/ou onde o movimento operário foi mais golpeado, como no caso da Alemanha, a intervenção do Estado deu-se em conformidade com a sua natureza antidemocrática do capital, aprofundando os

monopólios, instaurando o regime político que o favorecesse, o facismo⁸. (NETTO e BRAZ, 2006).

Nos países onde o facismo não foi adotado como possível solução para os monopólios e sob influência do suporte teórico das ideias de Keynes, economista inglês que critica o liberalismo de mercado, o Estado toma o papel ativo na regulação das relações econômicas e sociais. Agregou-se, às ideias de Keynes, a perspectiva do padrão produtivo fordista-taylorista que se fundamentava na produção em massa, em unidades produtivas concentradas e verticalizadas, no controle do tempo, dentre outros. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

A articulação dessas intervenções, conforme anteriormente citadas, representou um acordo de classes com a participação do Estado, do patronato e dos trabalhadores, que permitiu a aprovação de diversas legislações sociais, a expansão do chamado Welfare State⁹, mas também o abandono de boa parte dos trabalhadores do projeto de socialização da economia. Tal consenso, materializado pela ascensão ao poder de partidos social-democratas, institucionalizou possibilidades de políticas sociais mais abrangentes, universalizantes, baseadas na cidadania, de compromisso governamental no aumento de recursos para expansão dos benefícios sociais e de compromisso estatal com crescimento econômico e pleno emprego.

Nesse sentido, sem entrar no debate das diferentes concepções e divergências presentes, citamos apenas os clássicos modelos que influenciaram as políticas sociais nesse período, principalmente o beveridgiano e bismarkiano, tendo como referência os estudos de Werneck Vianna (2000). O modelo beveridgiano, proposto inicialmente na Inglaterra, por meio de relatório de resultados de estudos sobre a seguridade social¹⁰, apresentado ao parlamento Inglês, em 1942, propôs

⁸ A experiência política do totalitarismo no século XX realizou-se por duas práticas: o facismo (Itália) e o Nazismo (Alemanha). A palavra fascismo foi inventada por Mussolini com base no vocabulário italiano *fascio*, *feixe*. Utilizando-se dessa terminologia, propõe o fortalecimento do Estado Nacional, a aliança com setores conservadores do capital industrial e financeiro, a guerra de conquista de territórios e o nacionalismo baseado nas glórias do antigo império Romano. (Chauí, 2008)

⁹ Esping Andersen (1991) apresenta três tipos de *Welfare State*: liberal (EUA, Canadá e Austrália, com políticas focalizadas - mínimas aos comprovadamente pobres); conservador corporativista, inspirado no modelo bismarkiano (França, Alemanha e Itália) com direitos ligados ao *status* social; e o social-democrata com políticas universais, com direitos estendidos à classe média (países escandinavos). (*apud* YAZBEK, 2008 p. 87-88).

¹⁰ Nos marcos dos países capitalistas da Europa ocidental e da América Latina, a Seguridade Social estrutura-se tendo como referência a organização social do trabalho. O acesso ao trabalho sempre foi condição para garantir o acesso à seguridade social. Porém, pode-se ter a lógica da universalização dos direitos sem estabelecimento de contrato de seguro contributivo. Nessa

ampla reforma, com base numa perspectiva mais universalizante e de direito, fundamentando-se na universalização dos benefícios e unificação institucional de seguros sociais, que, após aprovada, foi colocada em prática a partir de 1946.

A base conceitual desse sistema foi a compreensão de seguridade social como “um conjunto de programas de proteção contra doença, o desemprego, a morte do provedor da família, a velhice, a dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contingências sociais”. (YAZBEK, 2008, p. 87). Já o modelo bismarkiano, proposto inicialmente na Alemanha no final do século XIX pelo chanceler Otto Von Bismarck, em respostas às constantes pressões dos trabalhadores, apresenta características que se assemelham às de seguro privado. Sob a lógica do seguro, a universalização de direitos depende do direito ao trabalho, já que os benefícios são condicionados ao acesso a um trabalho estável que permita contribuir para a seguridade social. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Nos fins dos anos 60, vivenciava-se a fase de esgotamento do denominado “anos dourados” do capitalismo, rompendo com o pacto dos anos de crescimento, com o pleno emprego (keynesianismo/fordismo) e o desenho social-democrata para as políticas sociais. De modo que, nos anos de 1970, segundo YAZBEK (2008), evidenciam-se as dúvidas quanto à viabilidade econômica do Estado de Bem-Estar Universalista, com influência beveridgiana e keynesiana.

A crise do Estado do Welfare State, iniciada nos fins dos anos 1960, não aconteceu de forma isolada da dinâmica capitalista mundial, mas como elemento fundante e integrante da lógica que sustentou os 30 anos anteriores.

Aparentemente, o taylorismo-fordismo e o keynesianismo, feitos um para o outro, consolidam o “capitalismo democrático”: a produção em larga escala encontraria um mercado em expansão infinita e a intervenção reguladora do Estado haveria de controlar as crises. Anunciava-se um capitalismo sem contradições, apenas conflito, que seriam resolvidos a base do consenso, capaz de ser construído mediante os mecanismos da democracia representativa. (NETTO e BRAZ, 2006, p. 212).

perspectiva, os benefícios podem romper com a lógica do seguro e assumir uma lógica social. De modo que a seguridade social pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvincular da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. Mas ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho (BOSCHETTI, 2009).

Tal idealização da dinâmica capitalista procurava justificar-se a partir do acúmulo do período posterior à derrota do fascismo, a 2ª Guerra Mundial, quando se traçaram novas bases de convivências econômica e política, envolvendo novas instituições, como a Organização das Nações Unidas (ONU), no plano político, e o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) no plano econômico. (NETTO e BRAZ, 2006).

Para Martinelli (2001), o capitalismo constituiu-se como um:

Modo de produção antagônico, que traz em seu seio a marca da desigualdade, da posse privada de bens, da exploração da força de trabalho, realizou sua marcha expansiva sob o signo da contradição. (MARTINELLI, 2001 p. 69)

Os “anos dourados” expressam um período expansivo, que se esgota com o declínio da taxa de lucros e do crescimento econômico, com fortes pressões de segmentos organizados dos trabalhadores. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006). A partir de então, instaura-se um período recessivo, que perdura até os dias atuais, marcado por crises constantes.

Mandel (1982) adentra nos ciclos longos de expansão e depressão do capitalismo, marcadamente por crises cíclicas, de modo que nos aponta importantes reflexões para compreendermos o cerne da crise. Para o referido autor o ciclo econômico, consiste de aceleração e desaceleração sucessivas da acumulação, onde o capitalismo alimenta-se das crises que sua própria dinâmica interna provoca. Para o autor, na história do capitalismo há uma sucessão de movimentos ciclos de menor período (7 a 10 anos), mas também de uma sucessão de períodos mais longos, “ondas longas”, concebíveis como resultados de flutuações cíclicas.

Numa fase de expansão, os períodos cíclicos de prosperidade serão mais longos e mais intensos, e mais curtos e superficiais as crises cíclicas de superprodução. Inversamente, nas fases da longa onda, em que prevalece uma tendência à estagnação, os períodos de prosperidade serão menos febris e mais passageiros, enquanto os períodos das crises cíclicas de superprodução serão mais longos e mais profundos. (Mandel, 1982 p. 85).

Assim, as crises fazem parte da natureza do capital e possuem ciclos mais ou menos curtos. Essas crises configuram-se, sobretudo, quando o capital não consegue acumular. No entanto, a crise atual, que teve seu início aproximadamente na década de 1970, tem uma particularidade, pois se trata de uma crise global, de caráter regressivo, destrutivo e que está afetando profundamente a esfera da produção, das relações de trabalho, das relações sociopolíticas, ideológicas.

As respostas do capital para a crise atual não vêm alterando o “perfil da onda longa recessiva” e articula-se, segundo Netto e Braz (2006), sobre o seguinte tripé: a reestruturação produtiva, a financeirização e a ideologia neoliberal.

Nesta mesma direção, Antunes (2000), ao refletir sobre o capitalismo contemporâneo, e a configuração que vem assumindo nas últimas décadas, indica duas tendências: a) o padrão fordista/taylorista vem sendo substituído por formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas – modelo japonês toyotista/flexível. b) A regulamentação social-democrata que sustentou o Estado de Bem-estar social vem se subordinando de maneira crescente à ordem do capital sob orientação neoliberal.

Num contexto de aguda destrutividade, o caráter alienado do capital, sua fetichização, nas palavras de Iamamoto (2008), alcança seu ápice no capital que rende juros (dinheiro que gera dinheiro).

Portanto, nesse momento de mundialização da economia sob a hegemonia das finanças, destroça-se a força humana que trabalha, destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se homens e mulheres que vivem do trabalho e torna-se predatória a relação homem–natureza. (ANTUNES, 2000).

Assim, com a crise dos anos 70, o projeto neoliberal surge como uma reação ao Estado do Bem-estar social, contra a social-democracia. Segundo Anderson (1995), as ideias neoliberais são assumidas como a “grande saída”, objetivando principalmente a liberalização dos mercados nacional e internacional, a redução substancial do tamanho do Estado e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos.

Segundo Draibe (1993), o neoliberalismo apresenta variações nas suas teses e propostas. Num primeiro momento a ênfase estava na negação dos princípios social democratas de regulação econômico-social. Num segundo momento, a ênfase se coloca nos vetores que podem sustentar o crescimento apoiado pela elevação da

competitividade, reforço aos mecanismos de modernização e flexibilização. Enfatizam-se programas sociais com base na focalização, privatização e descentralização e fundos sociais de emergência. As propostas voltam-se para a desuniversalização e assistencialização das ações, cortes dos gastos sociais e equilíbrio financeiro do setor público.

A proposta de reanimação do crescimento econômico capitalista na perspectiva neoliberal vem acompanhada pelo aprofundamento do desemprego e da desigualdade social, e de um processo de desresponsabilização do Estado para com as políticas sociais, tornando-as cada vez mais focalizadas, pulverizadas e privatizadas. Sob a ótica do enxugamento do Estado, presencia-se o desmonte dos serviços sociais públicos, a irresponsabilidade do Estado para com as políticas sociais e a não materialização ou mesmo a perda dos direitos sociais dos cidadãos conquistados.

Nas palavras de Gentili (1985), com o neoliberalismo, além do aprofundamento da miséria, da desigualdade social, também se vivencia o aniquilamento da esperança coletiva em um modelo de sociedade mais justa e solidária, o individualismo exarcebado, a mercantilização da vida cotidiana, enfim, a barbárie.

1.1.1 Aspectos relevantes da trajetória da política social no Brasil

No Brasil, o surgimento da política social, e, por conseguinte, a política de saúde, vem marcada pelas especificidades históricas da sociedade brasileira e não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central.

O que se constata, de maneira geral, e aqui apenas para ilustrar, é que a constituição da política social brasileira é profundamente marcada pela forma como se configura o Estado capitalista brasileiro. Tardiamente e bem distinta da Europa, o nascimento da burguesia brasileira não rompe com o poder oligárquico, como enfatizado por Florestan Fernandes no clássico *A Revolução Burguesa no Brasil*. O que ocorre é o:

Início de uma transição que inaugurava, inda sob a hegemonia da oligarquia, uma recomposição das estruturas de poder, pela qual se configurariam historicamente o poder burguês e a dominação da burguesia. [...] a burguesia mantém múltiplas polarizações com as estruturas econômicas, sociais e políticas do país. [...] se compromete, por igual, com tudo que lhe seja vantajoso: e para ela era vantajoso tirar proveito dos tempos desiguais e da heterogeneidade da sociedade brasileira [...] por isso, não era apenas a hegemonia oligárquica que diluía o impacto inovador da dominação burguesa. A própria burguesia como um todo (incluindo-se nela as oligarquias) se ajustara à situação, segundo uma linha de múltiplos interesses e de adaptações ambíguas, preferindo a mudança gradual e a composição a uma modernização impetuosa, intransigente e avassaladora. [...] se acabaram com a monopolização do poder político da “velha” oligarquia, também deram a esta a oportunidade de que precisavam para a restauração de sua influência econômica, social e política. (IANNI, 2004, p. 426-433).

Portanto, coloca-se a especificidade dessa “revolução burguesa” no Brasil, que, diante de uma economia colonial, periférica e dependente, mantém a lógica do que está posto, e, sem romper com o passado, fortalece o patrimonialismo, o clientelismo e o favoritismo, traços tão presentes em nossa cultura política e utilizada para garantir os privilégios das classes dominantes.

Nesse contexto, Behring e Boschetti (2006) constatarem os seguintes traços iniciais da política social no Brasil: o primeiro deles é que a questão social se coloca apenas como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas dos trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas para o mundo do trabalho; a criação dos direitos sociais resulta das lutas de classe e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo os trabalhistas e previdenciários, são pauta de reivindicações dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes, em ambiente de restrição de direitos políticos e civis; há um distanciamento entre definição dos direitos no âmbito de sua implementação real, situação que persiste até hoje; assim como a instabilidade dos direitos sociais, diante da dificuldade de configurar pactos mais duradouros.

Como lei precursora de um sistema público de proteção social no Brasil, Yazbek (2008) sinaliza a Lei Eloi Chaves, em 1923, que cria as Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), mas evidencia que somente nos anos de 1930 a questão social se coloca como legítima no pensamento dominante, diante dos focos

de resistência e organização da classe trabalhadora. Marca esse período a criação dos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) na lógica do seguro social, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o salário-mínimo, e demais medidas¹¹ de cunho social sob o signo do desenvolvimento de um Estado social brasileiro de caráter corporativo, fragmentado, com ênfase no controle e opressão das classes trabalhadoras e distante da perspectiva de inspiração Beveridgiana. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

No contexto de final do século XIX e início do século XX, o liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva. A passagem para o século XX foi sacudida pela formação dos primeiros sindicatos na agricultura e nas indústrias rurais, a partir de 1903; e dos demais trabalhadores urbanos, a partir de 1907, quando é reconhecido o direito à organização sindical. A criação, em 1922, do partido comunista e a semana de arte moderna também marcaram a emergência da classe trabalhadora que estava se colocando no cenário político da época.

No entanto, a diversificação da economia brasileira, com a crise de 1929-1932, que paralisou o comércio do café e a chamada “revolução” de 30, para alguns uma revolução burguesa, apresentou como resultados principais as mudanças na correlação de força da classe dominante (chegam ao poder outras oligarquias agrárias e também o setor industrialista, quebrando a hegemonia do café) e consequências para a organização política dos trabalhadores. Das disputas de hegemonia, da direção do processo de modernização e da radicalização do movimento tenentista, instaura-se um período de desenvolvimento de uma gestão estatal da força de trabalho, que inclui as políticas sociais e que incide sobre a organização do mercado de trabalho, a reprodução ampliada da força de trabalho e a regulação de normas de produção e de consumo. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

¹¹ O Ministério do Trabalho, criado em 1930, articulou o atrelamento dos sindicatos ao Estado por meio de Institutos de Previdência Social para algumas categorias de trabalhadores. Os trabalhadores rurais, a maioria da população ficou de fora do sistema estatal de previdência até os anos 70. Em 1930, cria-se também o Ministério de Educação e Saúde Pública (intervenção do Estado na saúde pública em dois eixos: saúde pública - conduzida por meio de campanhas sanitárias coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1937) e a medicina previdenciária, por meio dos IAPs. Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), coordenada pela primeira-dama, para atender às famílias de pracinhas envolvidos na guerra. Mas, depois de 1946, passa a dedicar-se à maternidade e à infância, implantando postos de serviço de acordo com interesses, apoios e conveniências, buscando a legitimação do Estado perante os pobres. Na distribuição de benefícios sociais, predominava o assistencialismo, numa junção de obras de caridade, na maioria religiosa, com ações das primeiras-damas (FALEIROS, 2000).

Sob a liderança de Getúlio Vargas, o período é marcado por uma política trabalhista, que buscava, ao mesmo tempo, controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social, que para alguns representou a formação de um pacto das elites na construção do modelo brasileiro de política social que não foi nem social-democrata, universal, e nem genuinamente bismarkiano, pois não contemplou o conjunto dos trabalhadores. (FALEIROS, 2000).

O período de ditadura militar, que vai de 1964 a 1988, ano da edição da Constituição dita democrática, o País desenvolveu-se economicamente com expansão da produtividade, modernização da economia e entrada do capital estrangeiro em parceria com o Estado. (FALEIROS, 2000).

Nesse contexto, segundo o mesmo autor supracitado, sem legitimidade política nas relações do Estado com a sociedade, o bloco militar-tecnocrático-empresarial, no poder, procurou obter o apoio social da população com certas medidas sociais, de modo que:

[...] expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos sociais em meio à restrição dos direitos civis e políticos, modernizando o aparato varguista. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 135).

Reedita-se, no período da ditadura militar, a perspectiva da modernização conservadora, com clara natureza monopolista¹² como via de aprofundamento das relações sociais capitalistas no Brasil, “reconfigurando nesse processo a questão social, que passa a ser enfrentada num *mix* de repressão e assistência, tendo em vista manter sob controle as forças do trabalho que despontavam”. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p. 136).

Desta direção, em 1966, sob a égide da política centralizadora do governo federal, foram unificados e uniformizados os institutos de previdência num único organismo, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), cuja administração ficou nas mãos da tecnocracia, retirando os trabalhadores da gestão da previdência. A previdência foi ampliada aos trabalhadores rurais em 1971, às empregadas

¹² Sobre a natureza monopolista, ver fase imperialista do capitalismo em Netto e Braz (2006), já citados em nota de rodapé nesta sessão.

domésticas (1972), aos jogadores de futebol e autônomos em 1973, aos ambulantes (1978). Em 1974, os idosos pobres, de mais de 70 anos, foram beneficiados por uma lei que programou a renda mensal vitalícia no valor de um salário-mínimo para os que houvessem contribuído, ao menos um ano, para a Previdência Social. (FALEIROS, 2000),

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e a ele incorporadas a LBA, a Fundação para o Bem-Estar do Menor (Funabem), a Central de Medicamentos (Ceme), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev). O sistema foi unificado em 1977, com a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) que compreendia, além do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (Iapas). (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Esse modelo repressivo, centralizado, autoritário e desigual, foi sendo implantado como um complexo assistencial-industrial-tecnocrático-militar, sob controle e gestão tecnocráticos, e não veio a se constituir como projeto universal de cidadania. Era a continuação de um modelo fragmentado e desigual, com acesso seletivo correspondente aos interesses dos grupos privados ou particulares, para conquistar clientelas, impulsionar certos setores economicamente influentes, obter lealdade e, por conseguinte, dinamizar a acumulação. (FALEIROS, 2000). Em outras palavras, nesse período da ditadura, as políticas sociais, além de corresponder aos interesses econômicos, respondem a um binômio de assistência e repressão, numa lógica de controle da sociedade. (VIEIRA, 1995).

Num contexto de crise mundial do capitalismo, aprofundado nos fins de 1960 e início dos anos de 1970, entra em declínio, no Brasil, o período chamado de “milagre econômico”, a partir de 1973, abrindo um campo de pressão da sociedade sobre o governo militar, num contexto de insatisfação com a economia e com o regime ditatorial e opressor. Assim, surge um processo de organização política dos trabalhadores e de segmentos sociais populares, nos fins dos anos de 1970, marcando um período de mobilizações, greves, principalmente no ABC paulista, e criação do partido dos trabalhadores.

Diferentemente do que ocorria nos países centrais, os anos de 1980, no Brasil, são marcados pela organização dos movimentos sociais e ampliação das lutas sociais. Foi nesse clima que a Constituição Federal de 1988, sob mobilização

popular, instituiu um sistema de seguridade social¹³, com avanços no campo dos direitos sociais, caracterizando-se, segundo Faleiros (2000), como liberal-democrático-universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira e fazendo conviver as políticas estatais com as políticas de mercado, nas áreas da saúde, da previdência e da assistência social.

À medida que o Congresso incorporava direitos e definia o conceito de cidadania, o governo Sarney, na prática, mantinha o caráter compensatório, seletivo, fragmentado e setorizado da política social brasileira, apesar do aprofundamento das expressões da questão social. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

Nos governos seguintes, a perspectiva neoliberal passa a ser assumida no processo de desenvolvimento proposto para o Brasil, de forma mais contundente a partir do Governo de Fernando Henrique Cardoso, que, sob o receituário neoliberal, no âmbito das políticas sociais, implementa um amplo processo de privatização, de crescimento do então chamado terceiro setor e de enxugamento do Estado na área social.

Assim, no lugar da reforma democrática anunciada na Constituição Federal de 1988, tem se vivenciado, dos anos 90 até os dias de hoje, segundo Boschetti e Behring (2006), uma contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988. “A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais [...] em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise”. (BOSCHETTI e BEHRING, 2006, p. 156).

A partir dessas reflexões e compreendendo o entrelaçamento dos aspectos levantados no âmbito da política social com as tendências adotadas na política de saúde brasileira e, por conseguinte, no processo de participação e democratização dessa política, na sequência, aborda-se a história da política de saúde no Brasil, com ênfase nas tendências de participação da sociedade adotada em seu percurso

¹³ Com a Constituição de 1988, as políticas de previdência, saúde e assistência social foram reorganizadas e reestruturadas com novos princípios e diretrizes e passaram a compor o sistema de seguridade social brasileiro. Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um **sistema híbrido**, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência) (BOSCHETTI, 2009).

histórico. Para tanto, mesmo sem compreender o processo histórico de forma linear, mas para efeitos didáticos, a temática será abordada a partir dos seguintes períodos históricos: política de saúde de 1930 a 1960 e os primórdios da participação comunitária; período de 1960 a 1980; e período posterior à Constituição Federal de 1988 até os dias atuais.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO DE 1930 A 1960: OS PRIMÓRDIOS DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Uma série de estudos sobre a história da política de saúde no Brasil remete à análise da saúde e sua inter-relação com a sociedade, Estado, economia, tomando como referência o processo de acumulação do capital, e os diferentes e contraditórios interesses presentes nas disputas pela hegemonia e/ou construção de uma contra- hegemonia, como citam as publicações de Aguilera e Bahia, 1993; Teixeira Fleury, 1992 e 1988; Mendes, 1996; Paim, 2002. De modo que perpassa toda a trajetória dessa política o seu entrelaçamento à política econômica, e a relação entre o público *versus* privado.

O Sistema de Saúde do início do século até meados dos anos 60 foi marcado pelo chamado “sanitarismo campanhista”¹⁴, na área da Saúde Pública, que objetivava o controle de doenças (epidemias) que prejudicassem a exportação de mercadorias através de medidas de caráter autoritário, discriminatório e impopular. A Assistência Médica era então de caráter curativo, conduzida por ação da previdência e em prática privada. (MENDES, 1996).

Com uma economia basicamente agroexportadora (café é seu principal produto), que objetivava o controle de doenças prejudiciais à exportação de mercadorias, a política de saúde estava vinculada aos interesses econômicos e políticos que ameaçavam a expansão das atividades econômicas capitalistas. (AGUILERA & BAHIA, 1993).

A ação do Estado dá-se pela promoção de amplos programas de combate às endemias (febre amarela, varíola, cólera, malária, tuberculose, etc.), com medidas de caráter autoritário, discriminatório e impopular, enquanto que as resistências são tratadas como caso de polícia. (AGUILERA & BAHIA, 1993).

¹⁴ “A ocorrência de epidemias e de doenças pestilenciais no início do século, que ameaçava os interesses do modelo econômico agrário-exportador, favoreceu a organização de serviços de saúde pública, mediante as reformas de Oswaldo Cruz (1904) e de Carlos Chagas (1923)” (PAIM, 2002, p. 275).

O controle social¹⁵ aqui é claramente o do Estado sobre a sociedade, por suposto, incapaz sequer de compreender o alcance técnico das medidas. Dos interesses dos indivíduos e grupos da sociedade em saúde cuida o Estado, portanto exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. A participação não chega a ser passiva; é como alvo. (CARVALHO, 1995, p. 12).

Por outro lado, podem-se identificar focos de resistência, gênese de futuras lutas e de uma contra-hegemonia no campo da saúde, como foi o caso da revolta popular contra a vacinação antivaríola obrigatória. (CARVALHO, 1995).

O surgimento das indústrias e as precárias condições de vida e trabalho das populações urbanas propiciaram a emergência de movimentos operários que resultaram em embriões de legislação trabalhista e previdenciária. Por outro lado, os trabalhadores do campo e da cidade, não vinculados ao mercado formal, não tinham acesso aos serviços de saúde. Para estes, diante de alguma doença, o atendimento médico era possível apenas para os que podiam pagar ou por intermédio das casas de caridade. (PAIM, 2002).

Nesse contexto, dão-se os primórdios da Previdência Social no Brasil, na década de 1920, por meio da Lei Eloy Chaves, que institui as CAPs, em 1923, durante inquietações dos trabalhadores, sendo considerada uma medida que serviu para conter as greves, buscando enfraquecer a organização dos trabalhadores. (CONH & ELIAS, 1999).

¹⁵ Carvalho (1995), ao estudar os primórdios do termo controle social, identifica que, primeiramente, esse termo foi usado pela sociologia, e que seu autor provável é o sociólogo Eduardo Ross, com um significado praticamente oposto daquele em que é hoje utilizado. Na sociologia clássica, tem sido usado para designar os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo. Na sociologia durkheimiana, o controle dar-se-ia por meio da intensidade das obrigações ou pressões morais criadas no indivíduo pela sociedade. Freud apresenta uma dimensão subjetiva do controle social, ao conceber o superego como absorção das normas sociais pela estrutura da personalidade. Talcott Parsons busca uma síntese das contribuições da Sociologia e da Psicologia, através da compreensão da sociedade como um sistema social baseado na interação de personalidades, dependendo, esse sistema, da efetividade do controle social. Para Hobbes, cabe ao Estado o papel de conter as forças e tendências desagregadoras presentes na sociedade em estado natural, estando o conceito de controle social voltado para a limitação do agir individual na sociedade. No SUS, controle social significa a participação da sociedade organizada, no processo de deliberação, acompanhamento e fiscalização das ações executadas para melhorar as condições de vida e de saúde da população.

A partir de 1930¹⁶, o sistema previdenciário brasileiro passa por profundas reformulações, tendo como pano de fundo a crise econômica mundial e as graves tensões políticas e sociais internas. Foram criados os IAPs para cada categoria de trabalhadores, com a presença direta do Estado em sua administração. Tanto as Caps quanto os IAPs pressupõem a administração por colegiado, com participação de empregadores e empregados. Porém, na CAPs, o colegiado tinha poder deliberativo e não havia representante do Estado, já nos IAPs a direção cabia a um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo. (CONH & ELIAS, 1999).

A saúde pública foi institucionalizada, na esfera federal, após a República velha, pelo Ministério de Educação e Saúde, até 1953, enquanto a medicina previdenciária e a saúde ocupacional vinculavam-se ao Ministério do Trabalho.

A organização dos serviços de saúde no Brasil nasce trifurcada no âmbito estatal (saúde pública, medicina previdenciária e saúde do trabalhador) e desenvolve-se fracionada no setor privado – lucrativo, liberal e beneficente ou filantrópico (medicina liberal, serviços médicos de empresas, clínicas e hospitais particulares, empresas médicas e etc.) (PAIM, 2002, p. 276).

Salienta-se, também, a forte influência da Organização Panamericana de Saúde (Opas) na criação dos departamentos de medicina preventiva e social e das escolas de saúde pública, na década de 1950.¹⁷ Nesse mesmo período,

¹⁶ Destaca-se, nesse período, a criação do Conselho Nacional de Saúde, em 1937, quando a Lei 378, de 13 de janeiro, prevê nova organização para o Ministério da Saúde, dando-lhe a atribuição de, junto com o Conselho Nacional de Educação, assistir o ministério. (CARVALHO, 1995).

¹⁷ Cabe destacar a influência das proposições do americano Abraham Flexner, na formação médica na América latina e, conseqüentemente, no Brasil, principalmente a partir da década de 1940. O paradigma flexneriano encontra seus fundamentos na reforma médica operada nos Estados Unidos da América a partir de estudo do ensino médico americano realizado por Abraham Flexner. A medicina flexneriana apresenta as seguintes características: “ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças; organização da assistência médica em especialidades; valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; educação médica separando as disciplinas do ciclo básico [...] e profissional, sendo este realizado nos hospitais. [...] No Brasil, esse modelo esteve presente na assistência filantrópica e na medicina liberal, fortaleceu-se com a expansão da previdência social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas do século XX, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entretanto, não é exclusivo do setor privado, reproduzindo-se, também, no setor público. (PAIM, 2008, p. 557). Em contraposição a esse modelo, o médico inglês Bertrand Dawson, em 1920, propõe outros parâmetros, com ênfase nos aspectos preventivos, com regionalização dos serviços de saúde, formação generalista para os atendimentos individual e

aproximadamente nos anos de 1955 a 1964, sob influência da ideologia desenvolvimentista e sob forte crítica ao sanitarismo campanhista, cresce no campo 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 esse 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 organização e ação dos serviços sanitários, seguindo tecnicamente o modelo norte-americano (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Assim, entre a prática do sanitarismo campanhista e a crescente oferta de assistência médica pelo sistema previdenciário, estava a proposta de medicina comunitária. Tal proposta aparece sob forte influência da experiência norte-americana¹⁸ tendo como um dos seus eixos a necessidade do assentimento da população para a implementação e eficácia das ações de saúde pública. Vincula-se a uma mudança de compreensão do complexo saúde-doença, deslocando o foco das ações dirigidas à higiene do meio, para ser compreendida mais dinamicamente entre o homem e o meio ambiente.

Também foi marcante, principalmente nos anos 50, a proposta de desenvolvimento de comunidade, num momento pós 2^a Guerra Mundial, num contexto de guerra fria e de um processo de industrialização acelerado. O governo norte-americano, por meio de uma política de “ajuda” e sedução a países subdesenvolvidos, promove extensos programas de desenvolvimento econômico e social, principalmente nas áreas de educação e agricultura, propondo participação comunitária e introdução de tecnologias voltadas para a melhoria da qualidade de vida por meio da organização comunitária.

Surge a ideia de participação comunitária em saúde, como um componente ideológico e prático dos movimentos dos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando um novo padrão de relação entre Estado e sociedade no setor da saúde. Inaugura-se enquanto proposta de captação de clientela para

comunitário, com indicativos de que o Estado deveria ser o provedor e responsável pela política de saúde. (PAIM, 2008).

¹⁸ A proposta da Medicina Comunitária tem suas raízes no início do século XX e seu ideário encontram-se no cerne várias propostas de reformulações de sistemas e práticas de saúde. (COELHO, 2010)

programas e ações que não se poderiam desenvolver sem o assentimento e a presença voluntária das pessoas. Nos centros de saúde, onde deveria realizar as ações, o modelo perdeu muito de suas características iniciais (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

A participação comunitária originou-se, portanto, das propostas de desenvolvimento da comunidade, institucionalizada pela ONU após a 2ª Guerra Mundial, no contexto de guerra fria. Essas propostas adquiriram a forma de ação comunitária nos EUA, onde o espaço de atuação foi a comunidade local, cujos problemas eram desconsiderados quanto à sua determinação estrutural. Pretendia-se resolver os problemas locais, a partir dos recursos locais, num processo de autoajuda (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Os Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp)¹⁹ são, para Carvalho (1995), um exemplo dessa proposta, uma vez que implantaram unidades de saúde no interior do País, por meio de ação pioneira que combinava ações curativas com ações preventivas e atividades educativas para o desenvolvimento sócio-sanitário das comunidades.

Para esse mesmo autor, a proposta de participação comunitária está voltada para uma perspectiva funcionalista, definindo comunidade como um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo meio ambiente, de forma social e culturalmente homogênea, predisposta à solidariedade e ao sentido coletivo, desvinculada de uma inserção no contexto socioeconômico mais amplo. De modo que essa concepção pressupõe que:

A comunidade poderá combater a pobreza e a doença em função de sua capacidade de se unir, se organizar, se esforçar, numa versão coletiva da ideia do *self-made man*. A participação é fetichizada como o passaporte para as melhorias sociais (CARVALHO, 1995, p. 17).

Ao refletir sobre o processo histórico de participação no setor da saúde, Carvalho (1995) tipifica três momentos de Participação, a partir de experiências

¹⁹ Criado em 1942, por meio de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, foi financiado inicialmente pela Fundação Rockefeller e visava atuar no combate à febre amarela e à malária na Amazônia e no Vale do Rio Doce, regiões de interesse econômico, por causa da quantidade de borracha e ferro. Gradativamente, suas ações também foram expandidas para outras regiões do País. (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

vivenciadas no setor: “Participação Comunitária”, inaugurada como proposta de assentimento e presença voluntária das pessoas em programas e ações de saúde, onde 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, em que o espaço de atuação é a comunidade local, com pequena participação financeira do Estado, sem possibilidade de influenciar no processo decisório numa perspectiva de transformação estrutural. Portanto, de caráter irrisório, propensa ao processo de manipulação e sem aumentar a participação da população na riqueza produzida; “Participação Popular”²⁰, que passa a ter o sentido de luta e contestação a um Estado cuja lógica é favorecer os já favorecidos. A participação nas decisões é valorizada em detrimento da participação nas ações, (embora esta não seja negada), vista como estratégia de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde; “Participação Social”, parte de um novo modelo de relação entre Estado e sociedade, tornando a categoria central a sociedade e não mais a comunidade ou o povo.

Nesse último caso, Carvalho (1995) reflete:

A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades), nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal (p. 25).

Daí surge a ideia de controle social, como processo no qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo capacidade de participação e mudança (CARVALHO, 1995).

²⁰ Acrescente-se a essa discussão a ideia de participação popular de Valla & Stotz (1991), que a diferencia das demais formas de participação, por ser uma representação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências, ou serviços do Estado, responsáveis pelas políticas públicas na área social. Para esses mesmo autores, participação popular é uma forma de participação social, entendendo esta como “às múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para poder influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas na área social” (p. 06).

Assim, as experiências de participação comunitária, para o autor supracitado adquirem, ao longo da política de saúde, conteúdos diversificados, que, em algumas experiências, na contramão da proposta oficial, constituíram-se como experiências de organização e politização, na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico, assumindo identidade própria e num caminhar para propostas de participação popular.

1.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO PERÍODO DE 1960 A 1980: O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO

Com o deslocamento da economia para os centros urbanos, a partir do processo de industrialização, o sanitarismo campanhista não corresponde às necessidades da então economia industrializada, sendo configurado um novo modelo, denominado médico-assistencial privatista, que vigorará hegemônico de meados dos anos 1960 até meados dos anos 1980 (Mendes, 1996).

Tal modelo, para Mendes (1996), assenta-se no seguinte tripé: o Estado, como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social; o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de assistência médica; o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente biomédicos e medicamentos.

Ainda conforme esse mesmo autor, esse modelo corresponde ao padrão de desenvolvimento capitalista (modernização capitalista) no País, principalmente no período de 1964 a 1974, apoiado na articulação solidária entre Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais, com nítida exclusão das classes populares da arena política.

Não se pode ignorar o cenário político desse momento, marcado por uma ditadura militar, sendo denominado de “desenvolvimentismo sem democracia”. Do ponto de vista econômico, baseia-se num modelo de acumulação excludente, com investimentos no setor de bens de capital, grande presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais. Quanto às políticas sociais, acentua-se seu caráter centralizador, no âmbito federal; há uma expansão dos benefícios sociais a setores informais, porém, esta não é acompanhada da ampliação da base de financiamento do sistema, que continua sendo fundamentalmente contributivo. Consolida-se, neste período, no país, a privatização da assistência médica promovida pela atuação do Estado pelo sistema de proteção social (COHN, 1995).

No que se refere à saúde comunitária, apesar dessa conjuntura político-econômica, registram-se algumas iniciativas que incorporam modelos alternativos de atenção à saúde nos departamentos de medicina preventiva, veiculados pela

medicina comunitária, embriões de uma proposta contra-hegemônica no setor da saúde (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Cabe salientar que, na antevéspera da ditadura militar, em 1963, ainda sob o governo de João Goulart, num momento em que se falava de reformas, já se discutia uma Política Nacional de Saúde, com direito universal, por meio de propostas de municipalização dos serviços, através da III Conferência Nacional de Saúde. Convocada pelo Ministério da Saúde, a referida conferência apresentou a seguinte temática: situação sanitária brasileira; distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; fixação de um plano nacional de saúde. Tal conferência propunha, também, criar Conselhos Municipais de Saúde, objetivando captar força social de cada localidade, para contribuir com os objetivos médico-sanitários municipais. (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Bem diferente do que se propunha na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, no auge do regime militar, dá-se continuidade ao movimento de concentração da Previdência Social, com a substituição, em 1966, dos IAPs, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a uniformização dos benefícios, numa Previdência Social concentrada, e crescimento da demanda por serviços médicos em proporções muito superiores à capacidade de atendimento então disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos institutos da previdência (MENDES, 1996).

Em 1966, a criação do INPS sedimentou o modelo médico-assistencial privatista, que, na análise de Mendes (1996), apresentou as seguintes características:

- a) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger quase a totalidade da população urbana e da rural;
- b) o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor da saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do setor privado desses serviços (p. 59).

Nessa direção, Oliveira (1989) identifica dois grandes períodos da política de saúde no Brasil, pós 1964: o que vai de 1964 a 1974, marcado pelo período mais fechado do regime militar, caminhando, a política de saúde, numa lógica de privilegiamento de interesses econômico-corporativos do empresariado privado que atua nessa área na lógica de modernização capitalista; e o período que segue a 1974, marcado por uma crise político-financeira do modelo assistencial estabelecido anteriormente. Essa crise se dá simultaneamente às crises econômica e fiscal que o regime autoritário atravessou naquele momento até o início de “abertura” política, crise de legitimação do próprio Estado, que se agrava com a ascensão do então Movimento Democrático Brasileiro (MDB), e com a crise do petróleo.

Assim, esse segundo período foi marcado por um conjunto de proposições, voltadas para a ideia do controle, reforma e racionalização do modelo assistencial anteriormente estabelecido. Essas proposições tiveram que enfrentar fortes dificuldades políticas de viabilização, com limitações diante dos interesses dos setores privados, sendo muitas vezes levadas ao fracasso total.

Foi somente no início da década de 1970, sob a mediação das agências internacionais de saúde, que se criam programas de extensão da assistência, centrados em metas de ampliação da cobertura das ações de atenção primária e em metodologias da medicina comunitária.

Esse modelo foi introduzido como proposta de extensão da cobertura da assistência médica, visto que o mesmo não atingia 50% da população, nesse período. Assim, criaram-se condições para o advento de programas de extensão de cobertura com base nos preceitos da Medicina Comunitária. Tais preceitos, como regionalização, hierarquização, descentralização, participação, integração são apropriadas e reinterpretadas pelo pensamento crítico ao sistema vigente, tornando-se verdadeiras bandeiras reformistas, sem perder a crítica ao caráter paliativo e marginal desses programas (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Concomitantemente, encontram-se as propostas de participação comunitária com características e conteúdos diversificados, dependendo do contexto e dos atores sociais em cena. Algumas propostas mutilavam-se somente na dimensão participativa (entendida enquanto não decisória), no entanto, outras se transformavam em práticas de organização e politização comunitárias na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico, à sombra da proposta

oficial, transformando-se progressivamente em propostas de participação popular (TEIXEIRA FLEURY, 1988).

Isso ocorre na medida em que se aprofundava o entendimento e a perspectiva crítica das proposições da Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária. Desenvolvidas no Brasil com o apoio de setores da Opas, constatou-se um renascimento da Medicina Social²¹ inspirada nos princípios que fundamentaram a sua emergência na Europa, em meados do século XIX. Por conseguinte, a produção teórica das décadas de 1970 e 1980, possibilitou a emergência de um paradigma alternativo em saúde coletiva com ênfase em dois conceitos básicos: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde.

O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. [...] este paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (PAIM, 1997, p. 12).

Foi no final da década de 1970, com a mobilização social em torno da luta pelo fim da ditadura e constituição da democratização do País, que se originaram propostas políticas centradas na redefinição de políticas sociais, diante das enormes desigualdades sociais e a miserabilidade em que se encontrava o País.

No campo da saúde, originou-se e difundiu-se um pensamento crítico em saúde que veio a constituir-se no denominado Movimento Sanitário Brasileiro, base político-ideológica da Reforma Sanitária. Esse movimento surgiu principalmente a partir de setores contra-hegemônicos, localizados principalmente nas universidades, tanto em nível dos intelectuais como do movimento estudantil, departamentos de

²¹ Paim (2002) identifica diferentes modelos de reforma em saúde que marcaram a história dos países ocidentais: sanitarismo inglês, Medicina Social na França e na Alemanha, Higiene na Europa, Medicina Preventiva, Comunitária e Familiar nos EUA e na América Latina. Tais modelos traziam concepções de saúde e sociedade que requeriam ora contenção ora ampliação da participação estatal na promoção, proteção e recuperação da saúde (p. 172).

medicina preventiva e social, escola de saúde pública, setor publicista do INPS, movimento popular em saúde e outros setores da sociedade civil (DA ROS, 1991).

O Movimento Sanitário oportunizou um espaço de enfrentamento da lógica dominante na área da saúde, diante do privilegiamento dos interesses econômico-corporativos e empresariais do setor, o então denominado complexo médico-industrial, composto basicamente por indústria farmacêutica, indústrias de equipamentos médico-hospitalares sofisticados, setor privado hospitalar, empresas multinacionais de assistência médica, seguros de saúde bancários e setor privado prestador de serviço de saúde (em especial, pelas empresas de medicina de grupo) (DA ROS, 1991).

Quanto aos movimentos populares em saúde, Gerschman (1995) mostra que estes se originaram em bairros empobrecidos e/ou favelas das grandes cidades, apresentando três fases em sua organização: fase **reivindicativa**, década de 70, quando os moradores dos bairros agrupavam-se ao redor de associações comunitárias, em torno de reivindicações pontuais por melhores condições de vida. Eram atribuídas ao Estado a responsabilidade pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais, como também a não resolução desses problemas.

A segunda fase, denominada **politização**, mantinha os mesmos eixos reivindicativos, porém as associações extrapolaram a dimensão apenas de seu bairro, conseguindo uma articulação entre as associações, promovendo a discussão e leitura política dos problemas comuns. A terceira fase, caracterizada como de **“acesso às formas orgânicas da política”** ou de **institucionalização**, está diretamente relacionada à Plenária Nacional de Saúde, VIII Conferência Nacional de Saúde e à elaboração da Constituição Nacional de 1988. É um momento em que o movimento popular em saúde esteve mais próximo das decisões políticas, porém diante da ausência de maturidade política, traduziu uma cisão interna, resultado das diferenças políticas no interior do movimento que trouxe como consequência o descenso na atuação do mesmo.

Nessa direção, Teixeira Fleury (1997), ao refletir sobre saúde e democracia, e o importante papel do Cebes no Movimento Sanitário Brasileiro, identifica nesse processo diferentes concepções e estratégias democráticas assim designadas pela autora: democracia como conflito, democracia como movimento e democracia como institucionalidade. A “democracia como conflito” estava presente nos anos 70, tinha forte conteúdo anárquico, contracultural e revolucionário. A democracia traduzia-se

na proposta de desalienação da população e sua consequente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza socialmente produzida.

A participação popular é mecanismo importante no desvendamento das estruturas da dominação e da criação de nova lógica de ordenação das relações de poder e o conflito seria o caminho através do qual se poderiam desmontar as estruturas de dominação, ao mesmo tempo em que se estaria produzindo a desalienação do sujeito que se constitui por meio de sua participação. Influenciada pelo pensamento “foucaultiano” e de outros intelectuais europeus vinculados ao movimento contracultural, tal perspectiva vai gradativamente perdendo vigor dentro do movimento sanitário, restando apenas sua influência na reforma psiquiátrica.

Na “democracia como movimento”, a perspectiva política de orientação “movimentista” se associa ao surgimento e crescimento do Partido dos Trabalhadores e das Comunidades Eclesiais de Base, fundada numa perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política. No seu interior, estava presente a contradição entre tomar o Estado alvo de suas críticas e suas demandas, ao mesmo tempo em que almeja que sua luta pelo poder transcenda para o âmbito societário. A perspectiva “democrática institucionalista”, predominante a partir dos anos 1980, recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação de diferentes níveis, ou seja, entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, ressignificando politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador. A saúde assume caráter dual, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social, visando à construção de uma nova correlação de forças.

Assim, entre contradições, diferenças e momentos, é que se foi construindo um movimento sanitário brasileiro em torno de um projeto de democratização de saúde, que resultou na proposta da Reforma Sanitária Brasileira. E foi nas lutas presentes que alguns técnicos oriundos desse movimento, a partir da abertura política, no período de transição da ditadura à “democracia”, assumem posições estratégicas gerenciais no interior do Estado, resultando em alguns projetos antagônicos às propostas hegemônicas até então.

Um deles é o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), de agosto de 1980, que busca reestruturar e ampliar os serviços básicos de saúde e também das áreas de saneamento e habitação, a partir dos seguintes

pressupostos: extensão da cobertura assistencial a áreas carentes, hierarquização da rede, participação social e integração dos serviços existentes através da regionalização por áreas e populações adstritas. Como também, a partir da experiência nacional em 1976, do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que incorporava alguns princípios da medicina comunitária através da APS (AGUILERA & BAHIA, 1993).

Destacamos também a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, que propôs uma discussão da rede básica de saúde, apresentando como tema, Serviços Básicos de Saúde, porém, a participação dos segmentos sociais foi restrita.

O Prev-Saúde, apresentando características absolutamente conflitivas com o modelo médico-assistencial dominante, foi totalmente desfigurado de sua proposta original, pelo setor privado, sendo posteriormente arquivado.

Quanto à participação, o Prev-Saúde, em sua versão original, avança consideravelmente, articulando a proposta de democratização da sociedade, considerando a participação como um componente fundamental do desenvolvimento político da sociedade, rompendo com a visão voltada para a obtenção de apoio e consentimento comunitário. Já na segunda versão do plano, a participação volta a ser considerada meramente instrumental, “mas estava feita a sinalização de um momento de inflexão, a partir do qual a ideia de participação, no âmbito das formulações oficiais, afasta-se de seu referencial “comunitário” original e passa a se referir aos atores sociais e suas relações recíprocas e com o Estado” (CARVALHO, 1995, p. 38).

Emergem daí, as propostas de participação social e sua institucionalização, que, diante do processo de democratização, trazem à cena novos atores e colocam em pauta novas questões na esfera das relações Estado-Sociedade, requalificando o processo de participação, não mais relacionado somente aos setores sociais excluídos pelo sistema e, portanto, praticado apenas pelos atores políticos oposicionistas a ele, e passa a reconhecer e incorporar a diversidade de interesses e projetos colocados na arena societal (CARVALHO, 1995).

Nessa nova visão de participação, a categoria central deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade. A participação pretendida, segundo Carvalho (1995), refere-se ao conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual

legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal. Nesse sentido, a participação demagógica, ou como pedagógica, dá lugar à participação como cidadania.

Uma das características desse tipo de participação é a tendência à institucionalização, entendida como “processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade investidas de algum nível de responsabilidades do governo” (CARVALHO, 1995, p. 26).

No Brasil, a ideia de participação social no setor, com sua institucionalização, intensifica-se a partir das propostas de Reforma Sanitária, ao longo dos anos 80, surgindo órgãos colegiados compostos por representação mista de segmentos da sociedade e de repartições estatais, originando os diversos tipos de Conselhos e comissões, principalmente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS caracteriza-se, num primeiro momento (1982-1985), como um programa de atenção médica que se justapunha ao que se executava na área da saúde pública nos estados e municípios, numa administração convencional, e, num segundo momento (1985-87), que vai do início do Governo Sarney até a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Adquire então nova qualidade, especialmente pela introdução de um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado, implicando a valorização de mecanismos de cogestão, na introdução de financiamento a ações preventivas e na democratização do controle e avaliação por meio da participação social, especialmente nas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIMS) (MENDES, 1995).

Carvalho (1995) enfatiza que a CIMS nasce de uma lógica racionalizadora, sem apresentar uma relação direta com uma política deliberativa por parte do Estado, nem tampouco com uma proposta claramente formulada pela sociedade ou pelos movimentos organizados. Por outro lado, foram gradativamente penetradas por ideias democratizantes mais avançadas, através de atores oriundos do movimento sanitário.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, é considerado o evento mais importante da década. Na conferência, definiu-se o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. Difere das demais por sua caracterização democrática, ocorrendo após amplo processo de mobilização nacional, começando

com as conferências municipais, estaduais, até chegar à nacional, oportunizando a participação dos setores organizados da população.

Desta forma, o modelo de convocação da VIII CNS oportunizou a participação de vários segmentos organizados da sociedade civil, dentre eles, associações de moradores, setores sindicais, criando as bases para a participação dos conselhos e conferências da forma como hoje estão constituídos.

Singular na história das políticas públicas do País, esse evento marca o início do exercício, na arena estatal e de larga escala, da participação institucional de representações da sociedade civil no processo de concentração de interesses e pactação de políticas de saúde [...] formaliza a proposta dos Conselhos de Saúde como parte constitutiva do novo sistema (CARVALHO, 1995, p. 51).

A Reforma Sanitária, entendida como processo político e democratizador da saúde, proposta pela VIII CNS, conforme Mendes (1995) enfatiza três aspectos fundamentais:

- ✓ Conceito ampliado de saúde, o relacionado às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, lazer, dentre outros;
- ✓ Coloca a saúde como direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado;
- ✓ Propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Carvalho (1995) reflete que o processo de Reforma Sanitária, em meados de 1987, entra num impasse, tendo em vista que as teses aprovadas na VIII CNS não são operacionalizadas na ação do governo, que demonstra uma postura ambígua, não as aplica nem as contesta que vão se transformando no abandono das teses reformistas.

É nesse contexto que, em 1987, é criado o SUDS, considerado por Carvalho (1995), como o derradeiro lance na área do executivo, de prosseguimento da reforma e do processo de institucionalização da participação.

O SUDS, assim como as AIS, incorpora princípios da Reforma Sanitária, como a universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização,

descentralização do processo decisório. No entanto, a implementação dessa proposta acabou descaracterizada, acontecendo somente algumas mudanças administrativas no setor (GERSCHMAN, 1995).

Mesmo diante dos embates, os obstáculos na implementação do Suds, conseguiu-se incluir na Constituição Federal de 1988 alguns princípios fundamentais do Movimento da Reforma Sanitária, princípios defendidos na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que teve significativa importância nesse processo. Essa plenária foi constituída em meados de 1987, após a VIII CNS, sendo composta por entidades representativas do movimento popular em saúde, movimento sindical, profissionais de saúde,, representantes do movimento sanitário, academia e de entidades estaduais e municipais da saúde favoráveis à Reforma (GERSCHMAN, 1995).

Foi nesse contexto que se conseguiu garantir, na Constituição Federal de 1988, no capítulo referente à Seguridade Social, a incorporação do direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, tendo por princípios: universalidade, igualdade de acesso a todos os níveis de assistência, hierarquização e participação da comunidade. Os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal estenderam-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, elaboradas nos anos de 1989-1990. No plano federal, o componente jurídico-legal completa-se com a Lei 8.080/1990, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondente, como também através da Lei 8.142/1990, que estabelece a forma legal de participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Contudo, a Constituição Federal de 1988 aponta como princípio a redemocratização do País e, como diretrizes, a descentralização, a municipalização, a participação da comunidade, o comando único das ações em cada esfera de governo no âmbito das políticas públicas. Essas diretrizes deveriam dar sustentação à reconstrução da vida em sociedade, pautada na conquista dos direitos. Gerschman (1995) reflete que a conquista no plano legal não se reverteu no plano real, e a implementação de um novo sistema de saúde, do SUS, tem-se revelado complexo e difícil desde o arcabouço jurídico-institucional da Reforma Sanitária até os nossos dias.

1.4 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária Brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), como conquista do Movimento Sanitário Brasileiro, representou uma matriz do pensamento político contra-hegemônico com relação ao pensamento político constituído na época, marcando e modificando a história do movimento social pela saúde no Brasil. Num período de abertura política, de transição do regime militar para o sistema político-democrático no Brasil, alguns dos princípios da Reforma Sanitária se materializaram na Assembleia Nacional Constituinte (1988), em um contexto de reformas democráticas voltadas para a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil após o longo período de ditadura militar.

A referida Constituição atribuiu ao Estado o dever de garantir a saúde da população: “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”; descentralizou a gestão das políticas públicas e sancionou a “participação da comunidade” nos processos de tomada de decisão.

Por outro lado, as possibilidades de mudanças em busca da democratização do país ocorrem em meio a uma crise social decorrente das transformações da sociedade capitalista contemporânea, tornando as últimas décadas palco de profundas mudanças mundiais. Tais mudanças vêm marcadas pela hegemonia neoliberal, pensamento que tem como objetivos principais a desregulamentação e a liberalização dos mercados nacionais e internacionais, a redução substancial do tamanho do Estado e a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos (ANDERSON, 1995).

Em meio a essa conjuntura, a política de saúde brasileira tem sido marcada, segundo Bravo (2006), por intensos debates entre dois projetos em disputa, principalmente a partir da década de 90: o da Reforma Sanitária e o de Saúde vinculada ao Mercado ou Privatista. A implantação do SUS, não obstante ter conseguido alguns avanços, reflete a interferência de interesses antagônicos entre esses dois projetos, no que se refere à consolidação da saúde como política pública de direito, tendo como base os princípios e diretrizes por este preconizado, como a universalidade, integralidade e participação da população, quanto na implantação de

um modelo de saúde que tenha como pressupostos a concepção ampliada de saúde, assim como os princípios e diretrizes do próprio SUS.

Paim (2002) identifica os seguintes obstáculos no âmbito da consolidação de políticas de saúde descentralizantes e democratizantes: instabilidade do financiamento do SUS; tendência à capitalização e privatização da saúde; ambiguidades dos textos legais; estreita base de sustentação política da Reforma Sanitária; hegemonia do modelo médico-assistencial privatista reciclado; clientelismo e burocratismo na administração pública.

Sob influência das políticas neoliberais, presencia-se o processo de privatização da saúde e a desresponsabilização do Estado. Processo este que não se dá apenas pelo crescimento dos planos privados, mas também com desresponsabilização estatal, tomando como exemplo a transferência dos hospitais públicos para as organizações sociais (OS), que, além de inviabilizar a garantia de direitos sociais e trabalhistas historicamente conquistados pelos trabalhadores, abre sérios precedentes para desvio do erário público.

Tais problemas na operacionalização da Reforma Sanitária, e na implantação do SUS, de acordo com os princípios constitucionalmente previstos, não podem ser vistos descontextualizados de uma conjuntura internacional e no Brasil, principalmente a partir dos anos 90, que vem sofrendo influência das nações hegemônicas especialmente no que se refere às políticas governamentais na área social. Tais políticas têm sido condicionadas pela difusão da pauta do ajuste estrutural orientado para o mercado, que expressa os encaminhamentos normativos para a economia de um conjunto de forças internacionais incluindo o FMI, Banco Mundial e o governo de avançados países industriais (COSTA,1996).

O centro do debate é a Reforma do Estado, que tem por consequência a mudança no discurso econômico e na direção das políticas públicas.

No que se refere às orientações para a Reforma da Saúde, tem sido divulgado para os países em desenvolvimento, pelas agências de cooperação internacional, especialmente o Banco Mundial (que tem por diretriz, mudanças econômicas, ideológicas e políticas), a diminuição do papel do Estado, o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde, a priorização do controle das doenças, implantação de programas de saúde baseados em critérios de custo-efetividade e pacotes básicos de serviços clínicos e de saúde pública (COSTA,1996).

Para Costa (1996), o Banco Mundial tem destacado a proposta neoliberal dos programas de ajuste estrutural, através de três elementos básicos: contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos e reformas nas políticas para aumentar a eficiência em longo prazo do sistema econômico.

Quanto à reforma no setor de saúde, no Brasil, o Banco Mundial vem acompanhando, especialmente a partir dos anos 80, diante da proposta de um Sistema Nacional de Saúde, recomendações centradas nos seguintes pontos: consolidação das reformas constitucionais, capacidade de formulação de políticas, custos e contenções de custos, aperfeiçoamento da regulação do mercado, definição da relação entre esfera pública/mercado. A tendência do Banco Mundial é de focalização no gasto público, incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios, o estímulo à oferta pelo setor privado, dentre outras (COSTA, 1996).

Sob a orientação neoliberal, diferentes governos (Fernando Collor, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, Lula e agora Dilma) voltam-se para restrição dos direitos sociais e redução do Estado nas políticas sociais.

Menicucci (2011), ao fazer uma análise da política de saúde nos dois mandatos do governo Lula, considera que os avanços foram incrementais e qualitativos, num processo difícil de implantação dos princípios do SUS em um contexto de despolitização da saúde e de um debate restrito ao financiamento, sem incluir na agenda pública os problemas estruturais do sistema de saúde. Para a autora, não está na agenda, por exemplo,

[...] a regulação das condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviços de saúde, o que envolve a discussão da segmentação do sistema de saúde brasileiro, formado por um subsistema público e outro privado – esse também funcionando com subsídios governamentais em um quadro de notório subfinanciamento do SUS e de dificuldades para utilização da rede de serviços privados, não decorrente necessariamente de sua escassez, embora distribuída de forma desigual. Se a convivência desregulada dos dois sistemas gera ineficiência e iniquidades, tem como subproduto o subfinanciamento do “sistema dos pobres” (p. 531).

A autora supracitada aponta como proposta inovadora, no primeiro mandato do Governo Lula, a implantação da Política de Saúde Bucal, por meio do Programa

Brasil Sorridente, criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Programa Farmácia Popular, a ênfase em ações voltadas para grupos específicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente, entre essas, a tentativa de articular o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/Aids, além da educação sexual nas escolas, para prevenir DST e gravidez na adolescência; ações para a Saúde do trabalhador, buscando implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e a aprovação do Pacto pela Saúde.

No segundo mandato, considera relevante a menção pública do ministério aos tabus, como o abortamento inseguro e a propaganda de bebidas alcoólicas, a ênfase na importância das ações intersetoriais para a saúde, a exemplo do esforço em passar a considerar os acidentes de trânsito como epidemia e o lançamento da Campanha de Prevenção dos Riscos de Consumo de Bebida Alcoólica, a atenção dada sobre o lugar estratégico das indústrias produtoras de insumos para a saúde em virtude de seus vínculos com a política de saúde e com as políticas industrial, tecnológica e de comércio exterior.

Também é relevante o reforço da atenção básica por meio da expansão do PSF, da criação dos Nasfs, como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações, o programa Saúde na Escola, o tratamento da hipertensão e do diabetes; o planejamento familiar; a ampliação do acesso a serviços especializados; ações de investimento em infraestrutura, duplicação da cobertura do Samu; implantação de complexos reguladores, com a finalidade de melhorar o acesso a internações; implantação de novas formas de compra de serviços, com contratualização com hospitais filantrópicos.

Contudo, a autora, mesmo reconhecendo essas inovações, avalia que problemas antigos continuam, como:

As desigualdades nas condições de saúde e no acesso à atenção à saúde, decorrente da variação na oferta de serviços no território nacional associada à disponibilidade de recursos, e tendo como ponto de partida a desigualdade em relação ao tipo de cobertura (pública ou privada). Estrangulamentos impedem que a universalidade e equidade não sejam ainda realidade no SUS. Mas sem a repolitização da saúde e sem a construção de uma agenda radicalmente inovadora, pouco se avançará.

Algo que transcende o governo e é uma tarefa política de toda a sociedade (MENICUCCI, 2011, p. 530).

No atual governo Dilma, dentre as polêmicas estão a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29, com vetos da presidenta, descaracterizando em grande medida as propostas defendidas pelos movimentos sociais da saúde e sob frequentes denúncias está o processo de privatização dos serviços públicos, por meio dos denominados novos modelos de gestão.

A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores. As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar [...]. O essencial é que a redução do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço público, pela mesma medida, significam o aumento do estado para o capital [...] (GRANEMANN, 2011, p. 52).

Em meio a esse contexto, Dagnino, Olvera e Panfichi (2006) referem-se a uma conjuntura complexa, no debate sobre democracia na contemporaneidade, caracterizado por uma disputa entre projetos políticos que, utilizando-se de mesmos conceitos e discursos semelhantes, são de fato completamente diferentes. Os atores supracitados trazem à baila dois projetos antagônicos e em constantes disputas, ou seja, de um lado, o projeto democrático participativo e, de outro, o “projeto neoliberal de privatização de amplas áreas das políticas públicas, que é acompanhado por um discurso participacionista e de revalorização simbólica da sociedade civil (entendida como terceiro Setor).” (p. 14).

A perspectiva democrática e os direitos sociais expressos na Constituição na área da saúde, como em diversos campos da política social, se tornaram:

[...] confluência perversa entre um projeto participatório, construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de um estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos [...] apontando para direções opostas e até antagônicas, ambos os projetos requerem uma sociedade civil ativa e propositiva (DAGNINO, 2002, p. 288-289).

Não se pretende, aqui, aprofundar a discussão sobre terceiro setor, mas sentiu-se a necessidade de sinalizar a complexidade presente no debate sobre a participação e controle social na gestão pública em relação às diferentes estratégias e formas de atuação das forças vinculadas ao projeto neoliberal, constitutiva da confluência perversa abordada anteriormente. Utilizam-se as mesmas palavras e referências, mas com significados diferentes, ainda que não explicitados com clareza, expressando a intenção despolitizadora da concepção de cidadania, sociedade civil, democracia e participação. Tal perspectiva, reforçando uma visão minimalista da política, contrapõe-se a uma visão ampliada da mesma, que inclui a sociedade civil como uma arena política legítima e que enfatiza a cidadania como um processo de constituição de sujeitos políticos (DAGNINO, OLVERA E PANFICHI, 2006).

Essa política neoliberal, em que o capital circula sem barreiras e fronteiras e ignora os princípios éticos, também rouba a cada dia as nossas utopias, o espírito coletivo, as lutas por propostas mais “amplas”, tornando cada vez mais distante a tão almejada democracia em saúde, pelo menos nos termos que aqui a concebemos.

A participação social como um dos princípios orientadores do SUS, instituída por meio dos conselhos e conferências, tem sido tema de muitos estudos e reflexões. Especialmente em relação a tais espaços, há avanços, mas também muitos problemas que vêm sendo estudados por diversos autores, entre os quais cabe destacar, por sua relevância: Campos e Maciel (1997); Carvalho (1995); Correia (2000, 2006); Dallari *et al.* (1996); Gerschman (1995); Cohn (1996); Raichelis (1998); Raichelis e Wanderley (2004); O’Dwyer e Moysés (1998); Wendhausen (1999), Wendhausen e Caponi (2002), Dagnino (2002), Dagnino, Olvera e Panfichi (2006), Nogueira (2005).

De maneira geral, os estudos sinalizam que, embora estejamos bastante avançados em número de conselhos no Brasil, a existência deste e de outros fóruns

semelhantes, não é garantia da efetiva consolidação de princípios democráticos, e que tais experiências signifiquem, de fato, formas mais democráticas e civilizadas de convivência coletiva.

Sabe-se que a existência dos conselhos e de outros fóruns semelhantes, por si só, não é garantia de que efetivamente exista participação e que esta seja realizada com qualidade. Diante de estruturas de poder centralizadoras, cujas dinâmicas de mando se habituaram ao assistencialismo, clientelismo, nepotismo e de cooptação, a questão democrática, na perspectiva que concebemos, tem sido cotidianamente abortada.

Se tomada como exemplo a estratégia conselhistas em saúde, concebida como um dos mecanismos de democratização na área, requer necessária clareza acerca da sua natureza, bem como das suas potencialidades e limites. Não há como deixar de reconhecer os avanços, mas a centralização do poder executivo ainda é uma constante, o que, sem dúvida, expressa as matrizes culturais da formação brasileira. “O autoritarismo social e as visões hierárquicas e excludentes da sociedade e da política constituem obstáculos cruciais na constituição, mas também no funcionamento dos espaços públicos” (DAGNINO, 2002, p. 280).

As reflexões de Nogueira (2005) corroboram essa análise e aqui adotamos como referencia conceitual importante no presente estudo. Para o autor, o tema da participação da sociedade civil, muito propagado nas políticas sociais, principalmente após a Constituição Federal de 1988, apresenta diferentes conceitos e definições. Tomando como base o mundo moderno, Nogueira (2005) apresenta modalidades de participação que coexistem se combinam de diferentes maneiras, a depender das circunstâncias histórico-sociais, e expressam diferentes graus de consciência política:

a) **Participação assistencialista**, de natureza filantrópica ou solidária, existente em qualquer época, como extensão da natureza associativa do ser humano, se expressa como forma de auxílio mútuo e de mutirão, funcionando como estratégia de sobrevivência em momentos de aprofundamento da miséria e desproteção do Estado: “Nas fases que precederam à afirmação dos direitos de cidadania, foi essa a modalidade dominante de participação. [...] tende a predominar nos estágios de menor maturidade e organicidade dos grupos sociais ou de menor consciência [...]” (NOGUEIRA, 2005, 130-131).

b) **Participação corporativa** dedica-se à defesa de interesses específicos de determinados grupos sociais ou de categorias profissionais. Centrada em si e com propósito particular e, em maior e menor medida, excludente: “ganham apenas os que pertencem ao grupo ou à associação” (NOGUEIRA, 2005,131). As duas modalidades, a assistencialista e a corporativa, segundo o autor, integram uma forma de dimensão pré-política, mas importante, uma vez que gradativamente pode gerar um associativismo que se coloque além do corporativismo ou assistencialismo.

c) **Participação eleitoral**, não visa apenas à defesa de interesses particulares, e pode interferir na governabilidade, com consequências para a coletividade, constituindo o simples ato de votar uma forma de participação. No entanto, tipicamente do contratualismo liberal, ainda que não exclusiva dele, essa modalidade condiciona-se a escolhas individuais e particulares e, portanto, termina por limitar o envolvimento do cidadão.

d) **Participação política**, não colide com a participação eleitoral e a corporativa, de modo que as inclui, complementa e supera. Realiza-se com base na visão geral da comunidade, na organização da vida social em seu conjunto, o Estado. É uma prática ético-política que se relaciona com o ato de eleger um governante, como também na constituição de uma vontade geral. O autor, com base em Rousseau, defende que é por meio da participação política que a vontade geral “se objetiva, se recria e se fortalece, fazendo com que certas desigualdades físicas ou naturais entre os homens sejam substituídas por uma igualdade moral e legítima” (NOGUEIRA, 2005, 133).

Com a incorporação do caráter descentralizado e participativo das políticas sociais na Constituição Federal de 1988, segundo Nogueira (2005), cria-se uma perspectiva de compartilhamento governamental, concentrada na obtenção de vantagens e resultados, sem com isso alterar as correlações de forças e de padrões estruturais, culminando em uma nova modalidade, denominada de *participação cidadã*. Plausível de combinação com as anteriores trata-se de uma modalidade que, orientada por uma política de troca entre governantes e governados, se caracteriza por um conjunto de práticas e ações de *participação gerencial*.

Desta forma, a “participação da comunidade”, nos termos da legislação do SUS, pode ser entendida como uma possibilidade de defesa de princípios democráticos, associados aos anseios das classes subalternas e populares organizados em favor de

um projeto societário contra-hegemônico. Mas também é possível, tendo em vista as novas configurações do capitalismo contemporâneo, que a:

Participação se descole da política e perca conteúdo ético-político, em benefício de um vínculo mais estreito com os interesses particulares, com a resolução de problemas e com o atendimento as demandas específicas. [...] A participação tende a converter-se em um instrumento para solidarizar governantes e governados, para aliviar e agilizar a ação governamental, para compartilhar custos e decisões, para reduzir atritos entre governo e sociedade. Participar passa a significar também uma forma de interferir, colaborar e administrar. [...] no limite, substituiria o Estado na implementação de determinadas políticas públicas. (NOGUEIRA, 2005 p. 140)

2 O DEBATE INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Infelizmente, acho que nisso ainda é uma coisa assim meio utopia. Tenho poucas esperanças. Acho que ainda vai continuar por muito tempo assim. Levando em consideração que são poucos os profissionais que tem vontade de fazer diferente, tem muitos que já são acomodados, [...] o desestímulo foi muito grande, as dificuldades aqui dentro são muito grandes. Tudo o que você vê aqui construído somos nós. [...] eu continuo aqui e espero que um dia essa política nossa venha a mudar porque é uma população carente demais, que sofre muito, precisa muito mesmo. Muita coisa poderia ser feita. (Entr. 1).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido considerada a base para a constituição de um sistema de saúde eficaz, eficiente, qualificado e que preconize o direito humano à saúde. A APS que, no Brasil, é denominada de Atenção Básica à Saúde, apresenta internacionalmente diferentes concepções e perspectivas.

Na continuidade do estudo e tendo por referência as reflexões anteriormente colocadas, este capítulo objetiva apresentar a trajetória da APS no contexto internacional, com ênfase nos principais marcos históricos e no debate atribuído aos diferentes mecanismos de participação da sociedade.

Para tanto, utilizou-se como fontes principais de análise, pela relevância e referência internacional, o estudo de Barbara Starfield, que compara a APS em 12 países industrializados, e foi publicado no Brasil em 2002 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); a análise das reformas orientadas pela APS, em países da União Europeia, realizada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, a partir de 1990, publicado no Brasil em 2010 pelo MS/Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS); a Declaração de Alma-Ata, de 1978, e o documento de posicionamento da Opas/OMS de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, de 2008.

No estudo e na análise das referências mencionadas, estabeleceu-se o diálogo com outros autores, dentre eles, Giovanella e Mendonça, 2008; Conill, 2008; Mendes 1996, 2011; CAMPOS, 2007; Jara, 2006; Cortês, 1996.

Num primeiro momento, apresentam-se os antecedentes e principais marcos históricos da atenção primária. Em seguida, discutem-se os conceitos e as abordagens da APS, com destaque para os mecanismos e estratégias de participação da sociedade, contidos nos estudos mencionados e, por último, apresentam-se os valores, princípios e elementos estruturais e funcionais referendados no documento de Renovação da APS nas Américas da Opa/Oms e o enfoque atribuído à participação da sociedade no âmbito da APS.

2.1 APS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E PRINCIPAIS MARCOS

Os primeiros cuidados ambulatoriais ocorreram, de forma mais coletiva, a partir do século XIII, por meio de organização das corporações de artesãos e as primeiras unidades de saúde ambulatoriais, denominadas de dispensários, surgiram por iniciativa de um médico francês, no século XVII, em Paris, com objetivos filantrópicos e posteriormente foi seguido por escolas de medicina, que passaram a oferecer consultas gratuita como campo de treinamento para alunos. (ROEMER, 1985, *apud* GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008)

Na Inglaterra, os dispensários foram criados a partir do século XVII e, nos Estados Unidos da América (EUA), no século XVIII. Dependentes de doações, os dispensários ofereciam atendimento ambulatorial, dos pobres urbanos, por médicos ou farmacêuticos, com ações de pequenas cirurgias, aplicação de vacina contra varíola, distribuição de medicamentos e extração de dentes. Somente no início do século XX é que os dispensários foram substituídos por centros de saúde (ROEMER, 1985, *apud* GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Já a propagação de proposta governamental formal de organização de um primeiro nível de atenção é atribuída ao Relatório de Dawson, preparado na Grã-Bretanha, em 1920, onde propôs a organização de um sistema de serviços de Saúde, tendo como referência três níveis principais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002). Formulação, segundo a referida autora, fundamentou o conceito de regionalização, base da reorganização dos serviços de saúde em muitos países.

Cabe ressaltar que as propostas do relatório de Dawson colocaram-se na contraposição às recomendações de Abraham Flexner, derivadas da avaliação do ensino médico nos EUA, em 1910, dentre elas, da centralidade na atenção médica individual, com pouca ênfase na prevenção e promoção em saúde, na valorização do hospital na atenção e na atividade de ensino, com ênfase nas especialidades (PAIM, 2008).

No entanto, apesar da relevância das propostas do relatório de Dawson, sua implantação não ocorreu imediatamente. Foram necessários mais de 50 anos para

serem retomados alguns dos pressupostos e fundamentadas iniciativas de organização dos sistemas de saúde.

Na década de 1960, foram disseminados os centros de saúde, quando unidades foram construídas na Inglaterra e médicos generalistas passaram a realizar consultas em conjunto com outros profissionais, como enfermeiras, visitadoras domiciliares e assistentes sociais (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Nessa mesma década, diante da crise decorrente da expansão de serviços cada vez mais especializados, numa conjuntura de crise econômica e do modo de acumulação instalada nos países centrais, ressurgiu, nos EUA, um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, com duas vertentes principais, segundo Conill (2008): “de um lado os departamentos de medicina social e preventiva de centros universitários e, de outro, o contexto da ‘guerra à pobreza’ desencadeada pelo governo federal” (p.8).

Nos anos de 1970, o debate sobre a APS intensifica-se internacional e nacionalmente, principalmente após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde²², organizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, em 1978.

A referida conferência ocorre num contexto de crise estrutural do capital, principalmente a partir dos anos 1970, que rompe gradativamente com o pacto dos anos de crescimento, de pleno emprego (keynesianismo/fordismo) e desenho social democrata para as políticas sociais, de modo que deu as bases para fortalecer ideias neoliberais, principalmente relacionadas à liberalização dos mercados nacionais e internacionais, à redução substancial do tamanho do Estado e à privatização das empresas estatais e dos serviços públicos (ANDERSON, 1995).

A regulamentação social-democrata que sustentou o Estado de bem-estar social vem se subordinando de maneira crescente à ordem do capital sob orientação neoliberal. Sob o signo da crise monetária internacional, do declínio da atividade econômica e do endividamento público, o capital financeiro passa, a partir de então, a operar o comando do processo de acumulação impulsionado pelos organismos

²² Antecede a conferência de Alma-Ata um período de questionamentos dos modelos verticais, seletivos e descontextualizados de intervenção da OMS no combate às endemias nos países em desenvolvimento etambém se faziam presentes questionamentos, principalmente desde o final da década de 1960, ao modelo biomédico de atenção à saúde.

multilaterais, e “mediante inéditos processos sociais, envolve a economia e a sociedade, a política e a cultura, vincando profundamente as formas de sociabilidade e o jogo das forças sociais” (IAMAMOTO, 2008, p. 107).

O declínio da atividade econômica e o endividamento público diminuíram a arrecadação dos governos e desencadearam forte pressão pela redução de despesas com políticas sociais e racionalização das estruturas burocráticas estatais, nos Estados de Bem-Estar Social, por meio de reformas que “implicaram na criação de mecanismos participatórios, os quais poderiam, ao mesmo tempo, exercer pressão e servir como fiscalizadores sobre uma burocracia resistente às mudanças” (CORTÊS, 1996, p. 31).

Para a autora, neste contexto, e sob distintas orientações políticas, foram instituídas diferentes formas de participação. Os governos conservadores²³, com base na perspectiva da privatização dos serviços, vinculam a ideia de participação do consumidor individual, na lógica do mercado, “dado o seu ceticismo em relação à legitimidade das lideranças das entidades que representavam os interesses de diversos setores” (CORTÊS, 1996, p. 32). Já os governos social-democratas²⁴ enfatizavam a necessidade de reforma das organizações públicas, mas mantendo a noção de provisão pública de bens e serviços, sem o uso da estratégia centrada no mercado e propunham “aumentar as oportunidades para que cidadãos ou usuários expressassem suas opiniões, ampliando o direito dos participantes em manifestar oposição e propor alternativas” (CORTÊS, 1996, p. 32).

No percurso da década de 1970, segundo a autora supracitada, em vários países, como Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha, Itália e Alemanha, foram criados e institucionalizados mecanismos participatórios em resposta às demandas de participação direta dos cidadãos no processo político. “A natureza dessa participação variava desde a mera consulta ou advocacia dos interesses de consumidores e de usuários até o envolvimento ativo destes participantes em comitês, comissões e conselhos” (CORTÊS, 1996, p. 32).

Na área da saúde, a autora cita como exemplo as experiências dos EUA correspondentes à participação de cidadãos em *boards* de Centros Vicinais de

²³ Essa primeira estratégia, para Cortês (1996), objetivava a privatização e propunha a independência cultural estimulada pelo Estado de Bem-Estar social que criara “indivíduos preguiçosos”, proposta esta apoiada por grupos que representavam o capital.

²⁴ Essa segunda estratégia, defendida pelos sindicatos, visava à manutenção dos ideais igualitários de equidade e justiça social. (CORTÊS, 1996).

Saúde, ao final dos anos de 1960 e durante a década de 1970; os centros comunitários de saúde mental e os serviços de ouvidoria em programas de saúde. A experiência na Grã-Bretanha, em 1974, na presença de membros não executivos das autoridades de saúde e dos conselhos comunitários de saúde. Como também a experiência canadense, em Quebec, de 1970 a 1972, com a criação da prerrogativa legal que estabelecia a participação dos cidadãos em *boards* dos hospitais e casa de saúde e nas agências de assistência social.

Contudo, a autora enfatiza que a criação de mecanismos participatórios no âmbito da saúde pode ser associada às pressões decorrentes da desilusão nos mecanismos de participação tradicionais das democracias liberais, da emergência de novos movimentos sociais, da crise econômica mundial com seus desdobramentos na reforma das instituições públicas, como também ao “estímulo das agências internacionais à participação da comunidade ou popular, durante os anos setenta” (CORTÊS, 1996, p. 33).

Nessa direção, a autora cita a Declaração dos Cuidados Primários de Saúde, como exemplo da influência exercida pelos organismos internacionais na origem de processos participativos na área da saúde.

A Conferência de Alma-Ata²⁵ é referência internacional e representa um marco nos debates acerca das políticas de saúde no mundo e do direito humano à saúde. A atenção primária foi concebida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

²⁵ A conferência de Alma-Ata contou com a participação de 134 governos, com mais de 3 mil delegados, mas o Brasil não se fez representar. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, mas não se restringe a esse nível, integrando um processo permanente de assistência e eixo de reorganização dos sistemas de saúde, que inclui a prevenção, a promoção, a cura, a reabilitação e a participação comunitária.

Starfiel (2002), ao analisar a concepção de APS preconizada em Alma-Ata, evidencia três momentos onde a palavra comunidade aparece²⁶, de modo que, para a autora, há uma distinção entre a atenção prestada a indivíduos ou famílias e a atenção prestada à comunidade.

A Declaração de Alma-Ata reafirma o direito à saúde e a responsabilização dos governos pela saúde de seus povos. Apresenta uma concepção abrangente de APS e destaca a participação, como um “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Ainda coloca que os cuidados primários em saúde:

Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

O consenso em torno dessa base conceitual destaca elementos que a OMS estava empenhada em difundir nesse momento e implementada em diversos países e sobre diferentes maneiras (CONILL, 2008): integração dos serviços locais num sistema nacional, participação, necessidade de ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e o social.

Para a autora (CONILL, 2008), o conteúdo proposto articulava-se em torno de dois polos principais expressando respostas a necessidades de ordens econômica,

²⁶ “a um custo que a comunidade possa manter [...] como parte integral [...] do desenvolvimento global econômico e social da comunidade [...] primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde”. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 1).

política e social, como também demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais desse contexto, a saber: de um lado, um polo tecnocrático propondo a incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas e, de outro, um polo participativo associado à maior democratização dos serviços, com ampliação da equipe, inserção de agentes da comunidade, acesso e controle social.

Reafirma-se a importância, o significado e a amplitude das propostas, do pressuposto e dos desdobramentos desencadeados pela Conferência de Alma-Ata, principalmente considerando a conjuntura daquele momento. No entanto, a falta de um posicionamento mais contundente com relação à ordem econômica vigente, desconsiderando o entrelaçamento entre política social e política econômica, encontra confortável acolhida por parte das agências burocráticas estatais, dos organismos multilaterais, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), que, sob uma perspectiva neoliberal, se utilizam de alguns conceitos e os reconstróem para o alcance e fins dos interesses do capital, a exemplo das definições e orientação quanto aos gastos sociais públicos em países empobrecidos como os da América Latina.

Nessa linha, a perspectiva participacionista presente na Declaração de Alma-Ata, expressa um sentido de execução e colaboração para o alcance da eficiência nos cuidados em saúde, que, despojado de um sentido mais sociocrítico, fortalece a participação reconfigurada e exaltada pelos princípios neoliberais de desresponsabilização estatal e transferência das responsabilidades para a sociedade civil com base em um discurso de participação solidária.

Ela recomendava a implementação de políticas de cuidados primários de saúde, que estimulariam o autocuidado e autonomia das comunidades (HOLLNSTEINER, 1982, *apud* CORTÊS, 1996, p. 34). Acima de tudo, ela defendia a mobilização das comunidades locais para que elas assumissem responsabilidade por sua própria saúde (MIDGLEY, 1986, *apud* CORTÊS, 1996, p. 34-35).

Os traços preconizados em Alma-Ata, que apontavam para uma perspectiva mais abrangente da APS, foram fortemente criticados por agências internacionais, dentre elas a Fundação Rockefeller, que, no ano seguinte à Declaração de Alma-Ata, em 1979, provê, conjuntamente 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 se discutiu uma perspectiva seletiva de APS, como estratégia para o controle de doenças nos países em desenvolvimento (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Tal perspectiva, conforme a autoras supracitadas, fundamenta intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Na década de 1980, essa concepção seletiva e restrita da APS passa a ser hegemônica para diversas agências internacionais, a exemplo do Banco Mundial, atualmente conhecida como atenção primária seletiva, discussão que faremos na sequência.

2.2 APS NO CONTEXTO INTERNACIONAL: INTERPRETAÇÕES, CONCEITOS E ABORDAGENS

No Relatório Dawson, em 1920, estão as origens da APS e, a partir de 1978, pós Conferência de Alma-Ata, concretiza-se sua institucionalização nos sistemas de saúde. Deste então, a APS é compreendida, interpretada e operacionalizada de diferentes maneiras e sob diferentes terminologias. Nesse sentido, é comum, na bibliografia internacional, a utilização da expressão Atenção Primária à Saúde, em lugar da Atenção Básica em Saúde, como denominado aqui no Brasil. Embora alguns autores, a exemplo de Mendes (2011), e em alguns documentos de organismos governamentais, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)²⁷ e do próprio Ministério da Saúde²⁸, tenham utilizado ultimamente a terminologia internacionalmente reconhecida de APS.

Contudo, mais do que a terminologia adotada, importam as diferentes concepções, abordagens e práticas incorporadas, que reforçam ou se se contraponham a uma perspectiva ampliada/abrangente de APS. De maneira geral, há três interpretações principais: Giovanella e Mendonça (2008); Mendes (1996); Organização Pan-Americana da Saúde (2011b):

- 1) APS é compreendida como estratégia de reordenamento do setor da saúde e como modelo assistencial.
- 2) APS como estratégia de organização e reordenamento do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, de organizar e operacionalizar a porta de entrada do sistema.
- 3) APS concebida como programa focalizado e seletivo, destinado a populações e regiões pobres, com cesta restrita de serviços, baixa densidade tecnológica e baixos custos.

²⁷ BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: Conass, 2011, Coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 3.

²⁸ BRASIL. Ministério da saúde. *Diretrizes do Nasf: núcleo de apoio à saúde da família*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27, 2010.

Nessa direção, Conill (2008), ao realizar um estudo sobre a trajetória histórico-conceitual da APS enquanto política de reorganização do modelo assistencial identifica duas concepções predominantes do conceito: “a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada” (p. 02).

Observa que a proposta de organizar serviços orientados pela APS é defendida e proliferada fortemente:

Nas décadas de 1960 e 1970 associado a princípios participativos e de democratização das práticas, retrocede na fase de reformas neoliberais dos anos 1980 para reaparecer a partir da última década do século XX, com uma roupagem mais racionalizadora e instrumental (CONILL, 2008, p. 13).

Tal afirmativa decorre de estudos realizados pela autora (CONILL, 2008), sobre a trajetória da atenção primária na Província de Québec, Canadá, e do National Health Service (NHS) da Inglaterra, onde aponta elementos importantes da APS no contexto internacional, dos quais destacamos: Québec, em 1970/1971, ao optar pelos princípios de cobertura universal estabelecidos pelo governo federal, realiza uma reforma com características inovadoras, incorporando uma rede de estabelecimentos hierarquizados por regiões e criação de Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC), com Conselho de Administração constituído majoritariamente por usuários, como já citado anteriormente. O atendimento deveria privilegiar a integralidade da atenção e as dimensões familiar e comunitária dos cuidados.

Na década de 1980 e início dos anos 1990, modifica-se o discurso e as práticas num contexto neoliberal de restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos com ações regulatórias. No Québec, esse momento marca a criação de agências regionais com o propósito de efetivar fusões de estabelecimentos de saúde, fechamentos de hospitais, quando os Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC) passam a ser concebidos como estruturas de apoio.

Na análise das reformas realizadas em Québec nesse período, a autora enfatiza que a manutenção de direitos em saúde foi garantida e a atenção primária

coloca-se sobre outra perspectiva: “menos intersetorial e participativa, uma estratégia para racionalizar a oferta, diminuir custos, facilitar o acesso e a coordenação dos cuidados” (CONILL, 2008, p. 4). Já na Inglaterra, a autora destaca a criação do National Health Service (NHS)²⁹, em 1948, que em sua origem preconizava a organização de um sistema descentralizado e pluralista sob controle municipal, mas que em sua operacionalização estrutura-se de forma centralizada por meio de três partes independentes: ‘hospitais, serviços locais de saúde pública e serviços locais de assistência médica, odontológica, farmacêutica e de optometria” (CONILL, 2008, p. 5).

A primeira reforma importante ocorre em 1974, quando são criadas autoridades regionais, de área e equipes de gestão distrital, sendo estas suprimidas em 1982; estímulo necessário para a descentralização e a gestão distrital por intermédio das District Health Authorities (DHA). A autora ainda aponta outras mudanças que ocorreram no período de 1983 a 1996, nas quais o princípio de regionalização foi rompido e incorporado uma concepção empresarial e competitiva na política de saúde, que, apesar das contradições presentes, trouxe uma dinâmica favorável à atenção primária, aproveitada posteriormente, em 1997, com a chegada do partido trabalhista ao poder.

De maneira geral, Conill (2008) considera que a trajetória do sistema de saúde inglês³⁰, em suas diferentes estratégias e arranjos institucionais, evidencia uma tendência de garantir e facilitar o acesso, com integração entre os serviços e coordenação de estruturas de atenção primária.

Nesta perspectiva, destacamos, pela relevância e referência internacional, o estudo da pesquisadora norte-americana Barbara Starfield (2002), publicado em 1994 e, em 2002, no Brasil, pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Opas, com

²⁹ O Serviço Nacional de Saúde britânico (com sigla, em inglês, NHS), surge no período pós Segunda Guerra Mundial, a partir do relatório de William Beveridge, em 1942, que estabeleceu as base para o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania. O NHS foi criado em 1946 pelo governo trabalhista, e passou a funcionar em 1948. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

³⁰ Campos (2007), ao refletir sobre o trabalho em saúde na APS, observa, no entanto, que: “Na Inglaterra e no Canadá, por exemplo, a atenção primária à saúde foi organizada de maneira a compor com o interesse e a tradição dos médicos. Em vez de construir-se uma rede de centros de saúde com servidores públicos, optou-se por credenciar médicos autônomos, que em seus consultórios atendem a milhar e pouco de pessoas cadastradas em sua clientela. Naqueles países, conservou-se relativa liberdade de escolha dos usuários que poderiam eleger seu médico generalista em listas de profissionais credenciados ao sistema. Esta alternativa conservou o modelo tradicional da clínica liberal, adaptando-o ao novo contexto. Apesar desta concessão à tradição liberal da organização da clínica em consultórios, registrou-se importante oposição política dos médicos à reforma sanitária inglesa (p. 1879).

o título Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias, em que a autora compara a APS em 12 países industrializados, definindo características e atributos essenciais dos serviços.

A autora ressalta que a APS:

Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionalizamos uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

A autora supracitada, em seu estudo, desenvolve uma abordagem para caracterizar a APS nos países industrializados, definindo quatro atributos exclusivos da atenção primária e três atributos derivativos.

Atributos exclusivos:

- a) Atenção ao primeiro contato: acessibilidade e uso do serviço sempre que o usuário necessitar e para acompanhamento rotineiro da saúde do mesmo.
- b) Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma atenção longitudinal do usuário, com continuidade ao longo do tempo e com fortes laços e vínculos interpessoais destes e os profissionais de saúde.
- c) Integralidade: implica no acesso a todos os tipos de serviços de atenção à saúde preventivos e curativos, na própria unidade ou por meio de encaminhamento para serviços secundários, a depender das necessidades existentes.
- d) Coordenação: refere-se à continuidade do tratamento no próprio serviço e com outros serviços fundamentais, de modo que exige determinado grau de coordenação e integração entre os mesmos.

Atributos derivativos, onde os serviços devem voltar-se para:

- a) Centralização na família: reconhece os usuários dentro de seus ambientes, de modo que considera o contexto e a dinâmica familiar no âmbito das ações realizadas.
 - b) Competência cultural: envolve o reconhecimento de diferentes necessidades das populações, considerando características étnicas, raciais e culturais.
 - c) Orientação para a comunidade: pressupõe o reconhecimento das necessidades de saúde no contexto social em que vive os usuários, as características de saúde da comunidade e dos recursos nela disponíveis.
- No processo de avaliação da orientação para a comunidade aponta três tipos de informações: conhecimento das necessidades de saúde da

comunidade; informação quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade (inclui o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, incluindo recursos recreacionais, religiosos, políticos ou filantrópicos); e, por último, quanto o profissional envolve a comunidade em questões relacionadas à prática (oferta de serviços à comunidade ou aos usuários, pesquisas de satisfação e propostas para qualificar os serviços). Com relação ao alcance da atenção primária orientada para a comunidade, a autora ressalta a importante tentativa realizada por um médico na Grã-Bretanha ao assumir responsabilidades pela comunidade além das funções clínicas, base para o conceito de médico geral comunitário como um “novo tipo de médico que está engajado na democracia participativa local na busca da maximização da saúde” (HART, 1983, *apud* STARFIELD, 2002, p. 542)³¹.

Também ressalta outras tentativas, dentre elas, as novas maneiras de interação entre organizações clínicas, com a comunidade pelo Grupo Cooperativo de Saúde de Puget Sound, em Washington, e no Canadá, com ênfase na província do Quebec, no esforço de envolver a comunidade em todos os níveis de tomada de decisões. Ainda coloca os esforços na formação de médicos de família em Cuba e de médicos com orientação comunitária, citando como exemplo o México, a Costa Rica e Nicaraguá.

Quanto à capacidade dos sistemas de serviços de saúde, no que tange à sua administração, a autora coloca que as abordagens variam em três tipos principais (SALTMAN, 1994, *apud* STARFIELD, 2002): controle, escolha e persuasão moral/legal. O controle político condiz com decisão coletiva, de caráter mais democrático, por meio da participação das pessoas nos orçamentos e alocação de recursos; A escolha, colocada como forma alternativa de administração, baseia-se na autonomia das pessoas escolherem onde e de quem desejam receber seus serviços. E, por último, tem-se o mecanismo de persuasão, representado por sistemas de reparação legal e social por serviços prejudiciais, não proporcionando às pessoas a possibilidade de mudar aspectos relacionados aos serviços que são considerados inadequados.

Ainda nessa direção, outro fato importante refere-se à análise das reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Europeia pelo

³¹ “Na Grã-Bretanha, a responsabilidade pelas funções da comunidade era, até pouco tempo, assumida por uma equipe de especialistas em medicina comunitária. Mant e Anderson propuseram que as funções fossem assumidas pelo profissional de atenção primária, com a transferência dos recursos da estrutura atual de medicina comunitária para as unidades de atenção primária; esta transferência tem ocorrido desde os anos 90”. (STARFIELD, 2002, p. 543).

Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, a partir de 1990, e publicado no Brasil em 2010 pelo MS/Opas/OMS: Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma Organizacional na Atenção Primária Europeia. Os países europeus destacam-se pela garantia de acesso das populações aos serviços de saúde, por meio de modelos de proteção social via seguros de saúde (modelo bismarckiano) ou de serviços nacionais de saúde (modelo beveridgiano). De maneira geral, é crescente o papel da atenção primária, principalmente pela transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial, com diversidade nas configurações institucionais, na organização e prestação de serviços.

O referido estudo evidencia as diferentes concepções de atenção primária no atual contexto europeu, não sendo esta facilmente conceituada sem a Medicina de Família e Comunidade, de modo que tem sido adotada uma categoria intermediária, denominada de *atenção primária estendida*. Essa perspectiva mais abrangente do que a Medicina de Família e Comunidade, coloca o centro do desenvolvimento da atenção primária existente em muitos países como ponto fundamental dos esforços para melhorar a coerência e a coordenação da prestação de serviços de atenção à saúde.

Conill (2008) observa que as funções da APS adotadas pelo Observatório Europeu praticamente coincidem com os atributos sugeridos por Starfield (2002) para avaliar essas práticas, com destaque para: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade.

O fortalecimento desse nível de atenção, na Europa, também é observado por Giovanella e Mendonça (2008), principalmente nas funções de coordenação e primeiro contato, a partir da década de 1990. Para as autoras, a ênfase coloca-se na assistência clínica e nos cuidados individuais, de modo que não contempla aspectos da concepção abrangente da APS, voltadas para problemas coletivos, atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde.

Contudo, os estudos acima mencionados demonstram que a APS é compreendida e implementada de diferentes dimensões, em perspectiva mais ou menos abrangente, mais ou menos seletiva e focalizada, como estratégia de reorganização do primeiro nível de atenção ou como estratégia de reorganização de sistemas de saúde. A opção por uma ou outra perpassa, dentre outros aspectos, diferentes formas de organização e modelos dos sistemas de saúde, pela correlação de forças existentes e pelas condições sócio-históricas de cada momento, de modo

que poderá ou não contribuir para o fortalecimento do processo de democratização da saúde.

Dos atributos e funções da APS contidos nos estudos de Starfield (2002) e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (2010), pode-se dizer que há valorização do vínculo entre equipe de saúde (com ênfase no profissional médico) e população/usuário. O centro da discussão coloca-se principalmente na atenção clínica, numa abordagem mais ampliada, com valorização do primeiro atendimento, numa atenção longitudinal e coordenada, com centralidades familiar e comunitária. A autonomia do usuário na decisão relacionada à utilização dos serviços, na aceitação das orientações e recomendações pelos profissionais de saúde e na decisão de quanto querem participar nesse processo, também são pontos elencados.

No âmbito da atenção à saúde, consideram-se esses atributos relevantes e necessários. No entanto, quando descolados de uma perspectiva sociocrítica presente na produção social da saúde, aponta para uma tendência individualizante, despolitizada, que tende para o fortalecimento da subalternização do usuário e no simples assentimento deste nas decisões profissionais.

Outro ponto importante nesses estudos refere-se à orientação para a comunidade. Apesar do pouco alcance dessas experiências, segundo Starfield (2002), esse atributo volta-se para a participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde e para quanto a equipe de saúde conhece as necessidades de saúde no contexto social vivido. No entanto, a referida autora ressalta que, apesar do direcionamento da Conferência de Alma-Ata para orientação à comunidade, esse atributo ainda não é uma realidade, uma vez que faltam evidências de sua prática, sendo este um importante desafio para os sistemas de atenção primária. O sentido da participação da comunidade expresso também tende à individualização e despolitização da participação, uma vez que se volta para uma perspectiva cooperativa e adesista na relação profissional de saúde e usuários, de tal modo que o envolvimento da comunidade está relacionado à prática e às decisões de sua saúde.

2.3 A RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NAS AMÉRICAS: PARTICIPAÇÃO SINTONIZADA COM OS INTERESSES GOVERNAMENTAIS

As reflexões que precedem este item reafirmam o entendimento de que a trajetória da APS é marcada por um contínuo processo de reconstruções, reflexões, disputas e inspiração para os diferentes sujeitos e segmentos envolvidos, presentes numa conjuntura de constante crise dos sistemas de saúde na atualidade.

O não cumprimento da meta de “saúde para todos no ano 2000”, associado às estratégias para cumprimento dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, têm motivado o posicionamento de organismos internacionais como a OMS e a Opas.

Nessa direção, ambos os organismos reafirmam a necessidade de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas³², sob o argumento de que a APS é parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que esses sistemas, com base na APS, têm a melhor abordagem para o alcance de melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas (OPAS/OMS, 2008).

No documento, a Opas/OMS (2008) colocam-se como defensoras de um sistema de saúde, com base na APS, com enfoque abrangente na organização e na operacionalização, tendo como fundamento três valores centrais, a saber:

- a) Direito ao mais alto nível possível de saúde: implica os direitos legais dos cidadãos e das responsabilidades do governo e de outros atores, com responsabilização no sistema de saúde, sendo a APS orientada à qualidade, eficiência e eficácia.
- b) A equidade na saúde: colocada como valor intrínseco, capaz de corrigir as iniquidades por meio do exercício de suas reivindicações morais e legais à saúde e outros direitos sociais. Volta-se para o combate das diferenças injustas no estado de saúde, no acesso aos cuidados e ambientes de melhoria da saúde e no tratamento dentro do sistema de saúde e de serviços sociais.

³² Documento publicado no Brasil em 2008, pela Opas/ OMS.

- c) **Solidariedade:** colocada como forma de manifestação do governo nacional e local, na formação de organizações voluntárias e sindicatos, e em outras formas de participação dos cidadãos na vida cívica. A solidariedade social nos sistemas de saúde, com base na APS, é defendida como exigência para que os investimentos em saúde sejam sustentáveis, ofereçam proteção financeira e que permitam que o setor de saúde trabalhe com sucesso com outros setores e atores cuja participação é necessária tanto para melhorar a saúde como as condições que ajudam a determiná-la.

O documento estabelece que os sistemas de saúde baseados na APS são fundamentados em princípios que fornecem a base para políticas de saúde, legislação, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos e operação do sistema de saúde (OPAS/OMS, 2008):

- a) **Capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas:** esse princípio estabelece que os sistemas de saúde são centrados em pessoas, tendo como base abordagem de atender às necessidades de saúde definidas objetivamente pelos especialistas e padrões acordados ou subjetivamente a partir das necessidades observadas pelo indivíduo ou pela população.
- b) **Os serviços orientados à qualidade:** implica tratar todas as pessoas com dignidade e respeito, enquanto asseguram o melhor cuidado possível para seus problemas de saúde, de modo que requer procedimentos para avaliar a eficiência e a eficácia de intervenções preventivas e curativas de saúde e de designar os recursos adequadamente.
- c) **A responsabilização governamental:** refere que, na garantia de direitos ao cidadão, se fazem necessários políticas e procedimentos legais e regulatórios que permitam que os cidadãos exijam seus direitos, caso não sejam atendidas. Para tanto, se faz *mister* o monitoramento e a qualificação contínua e permanente do sistema de saúde, de forma transparente, e sujeito ao controle social.
- d) **Justiça social:** propõe que as ações governamentais sejam avaliadas pelo quanto garantem o bem-estar de todos os cidadãos, de modo especial os mais vulneráveis, garantindo justiça social, a partir de algumas abordagens, dentre elas, a de melhorar a educação e as iniciativas inclusivas para a

- compreensão, pelos cidadãos, de seus direitos e de garantir a participação ativa deles no planejamento e na fiscalização do sistema de saúde.
- e) Sustentabilidade do sistema de saúde: propõe o estabelecimento de mecanismos para garantir o financiamento adequado, mesmo em períodos de instabilidade, ou mudança políticas em sistemas de saúde liderados pela APS.
 - f) Participação: é colocada como forma de as pessoas tornarem-se parceiras ativas na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização. No nível individual, as pessoas devem estar aptas a tomar decisões livres e plenamente informadas acerca de sua própria saúde e de suas famílias, em um espírito de autodeterminação e confiança. No nível da sociedade, tomar parte na saúde é uma faceta da participação cívica geral; ela garante que o sistema de saúde reflita valores sociais e fornece um meio de controle social de ações públicas e privadas que causam impacto na sociedade.
 - g) Intersetorialidade: significa que o sistema de saúde deve trabalhar com setores e atores diferentes para impactar os determinantes da saúde, contribuir para atividades de desenvolvimento humano e atingir seu potencial de equidade.

A Opas/OMS, no documento sobre a renovação da atenção primária, ainda estabelece alguns elementos estruturais e funcionais, interconectados e de ação simultânea, presentes em todos os níveis do sistema de saúde. Os elementos centrais de um sistema de saúde, com base na APS, evidenciado no documento, são os seguintes: cobertura e acesso universais; primeiro contato; atenção integral, integrada e contínua; ênfase na prevenção e promoção; orientação familiar e comunitária; atenção apropriada; organização e gestão ótimas; mecanismos de participação ativa; recursos humanos apropriados; marcos político, legal e institucional sólidos; políticas e programas pró-equidade; recursos adequados e sustentáveis; ações intersetoriais (OPAS/OMS, 2008).

Observa-se que alguns dos princípios e elementos de um sistema de saúde com base na APS, proposto no referido documento da Opas/OMS, coincidem com atributos sugeridos por Starfield (2002) e com as funções adotadas pelo Observatório Europeu, com destaque para a centralidade na família e comunidade,

no primeiro contato, na responsabilização governamental (coordenação), nos mecanismos de participação ativa (orientação para a comunidade).

Considera-se relevante a ênfase em princípios e elementos estruturais e funcionais voltados para a qualidade dos serviços, intersetorialidade, cobertura e o acesso universal; à atenção integral, integrada e contínua; à ênfase na prevenção e promoção; às orientações familiar e comunitária; aos recursos humanos apropriados; aos marcos político, legal e institucional sólidos.

No entanto, carece de posicionamento com relação à mercantilização da saúde. Aborda a sustentabilidade do sistema de saúde como um dos princípios, mas não adentra em questões cruciais na atual conjuntura, que inviabiliza o direito humano à saúde, a consolidação dos princípios que o próprio documento preconiza, principalmente em países subdesenvolvidos.

Se, na Declaração de Alma-Ata, faltou um posicionamento mais explícito no que se refere à conjuntura econômica, com a inter-relação entre a política de saúde e a política econômica, o documento de posicionamento da Opas/OMS de Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, “ratifica a ordem econômica social vigente e delega unicamente para o espaço da política a tarefa de viabilizar políticas de saúde universais” (GÖTTEMS e PIREZ, 2009, p. 188).

O não cumprimento da meta de “saúde para todos no ano 2000” e as necessidades de estratégias para cumprimento dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no posicionamento da Opas/OMS de Renovação da Atenção Primária, é colocado de forma descolada da ordem econômica mundial, do processo crescente de mercantilização da saúde, privatização e de precarização das condições de vida e trabalho, que fortalece a saúde como mercadoria e inviabiliza o direito universal à saúde, principalmente em países subdesenvolvidos, onde o acesso e a garantia à saúde estão muito distantes do cotidiano de milhares de cidadãos.

Nos valores definidos no documento, o direito à saúde implica a responsabilização dos governos e de outros atores, sobressaindo a equidade, como um dos valores centrais. Se o enfoque atribuído no documento for relacionado à participação, como a possibilidade de parcerias ativas na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e garantia de responsabilização, tem-se a vinculação da participação como ideia de eficiência, para controle e garantia da equidade sobre os gastos públicos.

Há um alinhamento da perspectiva da APS presente no documento a uma ideia de participação instrumental voltada principalmente para ações individuais no cuidado de sua própria saúde, na redução de custos, na fiscalização e no planejamento.

As reflexões de Jara (2006) sobre os princípios e mecanismos da institucionalização da participação cidadã nas Constituições na América Latina, indicam importante contribuição nessa relação entre participação-eficiência, ao levantar como pontos centrais desse debate duas ideias força que dão sentido à participação: legitimidade e eficiência. É comum a compreensão de que todo poder reside nos cidadãos que o exercem diretamente ou por meio da representação. Tal afirmativa associa a participação à legitimidade, tanto do sistema representativo (legitimidade dos governos por terem sido eleitos pelo povo e por representá-los) como do sistema participativo (quando os cidadãos propõem e revogam leis específicas por meio de democracia direta). Com a ideia de legitimidade, encontra-se a ideia de eficiência.

A participação colabora para melhorar a eficiência e eficácia das políticas, otimizando os recursos públicos escassos, entregando informação e valoração aos que tomam as decisões e fortalecendo o seu controle. Aqui, os princípios e mecanismos, sobretudo no que se refere a organismos territoriais, tendem a associar-se à descentralização ou modernização do Estado e não à ação política dos cidadãos participantes (JARA, 2006, p. 359).

O referido autor acrescenta que as ideias de inovação democrática, por meio da participação, é complexa, podendo limitar-se à mera cooperação entre sujeitos e governo, deixando o espaço de conflito e disputa de projetos alternativos apenas à esfera do partido político. Por outro lado, o aspecto político da participação presente nas Constituições na América Latina por ela analisada, podem ser tentativas para que o exercício do poder e da política não seja monopolizado pelos partidos políticos. De modo que há diferentes justificativas na inclusão de mecanismos de participação, a exemplo do Brasil, na Constituição Federal de 1988, de justificação democrática (para ampliar a participação dos cidadãos nas questões públicas), como forma antipolítica; para sobrepor à politicagem e à corrupção, a exemplo dos

casos equatoriano, peruano e venezuelano. E, ainda, uma terceira versão, vinculada à evolução da participação nos organismos de créditos internacional, com matriz liberal, limitando-a para a eficiência, colaboração das populações empobrecidas (na informação e no trabalho), de modo a restringir a tomada de decisão conjunta.

A Opas/OMS, ao posicionar-se pela Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, atribui à participação uma perspectiva ativa, no campo coletivo, para garantir transparência e responsabilização nos diferentes níveis de atenção; estimular a capacidade das comunidades como parceiros ativos no estabelecimento de prioridades na gestão, na avaliação e na regulação do setor de saúde e, no campo individual, para que as pessoas gerenciem melhor sua própria saúde. A participação, seja por meio de ações individuais ou coletivas, deve voltar-se para a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis.

Reforça o sentido individualizante e despolitizante da participação, com foco nas funcionalidades da participação para o autocuidado, para o controle da qualidade dos serviços, com centralidade para a garantia da eficiência na prestação dos serviços, sendo atribuída à população a condição de parceira, despida dos conflitos de classes e de projetos societários que perpassam tais relações.

Nessa direção, a perspectiva de participação da sociedade presente no documento de renovação da atenção primária, caminha numa lógica cooperativa no que se refere à saúde individual, funcional aos interesses da própria equipe e dos órgãos governamentais. A participação ativa, referida no documento, alinha-se à ideia de eficiência, de modo que vem reforçar muito mais os interesses governamentais do que garantir uma ação política dos diferentes sujeitos no processo de democratização da saúde.

3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E A DIMENSÃO PARTICIPATIVA

*Eu acho que a grande dificuldade é aqui serem dois modelos de atenção, centro de saúde e programa de saúde da família, porque, como eu te falei, aí, nenhum funciona bem, [...] entra na dificuldade que é centro de saúde e PSF.
(Entr. 8).*

A crise do modelo biomédico, concomitantemente à crise econômica e do modo de acumulação capitalista instalada nos países centrais, a partir dos anos 1970, culminou em um movimento de reformas no setor da saúde, quando se passou a valorizar, como vimos no capítulo anterior, a APS, na organização dos sistemas de saúde.

No Brasil, a adesão às proposições da APS intensificam-se a partir de meados dos anos 90, com o processo de municipalização e descentralização utilizado como estratégia de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em meio a uma conjuntura neoliberal e, por conseguinte, desfavorável às políticas sociais e à implantação de um sistema público de saúde com primazia do Estado e acesso universal.

Neste capítulo, apresentarmos o caminho percorrido pela APS no Brasil, com ênfase no SUS, com o objetivo principal de apreender e avaliar as concepções e perspectivas da participação da sociedade presentes nas normatizações e orientações do Ministério da Saúde, no contexto da APS.

Nessa direção, apresentam-se alguns antecedentes históricos da APS no Brasil, adentrando no contexto do SUS, utilizando como fontes principais de análise, pela relevância dos estudos e por tratar-se de pesquisadores renomados na área, os estudos de Giovanella e Mendonça (2008), Conill (2008), Giovanella et al (2009), Giovanella e Almeida (2008), além de documentos do Ministério da Saúde.

Para apreender e avaliar a dimensão da participação nas normativas do Ministério da Saúde, no contexto da APS, fez-se a revisão e análise de documentos normativos do SUS de 1990 a agosto de 2011, a saber: Leis Orgânicas da Saúde

(Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508, de junho de 2011. Para complementar o estudo, fez-se um levantamento das Políticas Nacionais definidas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, considerando-as representativas no debate da dimensão participativa na APS: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, e Política Nacional de Humanização.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

No Brasil, segundo Giovanella e Mendonça (2008), desde a década de 1920, há alguns serviços com características do que atualmente se chama de atenção primária, a exemplo do modelo de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), das décadas de 1940 e 1950, implantado no Norte e Nordeste do Brasil (áreas estratégicas de produção de matéria-prima da borracha), locais em que se adotavam ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, sob influência da medicina preventiva norte-americana, por meio de convênio com a Fundação Rockefeller.

A partir da década de 1970, com o aprofundamento da crise econômica que expôs as limitações da assistência médica previdenciária, começam a surgir experiências sanitárias, acompanhando o movimento internacional da APS, que difundem, no longo prazo, a proposta contra-hegemônica ao modelo assistencial predominante.

Giovanella e Mendonça (2008) enfatizam a relevância dos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas, em especial as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária, que desenvolveram programas de integração docente assistencial para implementar práticas de medicina comunitária, realizando atividades de atenção primária.

Conill (2008), também menciona importantes iniciativas, nas décadas de 1970 e 80, citando algumas experiências, como o projeto de saúde comunitária Murialdo, da Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul (em Porto Alegre); experiências de medicina comunitária, como a de Montes Claros; experiências municipais, como em Lages, Campinas, Londrina, Niterói; e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que, inicialmente no Nordeste, oportunizou a expansão na rede ambulatorial.

No caso da atenção à saúde, as experiências tenderam a estimular a participação de membros da população nas atividades do programa a partir do treinamento em atividades de saúde, os quais assim se constituíram em agentes, para atender à comunidade e oferecer soluções para as suas

dificuldades, reorganizando-a e transformando-a como estrutura social (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 597).

Desse modo, a adesão às proposições de APS, no Brasil, foram se dando num contexto de crise da medicina previdenciária vigente, de lutas pelo fim da ditadura militar e de constituir o processo democrático no País. No campo da saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro exerceu importância fundamental.

É, portanto, nessa conjuntura e diante das lutas pelo projeto de Reforma Sanitária brasileira, que a APS entra na pauta do debate da saúde, no Brasil, na década de 1970. Diversos sujeitos e diferentes estratégias exerceram importante influência nesse processo, a exemplo das experiências anteriormente mencionadas, bem como de outros programas que foram relevantes³³, como a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev Saúde), em 1980; o Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS), tomadas como estratégias em 1985; assim como os programas de atenção primária direcionadas a grupos específicos, como o de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) e da Criança (Paisc), lançados concomitantemente ao processo de implantação das AIS, entre 1984 e 1987. Esses programas eram direcionados a grupos específicos e foram concebidos como estratégias para consolidar a rede de serviços básicos de saúde e serviram de exemplo para outros programas de atenção integral voltados a determinados grupos de risco, como idosos, pessoas com doenças crônicas, etc. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Com as AIS, estava-se fecundando o SUS e, nesse processo, o semear dos debates em torno da Reforma Sanitária e as teses defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, culminando no artigo 196 da Constituição de 1988.

³³ Já descritos no capítulo 1.

3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DIMENSÃO DA PARTICIPAÇÃO

Na América Latina, nos anos 80, a APS foi marcada por uma abordagem seletiva, sob influência das agências multilaterais, voltada para a implantação de uma cesta mínima de serviços (GIOVANELLA et al, 2009).

Tal abordagem aprofunda-se, na década de 1990, em meio a uma conjuntura neoliberal, de contexto recessivo e desfavorável às políticas sociais, de modo que, no Brasil, as conquistas legais não reverteram em mudanças significativas no modelo assistencial e na garantia efetiva de um SUS público, universal e com qualidade.

As reformas neoliberais e as recomendações de organismos internacionais influenciaram e moldaram a construção do SUS nos anos 90, determinando o desacordo entre a situação atual do SUS e a proposta de uma política pública universalista, nos moldes do Movimento da Reforma Sanitária.

Sob o domínio das políticas neoliberais, com o apoio e interesse do Banco Mundial (CONILL, 2008), a APS vem se constituindo, no âmbito do SUS, num campo de disputas entre perspectivas mais abrangentes de concepção da APS e perspectivas mais focalizadas, seletivas, com baixos custos e sob forte responsabilização das famílias, indivíduos e sociedade. Num contexto de crescente privatização das políticas sociais, precariedade e terceirização dos serviços, subfinanciamento do setor, sob a emergência das Organizações Sociais (OS) e fundações estatais, a APS, respondendo à lógica neoliberal, quando assumida em sua “roupagem racionalizadora e instrumental” (CONILL, 2008, p.11) coibe processos democratizantes na política de saúde e corrobora com as determinações das agências internacionais.

É em meio a essas contradições e disputas que, nos primeiros anos de reformas, se evidencia a integração e fusões de instituições com o intuito de manter e propagar novos princípios num contexto de grave crise fiscal e financeira. A partir de 1996, investiu-se na política de descentralização, com Normas Operacionais propiciando um arcabouço legal e administrativo necessários às novas atribuições do poder local (CONILL, 2008).

A municipalização é apontada como a estratégia de construção do SUS, de modo que se adota uma política de descentralização, num primeiro momento com normas operacionais, com vistas ao ordenamento das práticas sanitárias, a construção de um “novo” modelo de atenção à saúde, por meio da organização de sistemas locais de saúde.

Nas Normas Operacionais (NOB e Noas)³⁴, concebidas como um conjunto de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde para nortear a transferência de recursos financeiros, determinar os papéis dos gestores nos três níveis de governo (federal, estadual, municipal) e orientar a organização da gestão, a APS é um dos eixos centrais.

Diante do processo de descentralização político-administrativa, transferência de responsabilidades nas ações e serviços de saúde para estados e municípios, o Ministério da Saúde passa a investir em programas e ações básicas como parte da estratégia de reorganização do modelo de atenção e sob defesa da importância da promoção da saúde.

O debate em torno da promoção da saúde ganha destaque a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde³⁵, realizada no ano de 1986, em Ottawa, Canadá, sendo consenso que “Promoção da Saúde” poderia ser um paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde e dos sistemas dos países.

Assim, em meio a um conjunto de fatores, surgem as bases para a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo destacados, por Conill (2008): a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)³⁶, o vácuo para

³⁴ As NOBs foram editadas em 1991, 1993, 1996 e as Noas 1 em 2001 e Noas 2 em 2002.

³⁵ Declaração de Alma-Ata representou o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, sendo que na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, dentre as recomendações, está o reforço das ações comunitárias, “concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado”. (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, p. 3).

³⁶ O Pacs foi implantado em 1991, pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste. Tinha caráter emergencial e visou dar suporte à assistência básica onde não houvesse a interiorização da assistência médica. A expansão do Pacs para outras regiões do País, em 1993-94, respondeu a novos objetivos, dentre eles, priorizar as áreas periféricas das grandes cidades, conhecidas como bolsões de pobreza, pelo Mapa da Fome, de modo a contribuir no impacto

a questão assistencial no SUS, e os atrativos políticos que um programa dessa natureza poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal. Um incentivo financeiro para contratação de equipes é disposto aos gestores locais como uma medida operacionalmente viável para impulsionar o reordenamento da atenção primária.

A partir desses antecedentes, cria-se o PSF em dezembro de 1993 por meio da Portaria MS 692, posteriormente, com a NOB-SUS 01/1996³⁷, passa a ser concebido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, estratégia para implementar a APS, denominada no Brasil de Atenção Básica à Saúde, assumindo a caracterização de primeiro nível de atenção (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A concepção de APS da Estratégia de Saúde da Família prevê uma equipe mínima de caráter multiprofissional³⁸ que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família, em 2003, passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Estratégia do Ministério da Saúde, para vigência de sete anos, com financiamento internacional, com o propósito de organizar e fortalecer a atenção básica. As pesquisas³⁹ da época apontaram a tendência de focalização do programa para populações mais carentes nos municípios de maior porte, mantendo-se paralelamente o modelo de atenção básica tradicional e, em outros municípios, alcançava maior cobertura populacional, com mudanças significativas na organização do sistema (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Para Viana & DalPoz (2005):

positivo dos indicadores de saúde e no processo de descentralização. (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 600).

³⁷ A NOB/1996 estabeleceu novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: Piso de atenção básica (PAB) com dois componentes: fixo e variável.

³⁸ A equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com carga horária semanal de 40 horas. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

³⁹ Para ver estudos avaliativos do PSF/ESF, sugere-se consultar: Conill (2008); Giovanella et al (2009); Giovanella e Almeida (2008).

O PSF evidenciou um novo tipo de aliança na política de saúde: de gestores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), com técnicos externos à área da saúde (como os técnicos do Comunidade Solidária e de organismos internacionais, como o Unicef, e de países que desenvolvem práticas de saúde da família, como Canadá e Cuba), e com as associações da comunidade. Tal aliança se constituiu “em cima” do desenho da política, isto é, da proposta do programa de superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde (inovações nos tipos de contratos de profissionais, nos perfis profissionais, nos tipos de remuneração, nas práticas etc.), apoiando-se mais nas comunidades (objetos das ações), ao envolvê-las na política de maneira distinta. Assim, foi possível desenvolver novos tipos de parcerias – nacionais e internacionais – baseadas no espaço local, no município e no aprofundamento da descentralização (VIANA & DALPOZ, 2005, p. 237).

O PSF, envolto em inúmeras contradições, inaugura uma série de polêmicas, discussões e disputas, em torno do desenho da operação da política, dentre elas, da prática focalizada dentro do universalismo, contratações de profissionais por meio de associações de moradores, sob a alegação do estabelecimento de novas estratégias e de incentivar a:

Organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle da comunidade sobre as ações públicas (VIANA & DALPOZ, 2005, p. 239).

Nesse aspecto, fica evidenciada a forte perspectiva reducionista da APS e de transferência de serviços de saúde para a sociedade civil, sob o discurso ideológico da solidariedade, parceria, participação, num processo de despolitização das demandas sociais e de saúde, concomitantemente com a desresponsabilização estatal e responsabilização dos sujeitos por suas necessidades sociais. Questões que foram pauta de debates em instâncias de participação e controle social, como conferências e conselhos de saúde. Tal observação vem elucidar o espaço de disputas nesse contexto que influenciaram as normativas e documentos subsequentes do Ministério da Saúde.

Em meio a essas e outras disputas e contradições, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria ministerial 648/GM, de 28 de março de 2006, publica a Política

Nacional de Atenção Básica, mediante a qual contempla pressupostos da APS de forma mais abrangente, definindo-a como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006A: 10).

A Política Nacional de Atenção Básica é implementada por meio de um conjunto de unidades de saúde que prestam serviços assistenciais, denominadas de postos e centros de saúde, algumas também chamadas de Unidades de Saúde da Família. A ESF é defendida como forma estruturante do Sistema de Saúde, tendo como um de seus fundamentos a participação popular e o controle social. A equipe mínima de saúde da família é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, integrando-a também uma equipe de saúde bucal.

Cabe mencionar que a Política Nacional de Atenção Básica é editada em março de 2006, posterior à Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de fevereiro de 2006, que estabelece o Pacto pela Saúde, e demarca a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS, por meio de três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O fortalecimento da atenção básica constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida, definindo como um dos objetivos a adoção da estratégia de Saúde da Família, conforme se verá em item posterior.

Em alguns municípios, optou-se pela ampliação da equipe mínima, com a incorporação de outros profissionais da área, e a inserção do assistente social. Mais recentemente, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), incorporando

novas profissões (inclusive o serviço social), com o objetivo central de dar apoio matricial às equipes da ESF.

O Ministério da Saúde criou os Nasf⁴⁰, por meio da Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como as ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010).

O Nasf deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. [...] A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf dependem de algumas ferramentas, [...] como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio [...] (BRASIL, 2010 p. 8)

O Nasf é formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e atua com os profissionais das ESFs, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes nos quais o Nasf está cadastrado. O Nasf está dividido em nove áreas estratégicas, sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Apenas para ilustrar, dados do Ministério da Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica - Siab e Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES), de agosto de 2011, indicam 1.353 equipes de Nasf 1 implantadas

⁴⁰ Existem duas modalidades de Nasf: o Nasf 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 8 a 20 ESFs e o Nasf 2 que deverá ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo três ESFs. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal. (Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 2 ago. 2011).

em 830 municípios e 145 equipes de Nasf 2 atuando em 145 municípios (Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 2 set. 2011).

Quanto à implantação de ESFs, de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, em agosto de 2011, atingiu-se um total de 32.079, da primeira, implantadas em 5.284 municípios; 21.038 Equipes de Saúde Bucal, implantadas em 4.847 municípios; 248.521 Agentes Comunitários de Saúde, em 5.391 municípios (Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 1º out. 2011).

No SUS, a garantia da APS é responsabilidade da administração municipal, e percebe-se uma ampliação dos estabelecimentos, adesão à ESF e expansão dos serviços no âmbito da atenção primária desde a criação do sistema.

Contudo, a expansão e incorporação de uma concepção mais abrangente da APS presente na Política Nacional de Atenção Básica, não significa sua implementação automática. Entre o previsto e o real, ainda existe uma grande distância. De maneira geral, segundo Giovanella e Mendonça (2008), identifica-se a presença simultânea das diversas concepções e modelos assistenciais de APS em disputa; fortes pressões das agências multilaterais para a implantação de uma atenção primária seletiva e focalizada. Conill (2008) acrescenta outro aspecto importante na discussão das possibilidades dessa política, ou seja, a necessidade de situá-la nos “limites impostos pela heterogeneidade estrutural da formação social brasileira e suas consequências no desenvolvimento econômico e social do país e nas condições de vida da população” (CONILL, 2008, p.14).

Assim, envoltos pela compressão das disputas na dinâmica desse processo, ou nas palavras de Conill (2008), “é a dinâmica de atores nas disputas de projetos tecnoassistenciais que delineiam horizontes na arena setorial, uma entre tantas outras que se estabelecem na complexidade da produção social” (p. 14). Passaremos para o item seguinte.

3.3 AS NORMATIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E AS DIMENSÕES DA PARTICIPAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado e, no artigo 198, a participação da comunidade compõe uma de suas diretrizes. Esse direito foi regulamentado em 1990 com o estabelecimento do SUS, cujas diretrizes fundamentais são a universalização, descentralização e participação da comunidade. Desta forma, o mecanismo constitucional foi configurado em termos operacionais com a regulamentação do SUS, por meio das Leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990, estendendo-se às Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais.

A Lei 8.142/1990, ao tratar da participação da comunidade no âmbito do SUS, institui em cada esfera de governo os conselhos e conferências de saúde:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. 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, 1990).

A participação institucionalizada da comunidade constituiu-se, a partir de então, como obrigatoriedade, sendo uma exigência o funcionamento dos conselhos e conferências, inclusive para o repasse de recursos financeiros para estados e municípios.

Desde então, nas normativas do Ministério da Saúde, a participação social passa a ser incorporada, sendo referenciada em todas as NOBs, NOAS, Pacto pela Saúde e no recente Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, no tocante à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Referências sobre a participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde

Legislação/Documentos	Ano	Conteúdo
Constituição Federal	1988	Artigo 198 Participação da comunidade (uma das diretrizes)
Lei 8.080	1990	Artigo 7 ^o Participação da comunidade (um dos princípios/diretrizes)
Lei 8.142	1990	Artigo 1 ^o Institui as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. 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.
NOB-SUS/91	1991	Aborda a criação dos conselhos de Saúde enfatizando as competências previstas na Lei 8.142/1990.
Aprovada pela Resolução 258/1991, editada pelo Inamps em 1991		
NOB-SUS/1992	1992	Assim como a NOB anterior, cita a obrigatória participação da sociedade organizada no planejamento, execução, controle e avaliação do sistema de saúde, por meio de Conferências e Conselho de Saúde. Menciona a participação da comunidade na “administração do SUS”.
Editada pela Portaria do MS 234/1992		
NOB-SUS/1993	1993	Estabelece processo de descentralização e cria modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Resgata as Leis 8.080 e 8.142/1990 e o documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993”, reforçando a existência e o funcionamento regular dos Conselhos de Saúde e suas competências conforme previsto na legislação.
Editada pela Portaria do MS 545/1993		
NOB-SUS/1996	1996	Propõe a reordenação do modelo de atenção à saúde e indica a necessidade de vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, alegando, com isso, possibilitar condições para uma efetiva participação e controle social. A criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, assim como, a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS, constituem bases de reordenação do modelo de atenção. Define formas de financiamento para o PSF (que a partir dessa NOB passa a ser concebido como Estratégia de Saúde da Família) e Pacs, por meio de um novo mecanismo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso da Atenção Básica (PAB) com dois componentes: fixo e variável.
Editada pela Portaria do MS 2.203/1996. A implantação se deu depois de 1998, após alterações previstas em outras portarias e após a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)	1998	

NOAS-SUS/2001 Editada pela Portaria do MS 95/2001	2001	Procurou compatibilizar três diretrizes sob a alegação de aprofundamento do processo de: regionalização e organização das redes de serviços, de modo que os serviços básicos se responsabilizam pela atenção integral à saúde; aprimoramento da capacidade de gestão na garantia de acesso aos serviços, com responsabilização de cada esfera de governo; definição de novos critérios de habilitação e desabilitação de municípios e estados. O documento enfatiza o papel dos conselhos no processo de gestão e programação da assistência, por meio de instrumentos de gestão, como na aprovação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização (PDR).
NOAS-SUS/2002 Editada pela Portaria do MS 373/2002	2002	Mantém as mesmas diretrizes da Noas-SUS/2001, e não apresenta novidades em relação à participação e controle social.
Pacto pela Saúde editado pela Portaria do MS 399/2006	2006	Demarca a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS, a partir de três dimensões: a) <i>Pacto pela vida</i> : com definição de prioridades sobre o impacto na saúde da população, por meio de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. O fortalecimento da Atenção Básica constitui uma das prioridades pactuadas, e para tal um dos objetivos é a adoção da ESF. b) <i>Pacto em defesa do SUS</i> : estabelece os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula ações que visam qualificar e assegurar o SUS como política pública. Faz menção à repositilização da saúde, por meio de estratégia de mobilização social e financiamento compatível com as necessidades de saúde. Ações propostas: articulação e apoio à mobilização social, por meio da promoção e desenvolvimento da cidadania; diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial com os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde para o exercício pleno de seu papel; estímulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoio à implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 pelo Congresso Nacional; aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal. c) <i>Pacto de gestão do SUS</i> : Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; A Participação e Controle Social constitui-se em um dos aspectos também citados e volta-se para os espaços institucionalizados, especialmente os conselhos de saúde e suas atribuições, no que se refere às prerrogativas de deliberações junto ao conselho.

Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011	<p>2011</p> <p>O Decreto regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.</p> <p>O decreto cita a participação dos conselhos no planejamento da saúde e monitoramento de ações. Enfatiza que caberá ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.</p>
--	--

Fontes: Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Normas Operacionais Básicas (NOBs), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011

As NOBs, as Noas e o Pacto pela Saúde são considerados importantes instrumentos utilizados no processo de gestão descentralizada do SUS. As quatro NOBs, as Noas, o Pacto e o recente Decreto 7.508 enfatizam a participação da sociedade nesse processo, com ênfase nos conselhos de saúde, enquanto instâncias institucionalizadas, com competências legalmente atribuídas, numa perspectiva de participação fortemente gerencial. É claro que a ideia de participação aqui está contaminada pelo viés da gestão, diante da natureza desses documentos, mas se situá-los no âmbito da Reforma do Estado e do processo de descentralização das políticas sociais, descortinam-se as intenções contidas no participacionismo implementado num momento de emergência das propostas neoliberais no Brasil.

Desse modo, para apreensão e análise das concepções e perspectivas da participação da sociedade presentes nessas normativas e suas expressões no âmbito da APS, recorre-se às reflexões de Nogueira (2005) que, ao discutir a reforma do Estado empreendida na América Latina e no Brasil nos anos de 1990, nos brinda com uma profunda análise sobre a descentralização, participação e sociedade civil. O autor aponta que, nos anos de 1990, no Brasil, disseminou-se uma concepção de diminuição do Estado e valorização do mercado, concomitantemente com a desvalorização da política e expansão de uma “ideia de modernização administrativa entendida como renovação dos métodos de gestão” (NOGUEIRA, 2005, p. 38).

Tal ideia foi tão incorporada ao imaginário coletivo que, “quando se fala em

reforma do Estado, pensa-se imediatamente em reforma da gestão e do aparato administrativo, focando-se muito mais a dimensão instrumental do Estado do que sua dimensão ético-política” (NOGUEIRA, 2005, p. 40). Nessa direção, seguindo a reflexão do autor, incorporou-se um paradigma gerencial, sob a alegação de que a administração gerencial, contrapondo-se à administração burocrática, poderia contribuir no controle maior dos resultados do que nos procedimentos, na maior autonomia dos órgãos públicos, descentralização de estruturas e atividades, flexibilização de procedimentos, de modo a viabilizar ambientes ágeis e responsáveis para com os cidadãos – consumidores.

Em meio ao processo de democratização, o reformismo introduz quatro ideias inerentes ao discurso democrático, de modo a adaptá-lo à cultura mercantil e à hegemonia neoliberal: descentralização, participação, cidadania e sociedade civil. A descentralização foi fortemente aproximada do conceito de democratização e forma mais adequada para solucionar problemas sociais e melhorar a *performance* gerencial do setor público:

Descentralizando suas atribuições e atividades, o Estado teria como se concentrar no fundamental, reduzir seus custos operacionais, diminuir seu tamanho e ganhar, com isso, maior leveza e agilidade. [...] tal ideia de descentralização trouxe consigo uma específica recuperação das ideias de participação, cidadania e sociedade civil. (NOGUEIRA, 2005, p.56)

A descentralização é acompanhada por um discurso participacionista e de revalorização simbólica de alguns conceitos, ao passo que se utilizam das mesmas palavras e referências, mas com significados diferentes, ainda que não explicitados com clareza, expressando a intenção despolitizadora da concepção de cidadania, sociedade civil e participação, como já sinalizado nesse estudo. (DAGNINO, OLVERA e PANFICHI, 2006).

Nesse sentido, a gestão participativa é colocada numa perspectiva de cooperação, adesista, colaborativa, voltada para a gestão da política e menos conflitiva ou de oposição política.

O discurso da reforma, segundo Nogueira (2005), reduz a sociedade civil a recurso do Estado, valorizando sua contribuição para gerir e implementar políticas,

de modo que, gradativamente, se abandona a perspectiva de Estado como campo de lutas de emancipação, para incorporar o Estado como campo de regulação, elaboração e implementação de políticas, “com menos democracia política e mais democracia deliberativa” (p. 59), despolitizando a abertura do Estado para a sociedade.

Essas considerações, trazidas para o campo da saúde, reforçam as ideias de Paim (2007) quando considera que a Reforma Sanitária Brasileira representa uma reforma social inconclusa, diante dos obstáculos presentes na estrutura econômica e na superestrutura jurídico-política e ideológica da sociedade brasileira.

Nesse processo, não há como negar os avanços obtidos no âmbito legal, com o reconhecimento formal do direito à saúde, como também no processo de descentralização, num país com as dimensões continentais como o Brasil e da ampliação da participação social em saúde, considerando o número de conselhos atualmente existente.

No entanto, se pensarmos essa participação atrelada especificamente à gestão, desprovida de sentido político, como bem explicitado na legislação e nas normativas do Ministério da Saúde, por meio de canais institucionalizados, especialmente os conselhos, a tendência é voltar-se para uma perspectiva cooperativista, adesista.

A política de descentralização, utilizada como estratégia de municipalização e construção do SUS, centra-se muito mais no aparato técnico-institucional do que político-administrativo, com reflexos no processo de implementação da APS no Brasil. Tanto que, nas NOBs, Noas e no Pacto pela Vida, a participação volta-se para os mecanismos institucionalizados, mesmo quando trata de questões relacionadas à APS. Dizendo isso, não queremos aqui negar a importância dos espaços institucionalizados, como os Conselhos e Conferências, nem tampouco desconsiderar os avanços alcançados, mas queremos situá-los no processo de descentralização, onde não podem estar de costas para o conjunto das lutas presentes e necessárias na sociedade de classes que ainda perdura.

Abrimos aqui um destaque para a NOB-SUS/1996, que ao propor o reordenamento do modelo de atenção à saúde, reforça os espaços institucionalizados de participação no SUS, mas também aponta para uma condição de participação como vínculo, sob a alegação de ser mais criativa e realizadora para as pessoas e que acontece não somente nas instâncias colegiadas

formais, conferências e conselhos, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. No Pacto pela Saúde, também se evidencia a necessidade de outras estratégias de participação e mobilização social para além dos espaços institucionalizados. De modo especial, tais propostas são evidenciadas no Pacto em Defesa do SUS, com as ações recomendadas no âmbito da articulação e mobilização social, educação popular na saúde, e na relação com movimentos sociais.

É interessante observar, que a ideia de participação fora do âmbito institucional/formal aparece quando as normas tratam do modelo de atenção. O que, por um lado, aponta para a ampliação da consciência sanitária e da base de sustentação política da luta pela saúde nos moldes do Movimento de Reforma Sanitária, a exemplo da estratégia de participação e mobilização expressas no Pacto pela Saúde. Por outro lado, reforça uma perspectiva minimalista, na medida em que a ideia de “vínculo” colocada expressa uma visão comunitarista e subjetivista.

Na tentativa de aprofundar esse debate, abordam-se, na seqüência, as políticas nacionais definidas pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, considerando-as representativas na análise da dimensão participativa na APS.

A Tabela 4 apresenta uma síntese das principais ideias sobre participação contidas nas políticas nacionais previamente definidas para estudo. À primeira vista, observa-se um alargamento da participação da sociedade, de modo que se institui inclusive, duas políticas nacionais específicas, sobre participação e controle social no SUS: a de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e a de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. O que mais se evidencia nessas políticas é o caráter gerencial da participação, com uma forte tendência a convertê-la em um:

Instrumento para solidarizar governantes e governados, para aliviar e agilizar a ação governamental, para compartilhar custos e decisões, para reduzir atritos entre governo e sociedade. Participar passa a significar também uma forma de interferir, colaborar, administrar (NOGUEIRA, 2005, p. 141).

Tabela 4: Referências sobre a participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde*

Legislação/Documentos	ano	Conteúdo referente à participação em saúde e APS
Política Nacional de Atenção Básica Aprovada pela Portaria 648/GM, de 28/3/2006	2006	<p>Estabelece que a Atenção Básica desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, contemplando a participação social como uma dos seus princípios. Propõe: desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; estimular a participação popular e o controle social; viabilizar de parcerias com organismos não governamentais. Dentre as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, prevê o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, o documento prevê que a estratégia Saúde da Família deverá atuar em ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua e buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de construção de cidadania. Dentre as características do processo de trabalho da Saúde da Família, prevê a promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; como atribuição comum a todos os profissionais está a de promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.</p>
Política Nacional de Promoção da Saúde Aprovada pela Portaria 687 MS/GM, de 30/3/2006	2006	<p>A estratégia de promoção da saúde no SUS é colocada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença e como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade. Para tanto aponta para: a criação de redes de compromisso e co-responsabilidade com a qualidade de vida da população; o exercício da cidadania, para além dos modos institucionalizados de controle social, com a criação de mecanismos de mobilização e participação por meio de redes; A participação ativa de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores) na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida; a gestão compartilhada. Dentre os objetivos propõe: ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades e ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática. Duas diretrizes enfatizam a participação social, a saber: Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário e, divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.</p>

		<p>Estabelece as responsabilidades de implementação da política nas três esferas governamentais e como ações específicas prevê: estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.</p>
<p>Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS</p> <p>Portaria 3.027, de 26/11/2007</p>	2007	<p>No documento, a gestão estratégica e participativa “constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde”. Dentre os princípios e diretrizes, da política, destacam-se: valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde; afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo; articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde e fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas. Como componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, destaca: a) <i>A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS</i>; b) <i>Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS</i>. c) <i>A Ouvidoria do SUS</i> d) <i>A Auditoria do SUS</i>.</p>
<p>Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)</p>	2009	<p>A política tem por objetivos: atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no SUS; contribuir para a ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde; fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde; desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no SUS. Os cinco eixos estruturantes expressam aspectos prioritários para elaboração dos planos de ação dos Conselhos de Saúde e têm a finalidade de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais para o envolvimento da sociedade com o SUS: 1 - <i>Participação Social</i>: por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde e de outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como o Ministério Público, ouvidorias, controladorias, Tribunais de Contas, comissões do Legislativo, entre outros, que devem ser acionados sempre que necessário. 2. <i>Financiamento da Participação e do Controle Social</i>: Estabelece a necessidade de dotação orçamentária para o fortalecimento da participação e do controle social com</p>

previsão de recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde e recomenda que constituam comissões de orçamento e financiamento do SUS, para acompanhar, fiscalizar e analisar a execução orçamentária da esfera correspondente. 3 - *Intersectorialidade*: articulação intersectorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais. As relações permanentes entre os Conselhos de Saúde, os poderes Legislativo e Judiciário e o Ministério Público. 4 - *Informação e Comunicação em Saúde*: deve-se contemplar a informação e comunicação em saúde para o exercício do controle social. Estratégias como comissões de comunicação e informação dos Conselhos de Saúde podem garantir a qualidade das informações na participação e controle social. 5 - *Legislação do SUS*: O documento coloca a importância do conhecimento da legislação e das normas do SUS para contribuir e permitir à sociedade apoderar-se das informações que garantem seus direitos e deveres.

**Política Nacional de 2003
Humanização
(HumanizaSUS)**

Apontada como política transversal no SUS e estratégia de interferência no processo de produção de saúde, tem como um de seus princípios a utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. A gestão participativa envolvendo trabalhadores e usuários é considerada uma das prioridades. Estabelece os Conselhos de Saúde como órgãos responsáveis pela aprovação dos planos de saúde, e que nestes a PNH deve ser contemplada. Na gestão, coloca a necessidade de pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas. No âmbito da atenção à saúde, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da democratização da gestão dos serviços. As diretrizes gerais da PNH contemplam a ampliação do diálogo entre os profissionais e a população, assim como a co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Propõe-se a construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização por meio diversas estratégias, incluindo a relação com a cultura e fortalecimento da participação dos cidadãos na construção do SUS humanizado.

*Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Política Nacional de Humanização.

Em todas as políticas nacionais analisadas na Tabela 4 a participação na gestão é evidenciada e colocada como estratégia para o fortalecimento da gestão local e do controle social, para o planejamento, execução e avaliação das ações, com ênfase nos espaços institucionalizados, conselhos e conferências de Saúde,

assim como evidenciado também nas legislações, NOBs, Noas e Pacto pela Saúde apresentados na Tabela 3.

Aparecem novas terminologias, como pactuação, parceria com a sociedade, participação para consecução de resultados, promoção da equidade, empoderamentos individual e coletivo, processo de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática. Ainda nessa lógica da participação voltada para gestão, ou, nas palavras de Nogueira (2005), “participação como recurso gerencial”, aparece o trabalho em rede com a sociedade civil na Política de Promoção da Saúde, entendida como exigência no planejamento das ações em saúde e na garantia da sustentabilidade no processo de produção da saúde.

Nessa teia participacionista, criam-se estratégias para qualificar a participação e o controle social, como bem explicitado nas políticas nacionais Gestão Estratégica e Participativa do SUS e Educação Permanente para o Controle Social no SUS, voltadas para o aprimoramento da gestão, que em última instância recai na busca da eficácia, eficiência e efetividade das políticas.

Contudo, não queremos aqui desconsiderar aspectos importantes presentes nas diferentes políticas nacionais analisadas, com relação à participação no âmbito da gestão do SUS. Ao contrário, as consideramos necessárias, principalmente se levarmos em conta as formações social e cultural brasileira. Mas tanto participacionismo na gestão, nos leva a pensar na intencionalidade presente, que tende, em boa medida, para um fazer sentir-se partícipe, para caracterizar co-responsabilidade e, por conseguinte, desconfigurar as relações de poder e dominação presente. Parafraseando Nogueira (2005), “nem toda ação coletiva orienta-se pelo político, muito menos põe necessariamente em xeque o poder ou as relações de dominação e de hegemonia” (p.142).

As políticas nacionais analisadas, com menos ênfase, evidenciam outras estratégias de envolvimento da sociedade além da participação no âmbito da gestão e dos espaços institucionalizados (Conselhos e Conferências de Saúde), que consideramos como proposições importantes para sustentar uma política de saúde, pública, universal, de qualidade, tendo por fundamento a ampliação da democracia e novos patamares da sociabilidade humana.

Na Política Nacional de Atenção Básica, a participação aparece também como vínculo entre equipe e população e por meio do desenvolvimento de ações educativas para interferir no processo saúde-doença e ampliar o controle social na

defesa da qualidade de vida. Assim como na Política Nacional de Promoção da Saúde, aponta-se para a implementação de novos mecanismos de mobilização social e processos de educação popular em saúde. Já na Política Nacional de Humanização, evidencia-se o protagonismo de sujeitos e coletivos, ainda que focado na gestão. Entende-se que essas perspectivas aqui assinaladas, de modo especial, no âmbito da APS, podem colaborar no acúmulo para a construção de espaços de participação sociopolítica no âmbito da política de saúde.

4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL: CONTEXTUALIZANDO O CAMPO DA PESQUISA

Mas a política tradicional que sempre se fez no DF sempre foi a política do fisiologismo, até antes do Roriz, isso eu nem tenho muita informação. Os companheiros mais antigos é que falam do homem da capa preta, que era um deputado, não estou lembrando o nome dele, que fazia esse tipo de política. O povo começava se organizar ali por alguma coisa, ou pela água, lote e tal, ele já vinha, acaudilhava o movimento e não deixava florescer ou se desenvolver a consciência de auto-organização tal.
(Entr. 11)

No processo de construção desta tese, quando se definiu que a pesquisa empírica seria realizada no Distrito Federal (DF)⁴¹ e não mais em Santa Catarina, ao mesmo tempo em que surgia a curiosidade de compreender como as coisas ocorriam “nesse lugar”, surgia também um certo receio, ou mesmo uma pitada de medo, dúvidas ao mesmo tempo em que descobertas iam se constituindo.

Nesse processo, foram buscadas, nos registros oficiais, referências bibliográficas e documentais, informações para constituir uma base de conhecimentos sobre o processo de construção da política de saúde no DF, mais precisamente da APS. A partir dessa primeira aproximação, gradativamente, fomos também construindo informações da atenção à saúde na Região do Itapoã, lócus da pesquisa empírica. Nesse percurso, diante de poucos registros sobre Itapoã, recorreu-se à fonte oral, por meio de entrevistas, para melhor conhecer essa região e como se deu sua constituição sócio-histórica.

Sendo assim, na construção deste capítulo, num primeiro momento, discorre-se sobre a APS no DF, tendo como referência documentos oficiais e estudos sobre a

⁴¹ Por motivos de mudança de residência e de trabalho, optou-se em alterar o lócus da pesquisa empírica. Também se avaliou com a banca de qualificação do projeto de tese que seria instigante a pesquisa no DF.

política de saúde no DF, de modo especial a tese de doutorado de Hildebrand (2008), que analisa o modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família no DF no período de 1997 a 2006 e a tese de Göttems (2010), que discorre sobre o desenvolvimento da política de Atenção Primária à Saúde (APS) no DF no período de 1979 a 2009. Em seguida, procura-se adentrar na região do Itapoã, visando conhecer e caracterizar o campo da pesquisa empírica. Para isso, além de documentos oficiais e estudos da região, recorreu-se à fonte oral, de modo a qualificar e melhor compreender o contexto local.

4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

O DF, capital da República Federativa do Brasil, é constituído pela cidade de Brasília, onde se situa o Plano Piloto (Asa Norte e Asa Sul) e as regiões denominadas de Lago Norte e Lago Sul. Ao redor desse centro, Plano Piloto e Lagos, estão situadas as denominadas Cidades Satélites, que compõem a área geográfica do DF, num total de 5.789,8 quilômetros quadrados.

O Plano Plurianual do DF de 2012 -2015, tendo por referência a série histórica dos censos brasileiros, destaca que, desde a inauguração de Brasília, a população do DF cresceu 18 vezes, saltando de 141.742 habitantes (1960) para 2.570.160 habitantes (2010). Há 51 anos, o DF representava 0,2% da população brasileira, sendo que atualmente corresponde a 1,4%, o que demonstra significativo crescimento populacional e, por conseguinte, a necessidade de ampliação dos serviços públicos que venham a corresponder à crescente demanda (GDF, 2012).

Brasília foi governada por prefeitos indicados pelo Presidente da República de 1960 a 1969. Nesse período, 12 prefeitos governaram Brasília, sendo o primeiro deles Israel Pinheiro. O Governo do Distrito Federal⁴² foi instituído pela Emenda Constitucional 1, de 17 de outubro de 1969, e o primeiro governador foi Hélio Prates

⁴² **Governadores no período de 1979 a 2012. Indicados:** coronel do Exército *Aimé A. da S. Lamaison*, nascido no Rio Grande do Sul, foi governador no período de 1979 a 1982; coronel do Exército *José Ornellas de S. Filho*, nascido no Rio de Janeiro, foi governador no período de 1982 a 1985; *Ronaldo Costa Couto*, nascido em Minas Gerais, o economista e historiador, foi governador interino do DF no ano de 1985, cargo que acumulou com o de ministro do Interior (1985-87); *José Aparecido de Oliveira*, nascido em Minas Gerais, nomeado pelo Presidente *José Sarney*, governou o DF no período de 1985 a 1988; *Joaquim Domingos Roriz*, nascido em Goiás, economista e comerciante, foi nomeado governador do DF em 1988, permanecendo no cargo até 1990, quando então foi nomeado o paulista *Wanderley Vallim da Silva* para ocupar o cargo de governador no período de 1990 a 1991; **Eleitos:** Na primeira eleição direta para governador do DF, *Joaquim Domingos Roriz* é conduzido para o período de 1991 a 1995; Na segunda eleição direta, foi eleito *Cristovam Buarque*, nascido em Pernambuco, engenheiro mecânico, doutor em economia, professor da UnB, onde foi reitor no período de 1985 a 1989. Foi governador do DF de 1995 a 1999. Na terceira eleição direta, *Joaquim Domingos Roriz* foi novamente eleito para o período de 1999 a 2002, sendo reconduzido ao cargo na quarta eleição direta, para o período de 2003 a 2006, completando seu quarto mandato de governador. Na quinta eleição, *José Roberto Arruda*, nascido em Minas Gerais, foi eleito para o período de 2007 a 2009; *Agnelo Queiroz*, atual governador do DF, foi eleito nas últimas eleições (2010), vencendo, dentre outros candidatos, *Wesliam Roriz*, esposa do ex-governador *Joaquim Roriz*, que desiste de sua candidatura, após recorrer ao Supremo Tribunal Federal (STF) contra a decisão da Justiça eleitoral que barrou sua candidatura com base na Lei da Ficha Limpa. (GDF, 2008).

da Silveira, indicado e nomeado pelo Presidente da República, mediante aprovação do Senado Federal. Em novembro de 1986, ocorreu a primeira eleição na capital, mas apenas para a Assembleia Nacional Constituinte, com a escolha de oito deputados federais e três senadores. Em 1987, a Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte aprovou a autonomia política do DF. Com a promulgação da Constituinte, em 1988, ficou estabelecido, no artigo 32, que haveria eleições diretas para governador, vice-governador e 24 deputados distritais, os quais tiveram como primeira atribuição a elaboração da Lei Orgânica do Distrito Federal, promulgada em 1993 (GDF, 2008).

Por preceito constitucional, o DF não pode se organizar em municípios. De modo que se organiza em regiões administrativas (RAs), conforme artigo 10, da Lei Orgânica do Distrito Federal de 1993: “O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida” (CÂMARA LEGISLATIVA DO DF, 1993). (Figura 1 e Tabela 5)

Com o intuito de facilitar a administração de seu território, em 1964, o DF foi dividido em oito RAs. Com a evolução da ocupação territorial, em 1989, passou a ter 12. Em 1993, mais quatro foram criadas e, em 1994, outras três, perfazendo um total de 19 RAs. Em 2003, cinco, em 2004, três e, em 2005, duas (GDF/SES, Plano Diretor de Regionalização, Versão 2007).

Atualmente, o território é composto por 30 RAs, com a criação em 2008, da RA XXX Vicente Pires.

Figura 1: Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal, 2007⁴³

Fonte: GDF/SES, Plano Diretor de Regionalização, Versão 2007.

Tabela 5: Regiões administrativas do Distrito Federal

RA I	Brasília	RA XI	Cruzeiro	RA XXI	Riacho Fundo II
RA II	Gama	RA XII	Samambaia	RA XXII	Sudoeste/Octogonal
RA III	Taguatinga	RA XIII	Santa Maria	RA XXIII	Varjão
RA IV	Brazlândia	RA XIV	São Sebastião	RA XXIV	Park Way
RA V	Sobradinho	RA XV	Recanto das Emas	RA XXV	SCIA - Setor Compl. de Indústria e Abastecimento
RA VI	Planaltina	RA XVI	Lago Sul	RA XXVI	Sobradinho II
RA VII	Paranoá	RA XVII	Riacho Fundo	RA XXVII	Jardim Botânico
RA VIII	Núcleo Bandeirante	RA XVIII	Lago Norte	RA XXVIII	Itapoã

⁴³ O mapa não contempla a RA XXX Vicente Pires, criada em 2008. Todos os mapas utilizados na presente tese são de domínio público, assim com as demais figuras (fotos).

RA IX	Ceilândia	RA XIX	Candangolândia	RA XXIX	SIA Setor industrial e Abastecimento
RA X	Guará	RA XX	Águas Claras	RA XXX	Vicente Pires

Essas Regiões Administrativas, na prática, funcionam como verdadeiras cidades, mas com a particularidade de não haver prefeitos ou vereadores. É o governador do DF que indica os administradores regionais.

Já na área da saúde, a organização político-administrativa dá-se por meio de Regionais de Saúde, sendo o secretário de estado de Saúde do DF o seu representante máximo e subordinado ao governo do Distrito Federal e o diretor da Regional de Saúde representante/gestor de cada regional, sem a estes ser atribuída as funções e responsabilidades de um secretário municipal de Saúde como nos municípios brasileiros. Diferente do que ocorre em outros Estados, no Distrito Federal, a SES acumula funções que, nos documentos legais que regulamentam o SUS no território nacional, são atribuídas a estados e municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços até a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde (GDF, 2012).

As regiões de saúde no DF, segundo o Plano Diretor de Regionalização (2007), foram definidas visando à garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, assim distribuídas: **Região Centro-Sul**, composta de parte do Plano Piloto (Asa Sul) e das RAs do Lago Sul (RAs 1 e 16), Guará (RA 10), Núcleo Bandeirante (RA 08), Candangolândia (RA 19), Riacho Fundo I (RA 17) e Riacho Fundo II (RA 21). **Região Centro-Norte** engloba parte do Plano Piloto/Asa Norte (RA 01), Lago Norte (RA 18), Cruzeiro (RA11) e Varjão (RA 23). **Região Norte**, contempla duas RAs, quais sejam, as de Sobradinho (RA 5) e Planaltina (RA 6). **Região Oeste**, engloba duas RAs, as de Ceilândia (RA 9) e Brazlândia (RA 4). **Região Sul**, é composta por duas RAs, as de Gama (RA 2) e Santa Maria (RA 13). **Região Leste**, contempla as RAs do Paranoá (RA 7), Itapoã (RA 28) e de São Sebastião (RA 14). **Região Sudoeste**, engloba três RAs, a de Taguatinga (RA 3), de Samambaia (RA 12) e Recanto das Emas (RA 15). (Figura 2)

Figura 2: Mapa das regiões de saúde no PDR da SES-DF, 2007



Fonte: GDF/SES, Plano Diretor de Regionalização, Versão 2007.

No que se refere aos serviços produzidos nas Unidades de Saúde da Secretaria de Saúde do DF, no Anexo III encontra-se descrito os estabelecimentos de saúde que compõem o sistema de saúde da SES-DF, competência 2009.

De maneira geral, estudos apontam que, quando da inauguração de Brasília, em 1960, a oferta de serviços de saúde apresentou inovações, sendo, inclusive, considerado um avanço, se comparada às demais regiões do Brasil à época. No entanto, com o abrupto crescimento populacional, associado às oscilações político-institucionais em diferentes gestões do GDF, com presentes crises e denúncias de desvios de recursos públicos, contribuíram para potencializar os reflexos na prestação e garantia do direito à saúde da população. Nos primeiros anos de sua existência, o Distrito Federal construiu um sistema de saúde com primazia no setor público, alcançando quase que sua totalidade.

No entanto, segundo Göttems (2010), a oferta pública de serviços de saúde no Distrito Federal, foi sendo gradativamente reduzida, qualitativa e

quantitativamente favorecendo e fortalecendo o crescimento do setor privado e o descumprimento do papel do Estado.

Para uma caracterização geral da história do sistema de saúde no DF, utilizou-se como referência a tese de doutorado de Hildebrand (2008) que, ao analisar o modelo político-tecnológico de atenção à saúde da família no Distrito Federal, no período de 1997 a 2006, identifica três grandes períodos no processo histórico do sistema de saúde no DF, a saber:

- 1) Criação do Sistema de Saúde do DF, Plano Bandeira de Melo em 1959: Tinha como objetivo evitar a duplicidade de serviços e implantar uma medicina racionalizada e eficiente. O modelo de atenção priorizou a assistência hospitalar e contemplou medidas sanitárias para higienizar o espaço de obras e do fluxo populacional, intensificado no período. Ideias de comando único do sistema de saúde do DF e de medidas sanitárias (saúde pública) caracterizaram o modelo médico-sanitário cujas raízes estavam assentadas no ideário do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) criado por meio de convênio entre os governos brasileiro e americano, em 1942. O Plano de Saúde Bandeira de Mello, segundo Göttems (2010), propunha uma estrutura com a seguinte configuração: a) eliminação da multiplicidade de órgãos assistenciais; b) distribuição de centros de saúde e hospitais por grupos populacionais; c) redução do custo e aumento da eficiência dos serviços, resultante da concentração; d) comodidade para a população, evitando-se deslocamentos; e) livre-arbítrio do usuário na escolha do médico que trataria da sua saúde; f) pagamento aos médicos por produtividade; g) regime de trabalho integral; h) possibilidade de atendimento médico a pacientes particulares; i) participação da sociedade na solução de problemas por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde; j) serviço de atendimento domiciliar a convalescentes, evitando-se a permanência em leito hospitalar. O Plano Bandeira de Melo contemplava a participação da população por meio de conselhos de saúde, aprovados por decreto presidencial em 21 de março de 1960, composto por representantes da população e do serviço objetivando apontar diretrizes, acompanhar e avaliar os serviços sanitários. O conselho funcionou por dois meses, sendo substituído pela Fundação Hospitalar do DF (FHDF) criada no mesmo ano, alterando os objetivos e a composição originária. A FHDF constituiu-se numa instância de gestão, subordinada à

Secretaria de Estado de Saúde do DF e integrada por estruturas hospitalares de diferentes níveis de complexidade e uma rede de serviços básicos. Segundo Göttems (2010), ao final da década de 1970, aproximadamente 70% dos atendimentos ocorriam no pronto-socorro. A rede física instalada no DF contava com seis hospitais, cinco postos de saúde e uma Unidade Integrada de Saúde, em Sobradinho, sob a responsabilidade da Universidade de Brasília. O plano Bandeira de Melo privilegiava os serviços públicos de saúde com acesso universal da população e apresentava uma proposta de hierarquização de cuidados, com postos e centros de saúde. Contudo, a autora supracitada evidencia que, após quase duas décadas, a estrutura se tornaria insuficiente e inadequada para atender à população, diante dos problemas de crescimento demográfico, a insatisfação dos usuários com o atendimento, a demanda reprimida e a limitação na qualificação dos profissionais.

Göttems (2010) e Hildebrand (2008) ressaltam, nesse período, a experiência na Unidade de Saúde de Sobradinho, decorrente de uma parceria estabelecida em 1966 entre a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília (FHDF-UnB), e SES-DF, oportunizando que aquele serviço de saúde fosse espaço de aprendizagem para a formação de profissionais de saúde pela UnB. A experiência contemplava atividades coordenadas por professores universitários e profissionais do serviço, nas unidades básicas, no hospital e na comunidade, estendendo-se para a cidade de Planaltina.

Os graduandos da Faculdade de Saúde/UnB, juntamente com um enfermeiro, um assistente social e auxiliares de saúde atendiam famílias no domicílio e discutiam os problemas da população com o Grupo de Integração Comunitária (CIG), composto por lideranças comunitárias, entidades locais, associações, religiosas, freiras e padres que atuavam na área da saúde, saneamento, educação, serviço social e agricultura [...] essa experiência contou com a participação da liderança local no planejamento das ações de saúde (HILDEBRAND, 2008, p. 48).

A experiência perdurou de 1966 até 1980, quando se transferiu o processo de formação de profissionais para o Hospital Presidente Médici, atual Hospital

Universitário de Brasília (HUB), desfazendo-se assim a parceria com a Unidade de Saúde de Sobradinho (GÖTTEMS, 2010).

- 2) O segundo período identificado por Hildebrand (2008) refere-se à expansão da APS por meio do denominado Plano Frejat. A indicação do coronel Aimeé para governador do DF, em 1979, pelo então Presidente General João Batista Figueiredo, levou a uma alteração do quadro dirigente da SES-DF com a nomeação do Dr. Jofrant Frejat para assumir a secretaria. O então secretário nomeado, juntamente com outros técnicos, elaborou um plano de ação para a saúde com enfoque na expansão da cobertura, mediante estratégia da APS e da regionalização dos serviços, apresentado em 1980 em três documentos, a saber: Plano de Assistência à saúde do DF, Atenção Primária à Saúde do DF, Implantação de Centros de Saúde (HILDEBRAND, 2008). O Plano Frejat objetivava solucionar o problema do elevado custo com assistência hospitalar e do modelo médico-assistencial centrado no procedimento individual e curativo, considerado ineficaz para solucionar os problemas de saúde da população. A concepção de atenção primária utilizada no referido plano caminha na direção da definição de cuidados primários de saúde da Declaração de Alma-Ata, como primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e com a incorporação de “ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação” (HILDEBRAND, 2008). A elaboração do Plano Frejat ocorre em momento de abertura política e organização do Movimento de Reforma Sanitária brasileira e os desdobramentos no âmbito da política de saúde decorrente da conjuntura nacional, já explicitado no capítulo 1 desta tese.
- 3) O último período sinalizado no estudo (Hildebrand, 2008), refere-se às mudanças ocorridas após a implantação do Sistema Único de Saúde e o início do PSF. Em 1993, com a aprovação da Lei Orgânica do DF, institui-se o SUS, seguindo as diretrizes do Constituição Federal de 1988 e das Leis 8.080 e 8142 de 1990. Alteram-se as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do DF, então criado em 1973⁴⁴, seguindo as prerrogativas previstas na

⁴⁴ Conselho de Saúde do Distrito Federal foi criado no dia 28 de março de 1973, através do Decreto 2.225 na Secretaria de Saúde do DF, com a seguinte composição: secretário de Saúde (presidente), seis membros colaboradores, representando as Associações Profissionais de Saúde, indicados pelas entidades e designados pelo secretário de Saúde e seis membros efetivos designados pelo governador do DF. Em 1984, por meio do Decreto 7.885, de 21 de fevereiro, a composição do

Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, passando a ser composto por 17 membros: quatro representantes dos prestadores de serviços (HUB, SES, FHDF); quatro representantes dos trabalhadores; oito representantes dos usuários e mais o secretário de Saúde. A institucionalização do PSF/DF ocorreu em três momentos: 1997-1998 Programa Saúde em Casa; 1999-2003; Programa de Saúde da Família; e 2004-2006, Programa Família Saudável (HILDEBRAND, 2008).

Com relação aos dois últimos períodos, acrescentam-se as reflexões contidas na tese de doutoramento de Göttems (2010), que, ao tratar sobre o desenvolvimento da política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, no período de 1979 a 2009, sinaliza importantes contribuições para o presente estudo. A autora identifica que o DF, desde sua criação, tem implantado uma política de APS, sob diferentes configurações e adequações, com início na década de 1980, percorrendo até a primeira década do século 21, sofrendo sucessivas mudanças a cada nova gestão do governo, de modo que vem caracterizar a descontinuidade nas iniciativas de fortalecimentos da APS no DF e desarticulação da rede de serviços de média e alta complexidades.

No estudo, a autora enfatiza que a política de saúde no DF tem sua origem hospitalocêntrica⁴⁵, inova na década de 1980 e desvia o curso de suas ações nas décadas seguintes. A partir da reconstituição da trajetória de implementação da política de APS no DF, a autora identifica cinco grandes planos, no âmbito da APS no DF, com descontinuidade na cobertura populacional, com momentos de interrupção e declínio não correspondendo à trajetória nacional, a saber:

- a) 1979 a 1994 – plano Jofran Frejat, que propõe a organização da atenção primária no DF: Assim como sinalizado por Hildebrand (2008), o plano Frejat procura solucionar os problemas decorrentes dos altos custos da assistência hospitalar e do modelo médico-assistencial centrado no atendimento individual e curativo, por meio de uma proposta que adapta o modelo inglês e o ideário de Alma-Ata. A proposta foi apoiada em âmbito federal pelo Projeto de Racionalização Ambulatorial do Plano Conasp e, posteriormente, pela

conselho foi alterada para três membros da SES; um do Ministério da Saúde; um do Ministério da Previdência; um do Ministério da Educação; um do Ministério do Trabalho; um dos prestadores de serviço de saúde que integram o sistema; oito representante da comunidade. (Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=23129>. Acesso em: 6 jan. 2012)

⁴⁵ Plano Bandeira de Melo e criação do Sistema de Saúde do DF no período de 1960 a 1979.

proposta das AIS. No período de 1988 a 1992, a continuidade da proposta é bastante afetada, principalmente diante dos poucos recursos financeiros destinados à saúde, situação não somente do DF, mas de todo o território nacional. Além das questões relacionadas ao financiamento, coloca-se como dificultadora na implementação da proposta a configuração da medicina, centrada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, assim como a forte oposição da corporação médica ao projeto de Jofran Frejat. A autora também cita, dentre as fragilidades da proposta, a inexistência de pactuação e participação da sociedade na formulação e implementação da proposta.

- b) 1995 a 1998⁴⁶ – proposta de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde no DF (Rema), e criação do Programa Saúde em Casa em 1997, tendo como governador Cristovam Buarque, do Partido dos Trabalhadores, representando naquele período mudança nas forças políticas conservadoras que até então governavam o DF. O Rema, segundo Göttems (2010), tinha como diretriz fortalecer a atenção primária, reiterando-a como porta de entrada para o sistema de saúde; apostava na criação de Distrito Sanitário; no fortalecimento do controle social; na criação do Fundo de Saúde do Distrito Federal; no redimensionamento e qualificação da rede de serviços básicos (centros e postos de saúde); na criação de mecanismos jurídico-administrativos, para conferir autonomia às unidades hospitalares e DS, além da criação das auditorias técnicas permanentes. A formulação do Rema ocorreu por meio de debate em toda a rede de serviços, oficinas e incluía, além do fortalecimento dos serviços básicos, um grande plano de obras e de aquisição de equipamento. Aprovado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal e pela IV Conferência de Saúde do Distrito Federal, o Rema voltava-se para a reformulação da gestão do sistema e visava à conquista de autonomia administrativa dos hospitais e regionais de saúde que seriam transformados em DS. No entanto, naquele momento, a autonomia do Distrito era bastante limitada. Não era habilitado como gestor semipleno da saúde, e também não tinha Fundo de Saúde, sendo o pagamento dos servidores públicos da saúde,

⁴⁶ Na gestão de Cristovam Buarque (1995 a 1999), primeiramente, assume a SES-DF o médico João de Abreu Braço Junior, professor da UnB, permanecendo como secretário no período de 1^o/1/1995 a 23/9/1996. João Abreu foi substituído pela médica Maria José Conceição Maninha, que permaneceu como secretária no período de 1996-1998.

educação e segurança pública realizado pelo governo federal. Entretanto, a despeito da impossibilidade de mudanças organizacionais profundas no modelo de gestão da SES-DF e FHDF, o Rema, apesar das severas críticas em relação aos seus resultados, para a autora, representou o momento de enfrentamento dos problemas básicos do sistema, como o desabastecimento de medicamento e equipamentos; as reformas e obras em geral; a revisão dos contratos com serviços terceirizados de segurança, limpeza, alimentação, entre outros, criando as condições para a subsequente implantação do Programa Saúde em Casa (PSC). Este último foi implantado em 1997, pela SES-DF e FHDF, como uma das estratégias de reformulação da atenção à saúde no Distrito Federal, em consolidação com a proposta SUS, com os seguintes objetivos: a) oferecer suporte às comunidades para que resolvessem seus problemas de saúde no próprio local de moradia; b) diminuir a procura por serviços especializados, principalmente no pronto-socorro, garantindo atenção integral e acesso adequado às especialidades; c) contribuir para a mudança de indicadores de morbi-mortalidade da população, principalmente a diminuição da mortalidade infantil; d) incentivar as pessoas e a própria comunidade, tanto no aspecto individual, quanto coletivo, a contribuírem para a adoção de atitudes para a melhoria da qualidade de vida (GDF, 1997a; 1997b, *apud* Göttems, 2010, p. 125) As equipes de saúde da família propostas pelo PSC eram formadas por um médico e um enfermeiro generalista, além de três auxiliares de enfermagem e quatro ACSs, que faziam a atenção a mil famílias em cada área. Para Göttems (2010), as principais mudanças no ideário do PSC, em relação ao modelo anterior, foram a ampliação de acesso da população aos serviços e o rompimento com o modelo de atenção primária do DF, centrado nas especialidades básicas. Com relação ao PSF proposto pelo Ministério da Saúde, aponta inovações, como a incorporação do odontólogo, já no início do PSC, além de buscar referência em experiências internacionais, em Cuba, na Espanha e na Inglaterra. O processo de implantação Programa implicou a organização de infraestrutura física para a instalação das equipes e a contratação de maior número de profissionais de saúde, o que exigiu a contratação de um número significativo de profissionais com dedicação exclusiva e salário compatível. Para tanto, propõem-se uma parceria com uma ONG, o Instituto Candango de

Solidariedade (ICS), que atuaria na contratação dos profissionais e no aluguel de imóveis. O ICS é criado em 1995 e presidido pela esposa do governador, “primeira-dama” do DF, com a finalidade de desenvolver projetos sociais com os setores governamentais. Com base na Lei 9.637/99 que prevê o envio de recursos públicos às organizações sociais, sem licitação e com a distribuição de atribuições, o GDF firmou contrato de gestão com o ICS, com repasse de recursos da SES-DF para aquele Instituto e realizado concurso simplificado para contratação dos profissionais, após aprovação pela Câmara Legislativa (GÖTTEMS, 2010). A autora ainda ressalta a participação da comunidade no processo de implantação das equipes nas Regionais de Saúde, por meio de reuniões, utilizando-se a tecnologia do Planejamento Estratégico e Democrático para a construção do diagnóstico da população, como parte do processo de elaboração do orçamento participativo do GDF. No final de 1998, depois de, aproximadamente, dois anos de implantação, haviam sido contratados 1.286 Agentes Comunitários de Saúde e 278 equipes para o Programa Saúde em Casa, chegando-se a uma cobertura de 70% da população com equipes de PSC. Foi um período de priorização da APS, não ocorrendo ampliação do número de hospitais entre 1995 a 1998 (GÖTTEMS, 2010). A pesquisa de Göttems (2010) demonstra que houve apoio ao PSC por parte do governador, do Conselho de Saúde do DF e dos conselhos regionais, bem como dos profissionais engajados na implantação da proposta, tanto aqueles da SES-DF, quanto dos contratados pelo ICS. Já os principais opositores foram o movimento sindical, que se colocou em contraposição à forma de implantação do PSC por meio da terceirização das contratações e diferenças salariais e a oposição da Câmara Legislativa do DF, composto majoritariamente pelas forças políticas derrotadas na eleição, que se preocupava com a visibilidade que o programa dava ao grupo que estava no governo, visto que o PSC era um dos programas do governo mais bem avaliados. O estudo de Hildebrand (2008), assim como o de Göttems (2010), apontam que, mais do que a diferença salarial, a oposição ao PSC pelos profissionais da rede ocorreu também pela resistência à mudança no processo de trabalho nos centros de saúde e nos hospitais decorrentes da proposta.

- c) 1999 a 2002 – Programa de Saúde da Família, no governo de Joaquim Roriz: O retorno do governador Roriz (PMDB)⁴⁷, para a gestão de 1999 a 2002, representou o restabelecimento das forças políticas conservadoras e das práticas clientelistas que caracterizaram as suas gestões anteriores. Como secretário de Saúde, o governador nomeia o Dr. Jofran Frejat, autor do primeiro Plano de Assistência à Saúde no DF, em 1979. Dentre as primeiras ações do novo governo, Göttems (2010) ressalta a suspensão do convênio entre a SES-DF e o ICS e, conseqüentemente, a interrupção do PSC, o que implicou a demissão de, aproximadamente, 4 mil trabalhadores, entre médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e ACSs. Também se romperam os contratos de locação de imóveis, onde funcionavam as Unidades Básicas de Saúde. Para a autora, a identificação do PSC ao Partido dos Trabalhadores, a “partidarização da saúde”, foi o maior propulsor da decisão do novo governador de interromper o PSC. Medida facilitada por causa do frágil processo de contratação dos trabalhadores da saúde (GÖTTEMS, 2010).

Com a interrupção do PSC, em 1999, o governo do GDF inicia o processo de implantação do PSF, seguindo as diretrizes preconizadas pelo MS, tanto na composição da equipe quanto no processo de implantação, com territorialização, adscrição de clientela, cadastramento das famílias, etc. Na implantação do PSF, no período de 1999-2002⁴⁸, Göttems (2010), observa que:

⁴⁷ Ao lado das vitórias eleitorais, pesam sobre Roriz e seu governo muitas acusações. O governador é alvo de seis notícias crimes e cinco inquéritos no Superior Tribunal de Justiça (STJ). As acusações são de racismo, improbidade administrativa, falsidade ideológica e crimes contra a fé pública. (Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u41609.shtml>>. Acesso em: 7 jan. 2012.)

⁴⁸ Göttems (2010) faz referência ao debate ocorrido no ano de 2000, quando da realização da V Conferência de Saúde do Distrito Federal (V CSDF), “momento em que a plenária ratificou o SUS como modelo de atenção, seus princípios e suas diretrizes e defendeu a estratégia do PSF como uma forma de atenção básica, que visa a garantir a universalização do acesso à Rede. V CSDF, cujo tema ‘Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social’ discutiu, a partir do roteiro do tema central da XI Conferência Nacional de Saúde [...] e foi precedida das conferências dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal, cujos relatórios foram consolidados em 05 (cinco) troncos básicos, que guiaram os Grupos de Trabalho da V CSDF: o acesso e Ações Básicas, o Modelo de Saúde e estrutura das Unidades, a Humanização, Qualidade e Recursos Humanos do SUS, o Controle Social, Recursos Financeiros, o PSF”. (GDF, 2000 *apud* GÖTTEMS, 2010, p. 154).

As decisões sobre as mudanças envolveram a equipe do governo e o próprio Governador. Não houve publicação, ou aprovação no Conselho de Saúde de planos específicos para a reorganização da APS; portanto, não houve participação dos Conselhos de Saúde no processo decisório e de formulação da proposta, que ficou circunscrita aos atores governamentais, na figura dos servidores públicos e dos gestores nomeados pelo Governador (p.160).

A autora destaca, ainda, que a implantação do PSF ocorreu em meio a vários outros processos de reorganização da SES-DF, entre os quais, cita a habilitação da SES-DF, como Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde, no ano de 1999, por meio da Portaria 1.300/GM, de 20 de outubro de 1999 e, no mesmo ano, a reforma administrativa na SES-DF, que propôs a extinção da FHDF, por meio do Decreto 21.478, de 31 de agosto de 2000. Contudo, a reforma administrativa não trouxe implicações diretas para o PSF, uma vez que se recorreu, novamente, à parceria com o ICS, em meio ao clima de indignação da sociedade com a gestão da saúde, de modo que “as mesmas avaliações, que conduziram o GDF a romper a parceria anterior com o ICS e finalizar o PSC, foram usadas para refazer o convênio e implantar o PSF, em relação à contratação de pessoal e locação de imóveis” (GÖTTEMS, 2010, p. 157-158).

Contudo, ao final de 2002, restavam 38 equipes de saúde das 134 implantadas, o que veio a evidenciar o fracasso da experiência, principalmente devido à redução salarial dos profissionais das novas equipes, desmotivação dos profissionais interferindo na adesão ao programa; fragilidades entre os serviços de saúde e fragmentação da gestão (GDF, 2005 *apud* GÖTTEMS, 2010).

d) 2003 a 2006 – Programa Família Saudável. Com a reeleição do governo de Joaquim Roriz (PMDB), em 2002, o Programa Família Saudável (PFS) foi elaborado ao longo do ano de 2003, em meio a denúncias de irregularidades no uso dos recursos do SUS⁴⁹, principalmente com relação à parceria entre o ICS e o GDF na contratação de pessoal, resultando no rompimento dessa

⁴⁹ “O cenário político do Distrito Federal, no período 2003 a 2006, foi marcado pelas tentativas de *impeachment* do governador Roriz; de descredenciamento da SES-DF da condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde; pelo surto de hantavirose e uma Comissão Parlamentar de Inquérito na área de saúde, na Câmara Legislativa do Distrito Federal. Logo no início do mandato do Governador Roriz (PMDB), o Ministério Público Federal enviou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ) três pedidos de abertura de inquérito contra o governador, acusando-o de envolvimento em crimes de grilagem, formação de quadrilha, peculato e desobediência à Lei de Responsabilidade Fiscal”. (Göttems, 2010, p. 197).

parceria e, por conseguinte, no cancelamento no início de 2003, de todos os contratos de trabalho das diferentes áreas, incluindo os profissionais de saúde que atuavam no PSF.

O PFS teve sua implantação a partir de 2004, após ruptura da parceria entre o GDF e o ICS (em 2003), e seleção de outra entidade parceira do terceiro setor, credenciada como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), a Fundação Zerbini⁵⁰.

A terceira iniciativa da SES-DF na mudança do modelo assistencial do DF, por meio da Estratégia Saúde da Família, apresentou similaridade aos períodos anteriores, com relação a sua formulação pela equipe do governo do DF e por servidores públicos de carreira.

Contudo, semelhante ao PSC do período 1995-1998, e diferente do PSF do período 1999- 2002, pautou-se pela formulação local de uma proposta que adaptasse as diretrizes do MS à realidade do Distrito Federal, incluindo-se as experiências acumuladas nos períodos anteriores. Esse Programa representava a motivação da equipe de gestores da SES-DF de retomar as investidas para a mudança no modelo assistencial no Distrito Federal [...]". (GÖTEMS, 2010, p. 183).

e) 2007 a 2009 – Estratégia de Saúde da Família. Concluído o segundo mandato consecutivo de Joaquim Roriz, o deputado federal José Roberto Arruda, ex- secretário de Obras na segunda gestão de Roriz, elege-se governador do DF pelo PFL. O governador eleito manteve o secretário de Saúde da gestão anterior, Geraldo Maciel, nos dois primeiros anos do governo. No que tange à APS, Göttems (2010) ressalta que o início do novo governo foi marcado pela continuidade dos procedimentos de regularização dos vínculos dos profissionais de saúde da ESF. Ante a ruptura definitiva com a Fundação Zerbini, abandonou-se gradativamente o *slogan* Família

⁵⁰ A parceria entre o GDF e a Fundação Zerbini teve início em outubro de 2003, quando da assinatura do Termo de Parceria 01/2003-2005. Em fevereiro de 2005, a entidade deixou de ser Oscip e a parceria foi revista, passando as relações com a SES-DF a vigorarem na forma de convênio (01/2005), com ampliação das ações para outros projetos vinculados ao PFS, tais como o da saúde mental e o da atenção prisional. Posteriormente, foram realizados dois termos aditivos, prorrogando-se a parceria até 30 de setembro de 2006. (GDF, 2003a; 2005g; 2005h *apud* GÖTTEMS, 2010, p. 186).

Saudável e assumiu-se o nome oficial, do MS, de Estratégia de Saúde da Família e a coordenação da política passa a ser realizada pela Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família (Diesf), também responsável por todas as ações relacionadas à APS. Com o objetivo de contribuir com a reorganização da APS no DF, elaborou-se um novo Plano de Reorganização da Atenção Primária à Saúde, a partir da expansão e da qualificação da ESF, até 2014, em três eixos: reestruturação da infraestrutura física, de equipamentos, de insumos e de recursos humanos; organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família; monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos serviços de APS; e o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a APS (GÖTEMS, 2010). Em relação aos planos anteriores, a autora destaca a explícita intenção, no novo plano, de se adequar às Diretrizes do MS, tanto no que se refere à APS; quanto às diretrizes políticas para a gestão do trabalho e para a educação permanente, inicia a implantação do Nasf; não houve proposta de parcerias externas para a gestão do programa e os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, passaram a ser convocados entre os aprovados nos concursos públicos. Também observa que, assim como nas gestões anteriores, o plano foi formulado pela equipe do governo, sem participação e submissão da proposta ao conselho de saúde, porém com a participação de docentes e pesquisadores da UnB em sua formulação.

Contudo, cabe destacar que, nos cinco grandes planos, no âmbito da APS analisados por Göttems (2010), fica evidenciada a sobreposição dos níveis nacional e distrital na definição da política, prevalecendo a centralização do poder decisório e a baixa participação política, inclusive da comunidade de especialistas e acadêmicos. Uma das fragilidades apontadas nesse processo histórico é a inexistência da pactuação com a sociedade e a participação na formulação e implantação da política, apesar de constar em alguns planos a perspectiva da criação de vínculo da equipe de saúde com a comunidade.

Parte dessas constatações também é explicitada na tese de doutoramento de Hilderand (2008), que enfatiza o aspecto inovador do Programa Saúde em Casa, sobretudo no âmbito da gestão, ao incorporar estratégias de gestão participativa com envolvimento de gestores, trabalhadores e população. Diferentemente do

Programa Família Saudável, que, mesmo nascido de forma conturbada, trazia, segundo a autora, também inovações, mas que, por ser pouco compartilhada com a equipe técnica e população, acabou apresentando dificuldades de operacionalização.

Com relação à APS, o estudo de Göttems (2010) aponta que, desde a criação do DF, tem-se implantado uma política sob diferentes matizes e conformações. Adotado como modelo de reorganização da Atenção Primária, a partir de meados da década de 1990, o Programa/Estratégia Saúde da Família, passou por sucessivas mudanças a cada nova gestão do governo do DF.

Para melhor visualizar e compreender as constantes oscilações e declínio na implantação do Programa/Estratégia Saúde da Família no DF, observa-se na Tabela 6 a cobertura populacional ao longo dos últimos anos.

Tabela 6 - Evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família – série histórica de 2000 a 2010

Ano	População do DF	Número de pessoas cadastradas	Cobertura (%)
2000	2.051.271	566.150	27,6
2001	2.101.818	148.388	7,06
2002	2.145.838	165.873	7,73
2003	2.189.792	175.402	8,01
2004	2.233.615	138.934	6,22
2005	2.333.109	149.978	6,43
2006	2.383.614	163.597	6,86
2007	2.434.033	221.815	9,11
2008	2.557.158	223.028	8,72
2009	2.606.884	274.821	10,54
2010	2.606.884	345.151	13,24

Fonte: GDF/ Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal – Seplan, 2012.

Com adaptações

Atualmente, segundo dados apresentados no PPA de 2012-2015, com 121 ESFs completas, 341.323 pessoas são atendidas por equipes multiprofissionais com território adstrito, na lógica da Estratégia de Saúde da Família, perfazendo, em abril de 2011, uma cobertura populacional de 13,10%. Um dos objetivos previsto no atual PPA, no âmbito do aperfeiçoamento do SUS, elaborado ao longo do primeiro ano do governo de Agnelo Queiroz, eleito governador do DF nas últimas eleições pelo Partido dos trabalhadores, refere-se à implementação da atenção primária em saúde no DF “com ênfase na expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, garantindo a universalidade do acesso aos serviços de saúde e a equidade no atendimento das necessidades da população com vista à promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida”. Para tanto, prevê atingir 75% de cobertura populacional com acesso a ESFs em 2015 (GDF, 2012).

No entanto, chama a atenção o edital de Chamada Pública 01/2012, publicado em 6 de fevereiro de 2012, que trata das Parcerias Público-Privadas “na área de construção, gestão e operação de Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Clínicas da Família”, uma vez que parece reforçar e retomar a transferência da responsabilidade estatal para o setor privado, inclusive na gestão da APS. Situação já experienciada na APS no DF, seja por meio do Instituto Candango de Solidariedade (ICS) ou pela Fundação Zerbini.

4.2 CONHECENDO ITAPOÃ: DA EXPANSÃO PRETENDIDA E PLANEJADA PARTICIPATIVAMENTE A UMA OCUPAÇÃO DESORDENADA, DECORRENTE DO DESCOMPROMISSO DO PODER PÚBLICO.

Então nós fizemos um projeto muito bonito de fixação⁵¹ e assim bonito em todos os sentidos, no sentido de você estar participando, falando da forma que você quer aquilo, sentamos junto com os técnicos e fizemos. Só que aí jogaram tudo isso no lixo e fizeram da forma deles. (Entr. 7)

A aproximação com o campo de pesquisa empírica ocorre em meio a muitas buscas e curiosidades. Curiosidades em saber como se constitui a política de saúde “nesse lugar” (Itapoã); como ocorre o processo de organização política desse povo, advindos de vários lugares, de várias culturas, que chegaram e chegam à Brasília com o sonho de que a capital federal vai lhes proporcionar melhores condições de vida e trabalho e, que aqui vão conseguir “vencer na vida”.

Nesse percurso, gradativamente, foram surgindo os primeiros questionamentos: Que lugar é esse? Qual sua história? Quem são as pessoas que vivem nesse lugar? O que fazem? De onde vieram? Como se organizam? Quais lutas estão presentes na vida desse povo? Quais as condições de saúde? Como é organizado o serviço de saúde? Enfim, são muitas as interrogações, para além do objeto da presente tese.

Com variados questionamentos e inquietações, nos deparamos com poucos registros da história da região do Itapoã, tendo em vista sua recente constituição e, portanto, ainda muito por ser narrado e escrito.

Iniciam-se as buscas para conhecer a região de Itapoã então em meio a conversas com profissionais de saúde, no Centro de Saúde de Itapoã, com professores da Faculdade de Ciências da Saúde (FS-UnB), e levantamentos documentais e bibliográficos, construíram-se informações e estudos que contribuiram nessa construção de conhecimentos acerca de Itapoã

Mas, na medida em que se procurava entender esse processo, para além dos números e das informações oficiais, percebia-se que existia uma lacuna, como se algo estivesse deslizando das mãos. Foi então que, nas conversas informais com moradores, algumas delas na espera para realizar alguma entrevista, outras em contatos estabelecidos ao longo do processo de definição dos sujeitos de pesquisa,

⁵¹ O termo fixação é utilizado pelos moradores para definir a regularização da ocupação das terras.

fomos entendendo as lutas existentes e o entrelaçamento da ocupação do bairro de Itapoã com a história do Paranoá. É como diz Martinelli (2005), “o uso da fonte oral institui-se como um recurso privilegiado, uma vez que , ao narrar, o sujeito se revela, organiza a sua memória e relata a sua história” (p. 121).

E em meio a essa aproximação e diálogos, soube-se de uma mulher, moradora do Paranoá, participante ativa de movimentos populares, que esteve presente e ainda participa das lutas por garantia de direitos dos moradores do Paranoá e também do Itapoã, inclusive, tendo sido presidente do Conselho de Saúde Paranoá, e é uma das protagonistas para a criação do recém Conselho do Itapoá. Com essa informação, procurou-se encontrar e contactar essa pessoa. Feito o contato e, diante do acolhimento recebido, foi marcada a entrevista⁵², tendo sido, com certeza, para muito além da exigências acadêmicas na construção de uma tese, um dos belos encontros que a vida nos proporciona.

Assim iniciamos a construção deste item, que traz na epígrafe a fala dessa mulher, protagonista de muitas lutas na região e que narra, a partir de sua vivência, o esforço na construção de direitos. Assim, para além dos registros oficiais, referências bibliográficas e documentais, utiliza-se neste item a fonte oral, por meio de entrevista com essa pessoa que, ao se tornar sujeito desta pesquisa, nos brinda com o compartilhamento das experiências vividas, das lutas forjadas em meio a processos de dominação e resistência.

Nessa direção, recorre-se inicialmente ao processo de implantação da cidade do Paranoá⁵³, uma vez que os desdobramentos desse processo vão desencadear na ocupação⁵⁴ da área, situação evidenciada na narrativa da moradora. Não é de

⁵² No dia da entrevista, ao ligar para confirmar, a informação era que ela havia sofrido uma queda, mas que já estava bem. Perante a proposta de marcar para outro dia, ela prontificou-se a realizar a conversa.

⁵³ Segundo GDF/Codeplan/Seplan (2011c), “a Vila Paranoá originou-se do acampamento dos pioneiros que trabalhavam na construção da Barragem do Lago Paranoá em 1957. Após o término da obra, os pioneiros permaneceram no local e outros imigrantes ocuparam a área próxima à antiga vila, de forma desordenada. Em 1960, o acampamento abrigava cerca de três mil moradores em 800 barracos, assentados próximo à barragem do Lago Paranoá. Em 10 de dezembro de 1964, com a Lei 4.545, foi criada a Região Administrativa do Paranoá, porém, somente em 25 de outubro de 1989, com o Decreto 11.921, foram fixados os novos limites e a transferência do assentamento para área definitiva do Paranoá. Após a fixação da Vila Paranoá, a área do antigo acampamento tornou-se o Parque Vivencial do Paranoá aprovado pelo Conselho de Arquitetura, Urbanismo e Meio Ambiente (Cauma), em 1992, e instituído pelo GDF por meio do Decreto 15.899/94” (p. 13).

⁵⁴ Utiliza-se aqui o termo “ocupação”, diferentemente do termo empregado nos documentos oficiais, que a definem como “invasão”, por considerar mais adequado aos nossos princípios ético-políticos, e também por ser utilizado por várias segmentos populares organizados, inclusive aqueles dos quais nos aproximamos no decorrer da realização desta tese, tanto no Paranoá como no Itapoã-DF.

interesse, nesta tese, aprofundar a história do Paranoá e Itapoã, mas apenas sinalizar aspectos relevantes para compreender o processo político-organizativo dos sujeitos populares e como se dá esse desdobramento na participação política na saúde.

A análise participativa da situação de saúde da Regional de Saúde do Paranoá, DF, realizada, em 2008, pela Faculdade de Saúde da UnB e SES-DF, aponta que, antes da chegada de operários para a construção de Brasília, em 1957, já existiam pequenos povoados, como o de Buriti Vermelho, Jardim, Quebrada dos Nérís, Quebrada dos Guimarães e Sobradinho dos Melos. Com o início das obras da barragem no Rio Paranoá, construiu-se um acampamento para abrigar os operários. Na medida em que aumentava o número de trabalhadores, com a intensificação das obras, gradualmente, novas vilas foram surgindo, com a chegada de novos trabalhadores e suas famílias, dentre elas do Paranoá. A construção da barragem aumentou a população significativamente e com a inauguração da barragem, em meados dos anos 60, e retirada das construtoras, que deixaram desocupados os alojamentos e escritórios, os trabalhadores e outras famílias sem moradia, no DF, ocupam esses espaços e novas casas vão sendo erguidas no decorrer desse processo (UnB e SES-DF, 2008).

A partir daí, a ocupação é intensificada gradualmente, com a chegada de novos moradores, principalmente nos anos 1970 -1980, com o aumento do êxodo rural no Brasil e, em Brasília, de forma muito acentuada.

O processo do Paranoá ocorre em meio a muitos conflitos, num processo permeado por lutas de homens e mulheres que migraram para Brasília na década de 1950 para construir a capital do Brasil, ficando, esses “candangos”, sem moradia, ao término das obras.

Esses “candangos” (como são chamados os operários construtores de Brasília) ficam à margem da vida social, cultural e econômica da cidade. Aliás, como é próprio da lógica e da natureza de todos os capitalismos (intrinsecamente produtoras de exclusão e desigualdade social, econômica e cultural). Esta lógica não é diferente do que ocorre com os operários migrantes construtores da barragem do Lago Paranoá. Terminam a construção da barragem e não têm onde morar (REIS, 2000, p. 11).

Em meio a muitos conflitos e luta dos moradores, em 1989, definem-se os novos limites para a região administrativa do Paranoá⁵⁵, no então governo de Joaquim Domingos Roriz, iniciando a transferência e o assentamento definitivo do Paranoá. No entanto, a expansão não acomodou todos os moradores, de modo que não correspondeu à expectativa inicial de que a área de fixação⁵⁶, mais a de expansão, acomodariam dignamente a todos (UnB/SES-DF, 2008).

Tal situação assim foi narrada pela moradora, participante ativa de movimentos populares no Paranoá, há cerca de 40 anos:

Num barraco às vezes tinha duas ou três famílias morando juntas. Quando veio a fixação todas as três teriam que ter recebido um lote e o governo para trazer mais pessoas de fora levou só uma família e dizia que aquelas outras duas famílias era para subir junto que depois iria dar um lote para eles. Muitos não receberam. Alguns receberam, mas a maioria não recebeu. E aí o que acontece? Essas famílias continuaram morando juntas aqui após a fixação (Entr. 7).

A fixação ocorreu de forma desordenada e desconsiderando o processo participativo e de construção coletiva com a população, assim ilustrado no depoimento da moradora, sujeito político partícipe desse processo, numa narrativa entrelaçada da história “desse lugar” à sua própria trajetória.

A gente tinha um projeto de fixação feito junto com a arquitetura e os técnicos da UnB. Tudo prontinho para fazer uma fixação organizada planejada, só que aí veio um outro governo e esse outro governo que entrou ele desfez todo um projeto que tinha sido discutido com a comunidade, sabe, tinha tido mobilização, participação junto com os técnicos, academia, fazendo juntos. Dividiram ao meio para trazer mais pessoas para cá, para Paranoá, para a fixação (Entr. 7).

É interessante notar, na narrativa acima, a brutalidade como a sociedade política⁵⁷, aqui representada pelo “governo”, desconsidera os processos político-organizativos dos moradores, que, em meio a interesses econômicos e políticos

⁵⁵ Para a compreensão de como se deu esse processo, no Paranoá, e as lutas de parte dos moradores, recomenda-se a leitura da tese de doutorado do professor do Departamento de Educação da UnB, Renato Hilário dos Reis (2000), que a descreve linda e comprometidamente em favor das classes subalternas, dando voz aos sujeitos políticos envolvidos.

⁵⁶ É comum, em Brasília, utilizar o termo fixação para definir a regularização da ocupação das terras.

⁵⁷ 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, etc); 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, etc.). São essas duas esferas que formam em conjunto o Estado, no sentido amplo. Neste 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, em que se condensam as lutas sociais e políticas que ocorrem na sociedade.

antagônicos à garantia de direitos, constrói meios e estratégias de privilegiar as classes dominantes. E continua a narrativa da história vivida:

[...] muitas pessoas já estavam aqui por uma questão eleitoreira [...] um lote um voto. E também o Paranoá nunca foi bem quisto, porque era moradia popular [...]. Aí teve uma briga muito grande com o Lago Norte, porque o Lago Norte é um setor de ricos e eles nunca quiseram a gente aqui. Também nunca quiseram a expansão, porque dizem que ter casas populares tanto aqui em Paranoá, como na expansão (no Itapoã) vai diminuir o valor das suas mansões. Então há uma briga política muito grande por trás disso que é essa questão de não fazer a fixação e o governo é lógico não era um governo comprometido com as classes populares. Então tinha um compromisso com esse grupo [...] (Entr. 7).

A Vila Paranoá localiza-se nas proximidades da barragem do Lago Paranoá, dividindo o Lago Sul e o Lago Norte, que fazem parte do Plano Piloto de Brasília, local onde residem pessoas de maior poder aquisitivo, de modo que a ocupação do Paranoá e seus desdobramentos posteriores para o Itapoã, não correspondem aos interesses econômicos, principalmente para os moradores da região nobre dos lagos, assim como para os empresários da construção civil e do ramo imobiliário.

A interferência do Poder Judiciário, nesse momento, é citado em estudo da UnB em parceria com a SES-DF (2008), principalmente com a decisão do Juiz Roberval Casemiro Belinati, da 4ª Vara da Fazenda Pública do Tribunal de Justiça do DF, em 19 de setembro de 2001, concedendo liminar em ação civil pública impetrada pelo Ministério Público, determinando a suspensão de qualquer ato que vise à implantação do Projeto de Expansão do Paranoá pelo governo do DF e a Terracap⁵⁸, até que se concluísse o Zoneamento Ecológico, o Plano de Manejo e o Conselho Gestor da APA do Lago Paranoá e o Plano Diretor Local do Paranoá, momento em que também se intensificaram as ocupações no Itapoã.

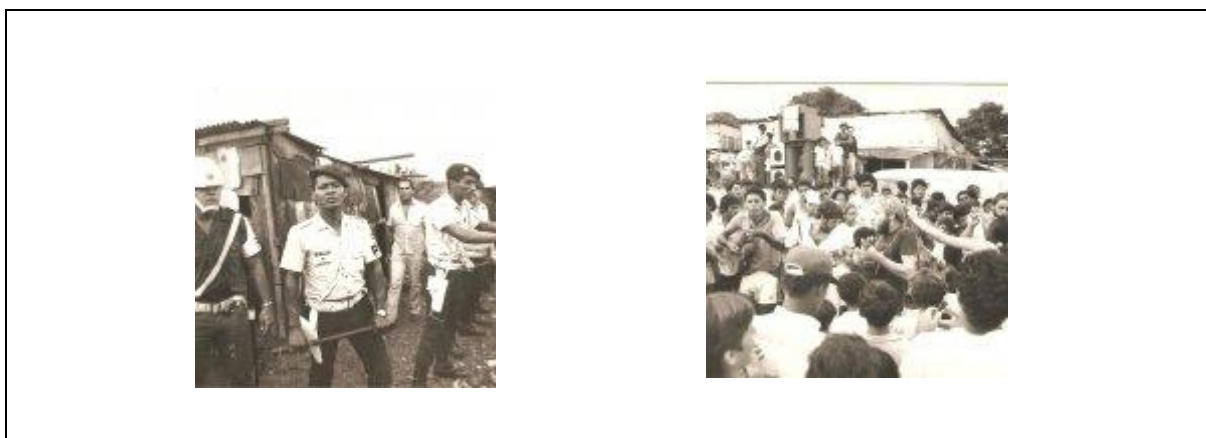
Assim, o processo do Paranoá ocorre permeado de muitos conflitos, pressão e coerção por parte dos órgãos governamentais e, por outro lado, por meio da

⁵⁸ A Terracap teve origem na Novacap, empresa criada pelo presidente Juscelino Kubitschek para administrar a construção de Brasília. Antes de ser fundada, a Terracap era o Departamento Imobiliário da Novacap, setor então responsável pela administração das terras do Distrito Federal. Com o crescimento do DF, o governo decidiu desmembrar a Novacap e constituir empresas que ficariam responsáveis por serviços específicos. Assim foram criadas a Companhia Imobiliária de Brasília (Terracap), a Companhia Energética de Brasília (CEB) e a Companhia de Água de Brasília (Caesb). A Terracap, instituída por meio da Lei 5.861, de 12 de dezembro de 1972, é uma empresa pública que faz parte da administração indireta do Distrito Federal, sendo regida por seu estatuto social e regimento interno, e pela legislação aplicável às sociedades por ações. Do capital da Terracap, 51% pertencem ao DF e 49% são da União. Ao nascer, a Terracap herdou um patrimônio de 338.337 hectares de terras e a responsabilidade de administrar toda essa riqueza. Além de responder pela regularização fundiária dessas terras, foi-lhe dado poderes para exercer atividades imobiliárias de interesse do DF. Assim, a Terracap passou a ser responsável por desapropriação, comercialização, arrendamento ou doação das terras do DF. (Disponível em: <<http://www.terracap.df.gov.br/internet/index.php?sccid=46&sccant=45>>. Acesso em: 10 jan. 2012.)

organização de sujeitos políticos populares, de homens e mulheres, que se unem pelo direito à moradia, adequada e digna do ser humano e, portanto, associada a outras lutas, como a garantia à saúde, educação, ao saneamento, à água, ao transporte, dentre outras necessidades.

A título de ilustração, nas Figuras 3 e 4, apresentam-se duas fotos da década de 1980, reproduzidas a partir do *site* do Centro de Cultura e Desenvolvimento do Paranoá e Itapoã (Cedep)⁵⁹, entidade que contribuiu e contribui, até hoje, na articulação política local, e nas lutas para garantir o direito à moradia, saúde, educação, etc.

Figuras 3 e 4: Processo de Ocupação da Vila Paranoá, Distrito Federal, nos anos 80



Fonte: CEDEP. Disponível em: <<http://www.cedepdf.org/fotos/category/6-memorias-do-paranoa.html?start=20>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

Na continuidade, a instigante narrativa da moradora expressa a articulação política dos sujeitos populares nesse percurso permeado de estratégias de

⁵⁹ “O CEDEP foi criado no dia 2 de agosto de 1987 por um grupo de pessoas que deflagraram um movimento por melhorias das condições de vida da população do Paranoá, cidade satélite do Distrito Federal, com graves problemas de moradia, abastecimento de água, rede de luz elétrica, educação, etc. A entidade começou a desenvolver junto à comunidade, projetos relacionados à alfabetização de jovens e adultos, educação infantil, atividades culturais, esportivas e de cidadania. [...] Ao longo de sua trajetória o CEDEP mantém parcerias com entidades e movimentos da sociedade civil que trabalham com os mesmos anseios e objetivos de combate às desigualdades sociais e a fiscalização e cumprimento dos direitos das crianças, jovens, adultos e idosos”. Disponível em <http://www.cedepdf.org/a-entidade.html> Acesso em 08 de abril de 2012.

dominação por um lado (governo) e por outro de resistência dos moradores para garantir direitos:

Paranoá levou 36 anos para ser fixado e eles falavam que não fixava porque não tinha condições de colocar água, não tinha condições de colocar esgoto, aquelas coisas que eles inventam para justificar as pessoas que eles não querem, mas nós sabíamos disso por isso que nós lutamos e vencemos (Entr. 7).

As conquistas no Paranoá, nesse percurso, ocorrem num contínuo processo de resistência e luta dos moradores, tendo em alguns departamentos e segmentos da UnB um importante aliado em vários momentos, como evidenciado na tese de doutoramento de Ricardo Hilário dos Reis (2000).

Contudo, em meio a muitas conquistas, outras também se perderam. Como já mencionado, nem todas as famílias conseguiram seus lotes com o processo de “fixação” e expansão do Paranoá. Nem todas as áreas, antes negociada com a população, realmente chegaram a ser ocupadas. Conta a moradora que:

Muitas pessoas que já estavam aqui morando junto com outras pessoas não receberam, e essas pessoas sempre ficaram insatisfeitas. Aqui tem uma área de expansão do Paranoá que está até hoje. Ali, a área dos Pinheiros. Então essas pessoas começaram a reivindicar, a trabalhar, a lutar para que o governo fizesse a expansão (do Paranoá) com esses moradores que tinham direito à moradia e que estavam dentro dos critérios. Então eles colocaram que queriam que o governo resolvesse essa questão. E aí o governo não tinha compromisso com esse grupo, não fez a fixação (Entr 7).

Associada a essa questão, também ocorre a ampliação das famílias. Os filhos de moradores do Paranoá também foram constituindo novas famílias e precisavam de lugar para morar, de modo que vão sendo gestadas as bases para a ocupação do Itapoã.

As pessoas começaram se organizar e lá nessa área da fazendinha tinha uma outra área que pertencia aos militares. Aí, as pessoas que queriam expansão, filhos de pioneiros daqui (Paranoá), de moradores antigos daqui, pessoas que moravam aqui que não tiveram oportunidade de ganhar o lote na fixação, se organizaram e invadiram, foram lá e ocuparam o espaço lá e aí foi uma outra briga. Passaram uns anos aí brigando com os militares porque era uma área militar, mas aí quando o governo viu que para ele ia ser mais interessante desapropriar lá, negociar com os militares e não fazer a expansão (Paranoá)⁶⁰ ele faz isso. Ele negocia com os militares e abre espaço para que mais pessoas que estavam aqui irem para lá (Entr 7).

⁶⁰ “A Fazenda Paranoazinho (Itapuã IV), hoje denominada de Fazendinha, tem uma área de 50 mil m² e fica entre os condomínios de Itapoã e Novo Horizonte, as margens da DF-250. A área estava entregue ao Departamento de Polícia Federal, mas com a invasão, foi retomada pela União. Foi ocupada dia 21 de setembro de 2001 por cerca de mil pessoas. A ocupação se deu após decisão na Justiça de decidir contrário a criação da a expansão do Paranoá, na área ao lado dos Pinheiros, por

Na fala da moradora, é interessante perceber a estratégia governamental, que, por interesses econômicos, não concretiza a expansão por completo do Paranoá, como inicialmente prometido. E as promessas recentes continuam na contramão do debate com os segmentos organizados da comunidade.

Eles vão fazer a expansão de uma forma um pouco diferente. Talvez não seja com casas populares, talvez seja com blocos, sei lá, eles estão pensando em fazer outra coisa diferente para não atrapalhar tanto o Lago Norte, o poderio que está aí do lado (Entr. 7).

Assim, a narrativa evidencia as estratégias político-governamentais no processo de “fixação” e expansão do Paranoá e, por conseguinte, também no Itapoã, que em muitos momentos redireciona as iniciativas iniciais da população e as transforma em estratégias assistencialistas para fins eleitorais e econômicos, numa perspectiva dominadora e opressora, reproduzindo a falta de diálogo com os sujeitos envolvidos.

O resultante desse processo, em que os interesses de alguns se sobrepõem ao da maioria, foi a desordenada ocupação no Itapoã, sem critérios e, em alguns momentos, incentivada pelo próprio governo⁶¹ pelos interesses político-econômicos anteriormente mencionados, desconsiderando as iniciativas de segmentos organizados das classes populares, que já haviam construído uma proposta de expansão do Paranoá envolvendo profissionais da área, professores da UnB, moradores e movimentos organizados, e que teria um desdobramento para Itapoã com base nessa proposta construída no coletivo.

Acabou que ficou uma coisa desordenada. Lá hoje tem rua que não tem saída, não tem lugar para se construir escola, não tem lugar para construir creche, não tem lugar para nenhum equipamento público dentro do centro de Itapuã. Só tem agora na periferia, em volta de Itapuã. Hoje mesmo procura-se um terreno para fazer uma creche e não tem. A creche vai ser construída fora, distante da comunidade, porque não foi previsto isso, foi feito de uma forma mesmo bem atabalhoada. E aí Itapoã nasce por causa dessa questão e essa falta de compromisso mesmo do governo. Porque se ele tivesse feito a expansão, faria novamente a triagem com os cadastros, com o pessoal que já tinha

razões de preservação ambiental. Esta ação havia sido ajuizada pelo Ministério Público do DF.” (UnB e SES-DF, 2008, p. 14) .

⁶¹ “No Itapoã II, a invasão começou em 13 de julho de 2001 e logo abrigou 3,5 mil pessoas. Parte da área é da União (250 mil m²) e parte é particular (160 mil m²), onde funcionava o Haras BS. Esta ocupação fica na DF-001, pista que liga o Paranoá a Sobradinho. No dia 17 de agosto, oficiais de Justiça iniciaram a desocupação da área particular. No mesmo dia, o governador Joaquim Roriz foi ao local e criticou a ordem judicial. Os invasores remontaram os barracos. O advogado dos donos da área exige na Justiça que o GDF providencie a desocupação, interrompida por falta de apoio policial. No dia 18 de agosto, o juiz Rodrigo Navarro, da 2ª Vara Federal, ordenou a remoção dos invasores da área pertencente à União. A ordem não foi cumprida por falta de um plano de desocupação.” (UnB e SES-DF, 2008, p. 14) .

direito, que já morava aqui há cinco anos. Fazia a expansão com essas pessoas, só que não foi isso que eles fizeram, por causa dessa questão mais política, mais econômica mesmo (Entr. 7).

É nesse contexto que se origina Itapoã⁶², por meio de ocupações em terras de grande parte da União (UnB e SES-DF, 2008), ao final da década de 1990, acentuada sua ocupação no ano de 2001, quando da chegada de famílias oriundas de outros Estados e da Região Administrativa do Paranoá.

Estudo da UnB e SES-DF (2008) aponta quatro grandes momentos de ocupações na região, a saber: Itapoã I⁶³, Itapoã II⁶⁴, Fazenda Del Lago⁶⁵ e Fazenda Paranoazinho (Itapoã IV)⁶⁶, hoje conhecida como Fazendinha.

Nesse contexto, nasce a cidade do Itapoã que, diante do descompromisso do poder público para com as classes subalternas, evidenciado na narrativa anterior, nasce de forma desordenada, em meio a muitos conflitos e violência, sem previsão de espaço para equipamentos públicos, prejudicando o processo de garantia e acesso a direitos constitutivos e necessários a uma vida humana digna.

Em 2003, foi criada a subadministração, vinculada ao Paranoá, por meio da aprovação do Projeto de Lei 698/2003. Em 18 de novembro de 2004, a Câmara Legislativa aprovou, em primeiro turno, a criação da RA XXVIII, que foi oficializada em 3 de janeiro de 2005. (GDF, 2011b).

Em 2011, a população urbana do Itapoã foi estimada, pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (Pdad 2010/2011), em 50.339 habitantes, informação que difere do dado apresentado no *site* oficial da Administração Regional, que estima uma população de 100 mil pessoas. (Disponível em: <<http://www.itapoa.df.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2012).

Nas Figuras 5 a 12, seguem fotos das diversas fases de ocupação do Itapoã, de 2001 a 2011. (UnB-SES, 2008).

⁶² A cidade de Itapoã (Região Administrativa 28), localiza-se na Região Leste do DF, conjuntamente com a do Paranoá (RA 07) e de São Sebastião (RA14).

⁶³ O condomínio denominado Itapoã I teve seu processo de ocupação iniciado em 1996, e conta com a melhor estrutura entre todas as invasões próximas (UnB e SES-DF, 2008).

⁶⁴ No Itapoã II, a ocupação iniciou-se em 13 de julho de 2001 e logo abrigou 3,5 mil pessoas. Parte da área é da União (250 mil m²) e parte é particular (160 mil m²), onde funcionava o Haras BS (UnB e SES-DF, 2008).

⁶⁵ A invasão do Condomínio Del Lago é a mais recente, teve início no final de setembro de 2001. A área tinha inicialmente 150 hectares e fica ao lado do Condomínio Itapoã II. (UnB e SES-DF, 2008)

⁶⁶ A Fazenda Paranoazinho (Itapoã IV), atualmente denominada de Fazendinha, fica entre os condomínios de Itapoã e Novo Horizonte, às margens da DF-250. A área foi ocupada em 21 de setembro de 2001, após decisão contrária da Justiça à expansão do Paranoá, na área ao lado dos Pinheiros, por razões de preservação ambiental, já explicitado anteriormente em nota de rodapé. (UnB e SES-DF, 2008).



Figura 5: Julho de 2001. Ocupação área entre Paranoá e Sobradinho: 600 barracos. (Antônio Siqueira, 1º/10/2001)



Figura 6: Outubro de 2001. As lonas deram lugar às construções de madeirite: fortalecimento. (Antônio Siqueira, 9/8/2002)



Figura 7: Agosto de 2002. A invasão consolidou-se em um ano: 20 mil pessoas e casas de alvenaria



Figura 8: Setembro de 2007. Moradores esperam processo de regularização para ter melhorias na área de infraestrutura. Questões ambientais são um entrave à legalização imediata. (Antônio Siqueira, 9/7/2007)



Figura 9: Aspecto das ruas de Itapoá em 12/7/2008 - Emanuelle Coelho



F. Gualberto/Divulgação GDF
Figura 10: As principais ruas serão asfaltadas e algumas vias secundárias receberão blocos de concreto (Jornal de Brasília. Publicado em: 5/7/2008)



Figura 11: Aspecto das ruas de Itapoá



Foto: by Alessandro Duarte by Panoramio.
Figura 12: Vista da entrada da cidade Disponível em: <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1069723>>. Acesso em: 1º nov. 2011.

4.2.1 Características gerais da população de Itapoã – DF

Na sequência, com base na Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (Pdad), elaborada pelo GDF/Codeplan/Seplan 2010/2011, alguns informações da população de Itapoã, de modo a contemplar as suas principais características.

A pesquisa apresenta que o contingente populacional estimado de Itapoã em 2011 era de 50.339 habitantes, conforme já mencionado anteriormente, predominantemente jovens, pois o maior grupo, de 0 a 14 anos, corresponde a 33,8% da população, proporção muito acima da média do DF, que é de 25,5%. O grupo de 15 a 59 anos responde por 61,8% dos habitantes. Na faixa de 60 anos ou mais, concentram-se 4,4% dos habitantes, muito abaixo da média do DF (7,4%). A maior parte da população é constituída por mulheres (50,1%). A razão de sexo, expressa pelo número de homens para cada cem mulheres, é de 99,5.

Do total da população residente do Itapoã, a referida pesquisa aponta que 56,5% declarou ser católica, 36,8%, evangélica, e 4,2% afirmou não ter religião. Os que declararam outras religiões participam com apenas 1,8%. Na composição domiciliar do Itapoã, a pesquisa observa que 25,3% dos habitantes são responsáveis pelos domicílios, enquanto 46,4% são filhos. Destaca-se o percentual significativo de outros parentes (avós, tios, primos, entre outros) que moram com a família (9,3%). Pessoas sem parentesco participam somente com 0,3%.

No que se refere à questão migratória, a pesquisa distrital de amostra por domicílio, assinala que 44,3% do contingente populacional é natural do próprio DF. Dos imigrantes, 67,7% são naturais da Região Nordeste, 16,7% da Sudeste e 9,2% da Centro-Oeste, enquanto apenas 3,7% e 2,7% são da Norte e da Região Sul do País. Em relação ao local de origem dos moradores, observa-se maior número das Regiões Nordeste (65,6%), Sudeste (16,4%) e Centro-Oeste (10,2%). Quando analisado o ano de chegada ao DF, observa que, do total da população migrante, 42,4% vieram entre 1991 a 2000, com destaque para a migração a partir do ano 2000 (30,7%).

Acompanhar parentes e procura de trabalho destacaram-se como principais motivações na decisão de migrar para o Itapoã. Com ressalva que o item acompanhar parentes refere-se, principalmente, aos filhos que chegaram em companhia dos pais, e o item à procura de trabalho classifica-se como fator de

motivação determinante da migração para o DF. Importante perceber a expressiva migração interna, visto que 67,3% dos seus moradores são procedentes de outras regiões administrativas, destacando a de Paranoá com 61,0%, seguida de São Sebastião (10,2%), que, juntas, somam 71,2%.

Quanto à escolaridade, o referido estudo destaca que a maior parte da população não completou o ensino fundamental. e o ensino médio completo é a segunda condição de escolaridade mais frequente entre os residentes.

Na pesquisa, identifica-se que o tipo de residência predominante na região é a casa construída em alvenaria, tendo um percentual considerável de imóveis alugados (15,1%), sendo que os serviços de abastecimento de água e de limpeza urbana já atendem a quase totalidade dos seus domicílios.

O estudo evidencia que a atividade remunerada da população urbana está concentrada no comércio e na construção civil. Os desempregados somam 3,7% da população total. Entre os que trabalham 20,5% desenvolvem suas atividades no comércio, 19,5% na construção civil e 13,7% em serviços domésticos. Destaque também para os empregados no setor de transportes (5,2%) e em serviços gerais (13,5%).

Do contingente de trabalhadores, a pesquisa indica que a maioria (65,3%) é constituída por empregados, dos quais 52,3% possuem carteira assinada e 13,0% não possuem. Os autônomos constituem um contingente elevado (31,3%), e os serviços público e militar absorvem apenas 1,2% do total. A renda domiciliar média da localidade é considerada baixa, de 2,5 salários-mínimos mensais e a renda *per capita* é de R\$ 387,00 (0,7 SM). Ao analisar a distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, com base em múltiplos de salários-mínimos (SM), verifica-se que a mais expressiva é a de mais de dois até cinco salários-mínimos, que concentra 43,1% dos domicílios, seguido da classe de mais de um até dois SM (37,7%) e o de um SM (12,1%), totalizando nada menos que 92,9% recebendo até cinco SM.

Os benefícios sociais levantados na pesquisa são programas especialmente voltados para a transferência de renda e referem-se às informações prestadas pelos entrevistados, não coincidindo necessariamente com o número de famílias cadastradas pelo governo. A pesquisa apurou que 24,1% dos domicílios recebem benefícios do Bolsa-Família; 8,7%, do Bolsa-Escola; 6,2% do Nosso Pão, Nosso

Leite; e 6,7% utilizam o Restaurante Comunitário. Os demais benefícios totalizam 6,3%.

Um dado bastante significativo diz respeito à questão de saúde, em que quase a totalidade da população depende do SUS (96,7%), uma vez que somente 2,1% possuem plano de saúde empresarial e 1,2% plano de saúde individual.

Tabela 7- Evolução de alguns indicadores socioeconômicos - Itapoã – 2004/2011

Indicadores socioeconômicos	2004	2011
Renda domiciliar (em salários-mínimos)	1,6	2,5
Renda <i>per capita</i> (em salários-mínimos)	0,4	0,7
Número médio de moradores por domicílio	3,9	3,9
% de chefes de domicílio do sexo feminino	18,1	25,0
% de analfabetos	5,0	3,1
% de moradores com nível superior completo	0,2	0,4
% de domicílios próprios	92,1	79,4
% de domicílios de alvenaria	61,3	98,8
% de domicílios com computador	0,2	23,3
Índice de Gini 1	0,404	0,338

Fonte: GDF/Seplan/Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (Pdadm) – 2010/2011

Na comparação dos dados das Pdads de 2004 e 2011, a avaliação realizada no estudo aponta o crescimento da renda domiciliar, que, convertida em salários-mínimos, mostrou-se ascendente, assim como a participação das mulheres como chefes de domicílio e considera que o Coeficiente de Gini (0,338) apresenta decréscimo em relação a 2004, denotando melhora na distribuição de renda, mas sob patamares baixos, ou seja, mais igualdade, mas na pobreza. (GDF/Seplan/Codeplan, 2011).

4.3 ESTRUTURA ORGANIZATIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ITAPOÃ - DF

Feito o resgate sócio-histórico da constituição do Itapoã e suas características atuais, adentramos na estrutura organizativa dos serviços de saúde destinados a essa população, que, em dez anos (aproximadamente), construiu uma cidade.

A RA de Itapoã, no âmbito do sistema de saúde do DF, está vinculada à Diretoria-Geral de Saúde do Paranoá (DGSPa), que faz parte da Regional Leste de Saúde da SES-DF. Possui um Hospital Regional (HRPa), dois Centros de Saúde (CS Paranoá e CS Itapoã) e 12 ESF, sendo quatro da área rural, uma da área urbana da cidade do Paranoá e sete da área urbana de Itapoã. Conta, também, com o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e o Núcleo de Inspeção do Paranoá, conforme Tabela 7.

Tabela 8 – Estabelecimentos da DGS, Regional Leste, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Diretoria Geral de Saúde (DGS)		Endereço	
PARANOÁ RAs 7 e 28	Hospital Regional do Paranoá (HRPa)	Quadra 02 Área Especial	
	Centro de Saúde	1	Quadra 21 Área Especial
		1 (5 equipes ESF)	Quadra 378 Área Especial Itapoã
	Postos de Saúde Rurais	1 (1 equipe ESF)	Rodovia DF 120 - Colônia Agrícola Carirú
		5 (1 equipe ESF)	Rodovia DF 285, km 19 - Área Especial do Núcleo Rural de Jardim II
		6 (1 equipe ESF)	Rodovia DF 130, km 31 - Colônia Agrícola de Capão Seco
		8 (1 equipe ESF)	Colônia Agrícola BR 251, km 40 - Núcleo Rural do PAD-DF
	Posto de Saúde Urbano	Itapoã (2 equipes PSF)	Fazenda Mandala - A/E em frente à Q. 53 - Cond. Del Lago (RA 28)
	1 Equipe do PSF		Quadra 18 PA
	Centro de Atenção Psicossocial (Caps)		Quadra 02 - Área Especial - Ao lado do HRPa
Núcleo de Inspeção do Paranoá		Quadra 03 - Área Especial 07	

FONTE: GDF/SES. **Estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde do DF.** Brasília, DF, versão abr. 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2011. (Com adaptações).

O HRPa⁶⁷ é responsável pelo atendimento das regiões de Paranoá (contemplando o Itapoã), Varjão, Lago Sul, Lago Norte, Condomínios e São Sebastião. Contempla as seguintes especialidades de ambulatório para atendimento à população: oftalmologia, cardiologia, dermatologia, urologia, pequena cirurgia, triagem, climatério, pré-natal de adolescente. Na emergência, contempla a clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral. Também dispõe de serviços de ecografia, radiologia e de laboratório de patologia clínica.

Assim, a população de Itapoã tem o HRPa, referência no atendimento nas especialidades e serviços acima descritos. Quanto aos serviços no âmbito da APS, no Itapoã, lócus da pesquisa empírica, não foram encontrados registros oficiais descrevendo o funcionamento e a organização dos mesmos, de modo que na sequência far-se-á uma breve caracterização, a partir dos relatos obtidos por meio das entrevistas com os sujeitos de pesquisa e de documentos disponibilizados pela DGS Paranoá e gerência dentro de Saúde Itapoã - SES-DF.

Inicialmente, para ilustrar o tema, apresentam-se, nas Figuras 13 e 14, as fotos do Posto de Saúde e do Centro de Saúde (CS) de Itapoã.



Figura 13: Posto de Saúde de Itapoã-DF



Figura 14: Centro de Saúde de Itapoã-DF

Fonte: UnB (FS-FM)/SES-DF, 2008 (com adaptações)

⁶⁷ Dados obtidos em: GDF/SES. **Especialidades do ambulatório do Hospital do Paranoá**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

Em Itapoã, a população dispõe de um Posto de Saúde, com duas Equipes de Saúde da Família e um Centro de Saúde, inaugurado em abril de 2009⁶⁸. O atendimento no posto de saúde, em sua totalidade, é ESF e conta com a participação da UnB, por meio do Pró-saúde e PET-Saúde, parceria que também ocorre no CS de Saúde. Diferentemente do posto de saúde, o CS contempla ESF e equipes do modelo tradicional (área não coberta pela ESF).

Os profissionais de saúde que atuam no CS foram contratados⁶⁹ em janeiro de 2009, mas, como o CS somente seria inaugurado em abril desse mesmo ano, alguns profissionais foram encaminhados primeiramente para o HRPa, ou seja, de janeiro a abril de 2009, quando, então, com a abertura do CS, iniciam o atendimento à população.

Num primeiro momento, o atendimento no CS é realizado de forma aberta, ou seja, por meio de demanda espontânea, como narra um dos profissionais de saúde:

Nós entramos em janeiro, todos os profissionais, só que o posto começou, foi inaugurado em abril de 2009. Nós ficamos ainda trabalhando no Hospital do Paranoá e no centro de saúde até inaugurar. Porém, no início era atendimento aberto. Vieram as equipes, mas por questão de estruturação, não tinha muita estruturação, na verdade, foi se formando aos poucos. (Entr 3).

A falta de estrutura no processo inicial de implantação dos serviços é também apontada por outro profissional:

Quando começou a funcionar, quando foi inaugurado, ainda no governo Arruda, ele inaugurou e jogou os móveis aqui e contratou médico, enfermeiro e técnico de enfermagem e não tinha agente comunitário de saúde. Então, não podia funcionar a equipe e começou a funcionar como demanda e todo mundo que chegava consultava e não tinha área, não tinha uma divisão das quadras por equipe, não tinha nada disso. Quando contrataram os agentes comunitários de saúde, um ano e meio depois aí houve uma divisão das áreas [...], e a fazendinha que não tem, ficou para os fora de área e começou a funcionar dessa forma. (Entr. 4).

Para a população, o processo de construção e funcionamento do CS ocorre de forma desordenada, sem condições adequadas de funcionamento e de atendimento da demanda, assim explicitado por um dos sujeitos:

Então o centro de saúde ele nasce assim, de uma forma também como foi a ocupação, não muito bem pensada. Uma população daquela, com um centro de saúde tão pequeno, não teria condições. Era para ser na verdade um lugar aonde iria estar convergindo as equipes de saúde da família, que é trabalhar lá na comunidade. Não foi bem isso que aconteceu. As equipes da família que estão lá estão amontoadas em dois espaços lá e outro numa unidade básica pequena. (Entr. 7).

⁶⁸ Agência Brasília. Disponível em: <http://www.df.gov.br/042/04299003.asp?ttCD_CHAVE=82096>. Acesso em: 12 jan. 2012.

⁶⁹ Por meio de concurso público, visto o processo de regularização dos vínculos dos profissionais de saúde diante da ruptura com a Fundação Zerbini em 2006. (GÖTTEMS, 2010).

O processo de implantação do CS no Itapoã ocorre no último ano do mandato do governador José Roberto Arruda, num governo que, na área da saúde, mais precisamente na APS, substituiu gradativamente o Família Saudável pelas diretrizes nacionais da Estratégia de Saúde da Família, iniciou a implantação do Nasf e os profissionais de ESF passam a ser contratados por meio de concurso público (GÖTTEMS, 2010). Porém, a cobertura do PSF, em 2009, mantinha-se baixa, ou seja em 10,54%, conforme dados do GDF/Seplan (2012) já citado, situação que gerou a criação do Plano de Reorganização da APS no DF. O plano prevê, dentre outros aspectos, a ampliação da rede física instalada e do número de profissionais, que na sua implementação, nem sempre correspondeu às necessidades apresentadas.⁷⁰

Assim, passado o primeiro momento de atendimento geral à população por meio de demanda espontânea, iniciam-se as divisões de área para ESF. No entanto, o número de ESF não correspondia à população em sua totalidade, de modo que o serviço é organizado em dois modelos, ou seja, com cinco ESF⁷¹ e um Nasf, identificado como área coberta, e equipe do denominado modelo tradicional, que atende por demanda espontânea as áreas descobertas, situação vivenciada até os dias atuais.

Aqui se divide o PSF, que a gente chama de área coberta, são cinco PSFs e a gente (os de fora de área) que atende a sala do adulto e tudo o que se refere a centro de saúde, que é a sala do adulto, sala da mulher, sala da criança, os fora de área, que não tem PSF para dar cobertura. Aí a gente tem o ginecologista, pediatra e uma clínica médica [...] A demanda é espontânea, a gente atende o dia inteiro, qualquer caso que apareça. Qualquer paciente de fora de área, seja adulto, criança, a gente tenta resgatar. A equipe que atende paciente já fora de área, são duas enfermeiras, a médica clínica geral, ginecologista e pediatra. (Entr. 1).

A crítica ao modo de organização dos serviços em dois modelos, ESF (áreas cobertas) e equipe do modelo tradicional (que atende as áreas descobertas), se fez recorrente na fala dos profissionais de saúde do CS, que avaliam que essa forma de

⁷⁰ “[...] muitos profissionais passaram a não tomar posse, após aprovação no concurso público, quando direcionados para as equipes de ESF. Quase quatro mil profissionais de saúde foram aprovados em concursos nos últimos três anos (2007 a 2009), contudo, 1.360 não assumiram e outros 500 pediram exoneração, deixando um déficit de quase 2 mil profissionais. Além disso, 800 servidores da área aposentaram-se nos dois últimos anos.” (GÖTTEMS, 2010, p. 217).

⁷¹ Incluem-se nessas cinco ESF, também, cinco equipes de saúde bucal.

organização prejudica a construção e organização dos serviços nas bases preconizadas na ESF, conforme sumarizadas nas narrativas seguintes.

O centro de saúde aqui, por exemplo, é esquisito, porque trabalha com duas lógicas no mesmo lugar e aí fica tudo muito complexo. É aquele modelo bem hospital, centro de atendimento, demanda e tal e a saúde da família ao mesmo tempo. Então, é complicado vencer essa barreira, porque, mesmo que os profissionais queiram se dedicar exclusivamente à família, tem esse outro lado que puxa também porque desarticula um ou outro. (Entr. 2).

Eu acho que o ponto que mais me incomoda hoje [...] é essa questão de terem os profissionais separados em dois modelos. Os profissionais são os mesmos e isso atrapalha muito, porque estratégia de saúde da família tem que ser voltado para uma comunidade, com os profissionais voltados para aquela comunidade. (Entr. 3).

Então, esse pessoal da fazendinha, que não tem equipe de saúde da família, eles vêm para cá ser atendidos nessa estrutura de centro de saúde, que a gente diz que são os fora de área. Fora de área porque não tem uma área que eles façam parte de uma equipe e eles não são de uma área de nenhuma das equipes ou cinco equipes de saúde da família. Então, colocaram aqui as cinco equipes de saúde da família e mais o centro de saúde. (Entr. 4).

Problema bem grande aqui é que a lógica do programa de saúde da família é muito difícil de caminhar porque o centro de saúde é aqui centro de saúde e saúde da família. (Entr. 8).

As críticas ao modelo misto⁷² no mesmo CS sinalizam para a dificuldade de implantação da ESF nos moldes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica, ao mesmo tempo em que indicam a estratégia governamental de abertura de um serviço, sem as condições necessárias e, portanto, sem garantir efetivamente condições adequadas de trabalho e acesso da população à saúde. São estratégias que se alinham ao contexto histórico brasileiro e, não diferente do DF, do uso do poder público para ações oportunistas, assistencialistas e eleitoreiras. Que, por conseguinte, se agrava diante da numa conjuntura nacional de privatização da saúde, com o avanço do subsistema privado de saúde, de precarização das condições de trabalho, de desresponsabilização do Estado para com a garantia da saúde como direito de cidadania.

A falta de profissionais e estrutura para o desenvolvimento do trabalho no CS foi explicitada nas seguintes falas dos profissionais de saúde:

Precisaria de mais pessoas para tantas atividades [...]. A gente não tem muita ajuda. Aqui, como te falei, é meio esquecido mesmo, tanto que tem 2 anos e tanto que a gente briga por nosso esforço, expõe nossos conhecimentos. O telefone nunca veio. Uma coisa vai gerando a outra e desgasta demais. Serviço de marcação, pessoal administrativo, a gente não tem. São os auxiliares de enfermagem que fazem a marcação. Toda a parte administrativa que você imaginar são os auxiliares

⁷² Adota-se aqui o modelo misto para referir-se a esses duas formas de organização dos serviços em um mesmo CS, ou seja, ESF (área coberta) e modelo tradicional (área não coberta).

de enfermagem que estão nessa tarefa. Acho que precisa parar e fazer isso funcionar de verdade. (Entr. 1).

Eu tenho membros da minha equipe que não podem trabalhar só na equipe saúde da família. Por exemplo, os técnicos de enfermagem, que são peças fundamentais da equipe. Eles hoje têm uma atuação de no máximo 10% na estratégia de saúde da família, porque eles precisam participar de uma escala do centro de saúde, então não tem a atuação deles total na equipe, como eu tenho como a médica tem. (Entr. 3).

Então, tem técnico de enfermagem na sala do adulto, existe a sala do curativo, que o técnico de enfermagem faz o curativo. Na sala de vacina, na sala da mulher, na sala da criança, na triagem, na marcação de consulta, para pegar prontuário, tudo são os auxiliares de enfermagem que fazem. Quando chegaram os agentes comunitários, as equipes deveriam começar a funcionar enquanto equipe e não tem técnico de enfermagem, eles continuam servindo a essa estrutura de centro de saúde, essa estrutura geral. Então, assim, se você perguntar quem são os auxiliares de enfermagem da minha equipe, eu digo quem são, tem dois, mas se você perguntar quantas horas por semana eles fazem parte da equipe eu te digo: nenhuma. Um fica na farmácia e o outro fica na sala do curativo e acabou, eles nunca ficam comigo. (Entr. 4).

Há um déficit de auxiliar de enfermagem, déficit de auxiliar administrativo, tem horários que não tem pediatra porque não há a cobertura 100% dos horários; 50 horas que o posto fica aberto, nós não temos pediatra, nós temos pediatra apenas 40 horas, 10 horas ficam descobertas. Ginecologista nós só temos também 40 horas, e se esse ginecologista de 40 horas, ele adoecer, ele tirar férias, esse mês fica descoberto. Então, nós não podemos, com um único ginecologista, um único clínico e dois pediatras de 20 horas, poder dar conta de uma população de 57 mil habitantes. Porque as equipes de PSF elas tem uma cobertura apenas de 30% da população do Itapuã, 70% está descoberta, o que significa que esse único ginecologista, clínico e pediatra é o que vai atender 70% que está descoberto, e ele não dá conta. Por mais que queira, não consegue. Então, essas nossas necessidades que são necessidades gritantes, fora outras questões, assim, que são básicas, do tipo está pingando água nos consultórios [...] (Entr. 6).

As falas, assim como a Tabela 8, ratificam o déficit de profissionais, uma vez que há uma lacuna de profissionais em algumas ESF, inexistência de profissionais para apoio administrativo, gerando desvio de função dos auxiliares de enfermagem da ESF e, nesse conjunto, aprofunda a precarização das condições de trabalho.

Tabela 9 - Dados acerca da composição da equipe de saúde do CS de Itapoã – DF

Unidade/Centro de Saúde	Profissionais/Composição da Equipe	Vínculo de Trabalho/Carga Horária
Centro de Saúde	2 Médicas pediatra 1 Médico ginecologista 1 Farmacêutico 2 Médicas da família ⁷³ 5 Auxiliar de enfermagem 13 Auxiliar de enfermagem 1 Auxiliar de enfermagem 7 Enfermeiros	Estatutário, 20h Estatutário, 40h Estatutária, 20h Estatutário, 40h 30h ⁷⁴ Estatutário, 40h 24h ⁷⁵ Estatutário, 40h
Equipe da Saúde da Família – 10	1 Enfermeiro 1 Médico 1 Odontólogo 2 Auxiliar de enfermagem 3 ACS	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Celetista, 40h Estatutário, 40h Celetista, 40h
Equipe da Saúde da Família – 11	1 Enfermeiro ⁷⁶ 1 Médico 1 Odontólogo 2 Auxiliar de enfermagem 9 ACS 1 ACD	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Celetista, 40h Estatutário, 40h
Equipe da Saúde da Família – 12	1 Enfermeiro 1 Médico 1 Odontólogo 2 Auxiliar de enfermagem 7 ACS	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Celetista, 40h
Equipe da Saúde da Família – 13	1 Enfermeiro 1 Médico 1 Odontólogo 2 Auxiliar de enfermagem 10 ACS	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 40h Celetista, 40h
Equipe da Saúde da Família – 14	1 Enfermeira 1 Médico 1 odontólogo 2 Auxiliar de enfermagem 9 ACS	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 20h Estatutário, 40h Celetista, 40h
Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf)	1 Médico homeopata 1 Médico pediatra 1 Assistente social 1 Nutricionista 1 Fisioterapeuta 1 Terapeuta ocupacional	Estatutário, 40h Estatutário, 20h Estatutário, 20h Estatutário, 20h Estatutário, 20h Estatutário, 40h

Fonte: (OLIVEIRA, 2012). Dados coletados na Diretoria-Geral de Saúde do Paranoá, em janeiro de 2012 e na Gerência do Centro de Saúde de Itapoã (folha de ponto dos trabalhadores do CS) em outubro de 2011.

⁷³ Uma das médicas encontra-se afastada.

⁷⁴ Tipo de vínculo de trabalho não identificado.

⁷⁵ Tipo de vínculo de trabalho não identificado.

⁷⁶ Em licença-maternidade.

Tabela 10: Dados acerca da composição da equipe de saúde do Posto de Saúde de Itapoã - DF

Equipe da Saúde da Família – 7	1 Enfermeiro 1 Médico 1 Auxiliar de enfermagem 5 ACS ⁷⁷	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 24h Celetista, 40h
Equipe da Saúde da Família – 8	1 Enfermeiro 1 médico 1 Auxiliar de enfermagem 5 ACS	Estatutário, 40h Estatutário, 40h Estatutário, 24h Celetista, 40h

Fonte: (OLIVEIRA, 2012). Dados coletados na Diretoria-Geral de Saúde do Paranoá em janeiro de 2012.

Diferentemente do CS, o atendimento do posto de saúde é, na sua totalidade, ESF, de modo que não aparece nas falas a questão da unidade mista (dois modelos). No entanto, também é evidenciada a falta de profissionais e a pouca cobertura da ESF no Itapoã, situação que, para os profissionais, dentre outros aspectos, prejudica significativamente o acesso e a qualidade dos serviços, assim explicitado:

Hoje a gente tem duas áreas nossas que não tem agente de saúde na área. Conclusão, as pessoas vêm aqui, são atendidas, mas não tem monitoramento, não tem gerenciamento, a gente não sabe quantas gestantes têm lá, elas aparecem aqui. A gente perde criança porque a gente não tem esse controle, porque não tem o agente de saúde. Existem esses problemas. (Entr. 5).

Atualmente nós temos sete equipes do PSF atuando no Itapoã e não cobrem nem metade do Itapoã, enfim, se cobre, cobre 30% do Itapoã. Já foi feito o edital para novas equipes e a única solução atual é implantar o PSF aqui em 100% porque aí as pessoas iam poder cada um ter a sua equipe de saúde, elas iam se sentir valorizadas, reconhecidas, não discriminadas. (Entr. 10).

Outro profissional assim retrata essa questão:

São cinco equipes de odonto porque são cinco equipes de saúde da família e existiam três auxiliares de consultório “THD”. Para as cinco equipes, existiam três e desses três uma é concursada e os outros dois são remanescentes da época da Fundação Zerbini porque eles são de contrato temporário. Esse contrato temporário tem 6 anos [...] todos os anos diz que vai acabar e renova, isso até ontem (17/10/2011). Ontem, saiu um decreto no diário oficial que acabou (contrato) e eles estão na rua e sem direito aos direitos. Não receber os 17 dias trabalhados e, pronto, até ontem. Então hoje eles vieram e retiraram as coisas deles e foram embora. Dentre todos os profissionais existem médicos que ainda não fizeram concurso, ou não passaram, existem odontólogos nessa situação e existem os “THD”, que agora teve concurso da secretaria. Inclusive, um deles daqui passou no concurso e está aguardando ser nomeado. [...]. (Entr. 4).

⁷⁷ Dois componentes encontram-se em licença-maternidade.

Para a população, uma das consequências é a falta de acesso, evidenciada na fala de um dos sujeitos.

O centro de saúde ali é grande, enorme. Mas, não atende a todos. Então, precisa de mais funcionários. (Entr. 12).

Ele está com muitos trabalhos ali porque era para ter outras unidades de saúde e não tem e ele acaba inchado sem condições de fazer o que ele deveria fazer. Não faz 1/3 do que ele deveria fazer. Falta muito espaço para as equipes, falta equipamento. Para ele servir teria que expandir e o problema é que não há como expandir também. Então teria que construir vários daquele lá para dar conta. (Entr. 7).

Não apenas o número insuficiente de profissionais, mas a forma de contratação, a não reposição dos trabalhadores afastados, ou em licença, provocam uma sobrecarga de trabalho e ocasionam, dentre as consequências e entraves, o de acesso da população aos serviços de saúde, assim como da participação em saúde.

As falas indicam que passados 18 anos da implantação do PSF/ESF, a precarização do serviço e das condições de trabalho, inclusive com desvios dos profissionais para outros setores, inviabilizando a dedicação integral às equipes; as formas flexíveis de contratação; as dificuldades na estrutura física e nas equipes, ainda estão presentes e de forma muito enraizadas. Já mencionamos, em capítulos anteriores, quanto tais tendências corroboram com uma perspectiva reducionista da APS, e que aprofundam os problemas no acesso e comprometem os avanços na integralidade, na universalidade e na participação.

Tais fragilidades, apontadas pelos sujeitos da pesquisa, reforçam as tendências no âmbito da política de saúde no Brasil, que, sob uma lógica neoliberal, tende à privatização, precariedade e terceirização dos serviços, descentralização da gestão dos serviços sob a emergência das Organizações Sociais (OS), Oscip e fundações estatais.⁷⁸, a exemplo do processo da APS no DF, que se utilizou de ONG, como o ICS e a Fundação Zerbini, nas contratações de profissionais e alocação de imóveis, trazendo várias consequências e desdobramentos que ainda persistem.

O recente processo de implantação do serviço público de saúde no Itapoã, mais precisamente do CS, que ocorre já nos fins dos anos 2000, no ascender de uma “nova” cidade, retratada nas narrativas dos sujeitos a partir da experiência

⁷⁸ Para aprofundar o debate sobre OS, Oscip, fundações estatais e seus desdobramentos na saúde, recomenda-se: Correia (2011).

vivenciada no cotidiano desse processo, passa a impressão do silenciar sobre o desmonte da proposta de Reforma Sanitária Brasileira almejada e idealizada pelo movimento sanitário. As portas do CS foram abertas. Mas em que condições?

Na narrativa dos profissionais, em muitos momentos, um desabafo, se coloca a retratação de um serviço em que o Estado “abre as portas” e “empurra” para os profissionais a responsabilidade do desenvolvimento do trabalho. Há situações que parecem inacreditáveis, pois, em pleno 2012, um CS que atende uma população que passa de 60 mil habitantes, não possui telefone, computador, Internet, etc. Um dos sujeitos, ao final da entrevista, chegou a comentar que muitos profissionais utilizam seus carros particulares para reposição do material de expediente e até mesmo providenciar vacinas (nas campanhas) e a reposição de medicamentos por falta de carro e motoristas do SES.

Com isso, constata-se a existência de um CS novo, num processo de constituição de uma nova cidade, com novos profissionais (em idade e atuação profissional), porém reproduzindo o passado, no favoritismo, clientelismo e patrimonialismo dos governantes, traços tão presentes na cultura política do GDF e do Brasil, utilizada para garantir os privilégios das classes dominantes.

A questão central no processo de implantação do CS do Itapoã, para os objetivos propostos na presente tese, é refletir sobre como, a partir desse processo de implantação de um serviço pelo avesso, ou seja, na contramão de uma perspectiva ampliada de APS, forjam-se as possibilidades e os limites da participação popular em saúde.

Quando da implantação dos serviços, com a falta de estrutura física, material, de pessoal, insuficiente quadro de profissionais, baixa cobertura da ESF, já se constituem as limitações no processo organizativo com desdobramentos na relação entre serviço e população, profissionais e população e, por conseguinte, na constituição de um processo participativo em saúde.

A baixa permeabilidade do governo do DF à participação de segmentos organizados, dos movimentos sociais, no que se refere à garantia de direitos sociais, fica evidenciada na luta pela moradia, aqui retratada na história do Paranoá e Itapoã; na saúde, em diferentes momentos de construção da política de saúde e da APS no GDF e, por conseguinte, nesse processo de implantação da APS no Itaopã.

Os diferentes modelos/unidade mista implantados no CS de Itapoã, as constantes mudanças no atendimento, nas áreas de cobertura da ESF, como

consequências das questões anteriormente colocadas, ocorrem num processo de planejamento e organização de serviço ainda muito normativo, sem considerar o pensar e o querer dos sujeitos envolvidos, de modo que fragilizam o diálogo com a população e o processo político-organizativo em saúde.

5 A PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA APS NO ITAPOÃ – DF: O QUE DIZEM OS SUJEITOS DA PESQUISA

Quando a saúde vem para a comunidade e vem para perto das pessoas, ela (profissional) tem mais tempo. Ela vai saber quem é a Maria, quem é o filho da Maria, vai na casa da pessoa, vê a situação da pessoa, como ela está, se tem o que comer, né. Então, ela vai ver a realidade daquela pessoa. [...] Tem casos que o agente de saúde e o médico têm que conversar, estar ali interagindo com a comunidade. O importante é o contato, ver a realidade. [...] Eu acho que tem que ter contato com a comunidade, porque você vai sentir. (Entr. 12).

O enfoque deste capítulo volta-se para a apresentação, descrição e análise das entrevistas, sob a perspectiva de seu conteúdo para o alcance do objetivo central desta tese que consiste na análise das expressões e tendências da participação da sociedade na APS, de modo que a ênfase, aqui, se coloca para os seguintes objetivos específicos: Conhecer e analisar as estratégias e experiências da participação em saúde na APS e as bases que as fundamentam. Analisar as limitações e possibilidades da participação em saúde na APS.

O material obtido nas entrevistas apresentou grande volume de informações e permitiu, após transcrição e sucessivas leituras, criar uma tabela individual com os conteúdos de cada pergunta e outras questões relevantes do processo de pesquisa. Num segundo momento, os depoimentos foram reagrupados por perguntas em dois eixos e em dois subgrupos. O subgrupo dos profissionais, diferenciando as falas do profissional do CS-modelo tradicional (área não coberta pela ESF), dos profissionais da ESF e do gestor do CS. E, em outro subgrupo, a fala por sujeito usuário/representante de segmentos populares organizados.

Os dois eixos foram construídos com base no roteiro de entrevista, a saber: Eixo 1: Expressões e tendência da participação em saúde na APS e as bases que as fundamentam, subdivido neste capítulo nos itens: serviços e atividades

realizadas: Onde Está o Direito à Saúde? Organização dos Serviços e Definição de Prioridades: Para Qual Realidade? Expressões da Participação em Saúde na visão dos profissionais e usuários na APS no Itapoã – DF. O Eixo 2: Possibilidades e limitações da participação em saúde na APS e as possíveis mediações presentes que permitam contribuir no processo de participação em saúde. No processo de agrupamento e análise por eixo, destacou-se, por meio de uma tabela os conteúdos relevantes no contexto das falas dos sujeitos (conteúdos recorrentes e que se mostraram diferentes), os quais possibilitaram levantar as categorias de análise que nortearam as reflexões realizadas ao longo desta seção.

5.1 SERVIÇOS E ATIVIDADES REALIZADAS: ONDE ESTÁ O DIREITO À SAÚDE?

Ao questionar sobre os serviços realizados pelo Posto e Centro de Saúde, por meio das atividades dos profissionais, evidenciaram-se, nas falas dos sujeitos, as de caráter assistencial, com ênfase nos programas padronizados pelo Ministério da Saúde como pré-natal, hipertenso, diabéticos, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, tabagismo, planejamento familiar, dentre outros, e as ações de prevenção de doenças por meio de campanhas pontuais.

Na ESF crescem as atividades administrativas e de coordenação, preceptoria do PET Saúde e, na equipe da ESF do Posto de Saúde, a organização da farmácia e o trabalho educativo nas escolas. No Nasf, a ênfase foi para o apoio e matriciamento às equipes de ESF, as visitas domiciliares, atividades grupais, esporadicamente o atendimento individual, trabalho com a rede social e a proposta de construção de projetos territoriais maiores.

O conjunto das falas sobre os serviços realizados no Posto e Centro de Saúde demonstram centralidade nos programas previamente definidos, com fortes traços biologicistas no cuidado à saúde das pessoas.

No trabalho assistencial, evidenciaram-se o atendimento clínico, o trabalho com grupos e as visitas domiciliares.

Na parte assistencial a gente faz todos os programas que são preconizados pelo Ministério que tem a ver com a atenção básica: pré-natal, planejamentos, grupos de hipertenso, preventivos, tudo o que é padronizado para a saúde da família a gente atua. (Entr. 5).

Na sala do adulto, a gente tem o programa de hipertenso e diabético, programa de tabagismo, programa do idoso, programa de hanseníase, programa de tuberculose, DST e a supervisão dos curativos, sou eu e outra enfermeira (que realizam os trabalhos). A gente tenta fazer o que a gente pode. [...] a gente tende a trabalhar com a população que nos procura. Qual é o nosso foco maior? São os curativos, pacientes crônicos, pacientes hipertensos e diabéticos, que a gente tem os grupos para acompanhar e tentar tratar, prevenir as piores consequências, porque o estado geral deles já é agravado e o tabagismo, que a gente faz o grupo para parar de fumar. (Entr. 1).

Os serviços prestados englobam três grupos principais que é a saúde da mulher, aí envolve pré-natal, planejamento familiar, prevenção, toda parte de ginecologia e obstetrícia. Tem o segundo grupo, que é clínica médica, que é fornecido, assim, tratamento a todos os que são hipertensos, diabéticos, tuberculosos, possuem alguma doença, porém a finalidade não é apenas a questão de aquele que está doente, também trabalhar com a parte de prevenção. E o terceiro grupo, que são as crianças, a gente trabalha com as crianças de 0 a 5 anos, deveríamos trabalhar com os adolescentes e com crianças maiores de 5 anos, porém não temos funcionários suficientes para abranger essa faixa etária. Além disso, temos 5 equipes de PSF que atendem uma micro-área restrita e que tem em média mil famílias para cada micro-área e desenvolvem trabalhos de prevenção, desenvolvem trabalhos também de assistência, curativos. (Entr. 6).

Já o Nasf realiza apoio, matriciamento às ESFs, por meio da equipe multidisciplinar. Esporadicamente, realizam-se atendimentos individuais, visitas domiciliares e trabalho grupais, quando solicitado pelas equipes de ESF.

O foco do Nasf é o apoio, o matriciamento das equipes. [...] São 12 equipes que a gente atende. O Nasf está aqui para ser um apoiador mesmo e não referência. Então, eu acho que o ponto-chave é conseguir fazer com que as equipes se tornem capacitadas para lidar com as coisas do cotidiano, que elas encontram dentro das famílias que elas atendem e da própria comunidade. (Entr. 2).

O Nasf, pela natureza de sua proposta, diferencia-se das ações realizadas pelos demais profissionais (ESF e equipe CS-modelo tradicional). Recorrente nas falas dos sujeitos da pesquisa, profissionais do Nasf, é a dimensão do apoio matricial⁷⁹ e das ações na rede social de Paranoá e Itapoã, que serão retomadas posteriormente.

Já as ações assistenciais da ESF e do CS, equipe do modelo tradicional, de uma maneira geral, apresentam semelhanças em alguns aspectos. A diferença expressa nas falas está principalmente vinculada à forma de atendimento, composição, estrutura das equipes e às possibilidades de atendimento e relação com a população por meio da lógica da ESF. A ESF tem uma população definida e atende por agenda programada, realiza busca ativa, dispõe de agentes comunitários para realização de atividades e faz visitas domiciliares, enquanto que, no outro serviço, atende por demanda espontânea à população fora de área.

A doença como centro dos serviços seja no atendimento assistencial ou por meio de campanhas e programas (tanto na ESF como na equipe do CS-modelo tradicional), ainda é uma constante e retrata o olhar voltado para mais para a doença, do que nos sujeitos e suas condições objetivas e subjetivas de vida e

⁷⁹ A proposta do apoio matricial em saúde formulado inicialmente por Gastão W. de S. Campos, “objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais”. (CAMPOS e DOMITTI, 2007b, p. 399-400).

trabalho. A exemplo do Dia da Mancha e as campanhas de combate a dengue, movimentos que quando dissociados do processo social da saúde e suas expressões na coletividade, tendem a uma visão reducionista de responsabilizar e culpar o indivíduo pela doença.

As ações de prevenção foram recorrentes na fala dos sujeitos profissionais, principalmente por meio de campanhas como dengue, Dia das Crianças, Dia da Mancha (hanseníase).

Sobre essa atividade, os sujeitos assim se referiram:

A gente trabalhou o Dia da Mancha. Passamos o sábado aqui, mas a procura é muito pequena, achamos só três casos, de um dia inteiro atendendo. As pessoas procuram mais a dermatologia para ver doenças de pele, não hanseníase. (Entr. 1).

Se nós temos um foco de dengue numa tal quadra, então isso é visto e a gente tem que fazer uma ação mais eficaz nessa área. (Entr. 3).

Então, a gente chegou a trabalhar com tuberculose, com prevenção ginecológica de câncer de útero e dengue. (Entr. 4).

Para Westphal (2009), a abordagem pela via prevenção de doenças⁸⁰ é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença uma vez que, “a prevenção de doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência”. (p. 647).

No entanto, a autora sinaliza que as ações essencialmente preventivas poderão caminhar na perspectiva de promoção da saúde, quando revistas e ampliadas, de modo que poderá contribuir na reorientação dos serviços de saúde, a depender das concepções de saúde e doença adotadas na orientação das práticas e a vertente político-ideológica que as fundamenta. (WESTPHAL, 2009).

Mioto e Nogueira (2006), nessa direção, chamam a atenção para diferentes concepções de prevenção e promoção à saúde atualmente existentes, que remetem a distintos paradigmas. Para as referidas autoras a promoção da saúde:

⁸⁰ A autora apresenta essa perspectiva para apontar as diferenças e semelhanças entre promoção da saúde e prevenção de doenças, de modo a defender uma moderna abordagem da promoção da saúde na atualidade. Para aprofundar a discussão, ver Westphal (2009).

Envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde, especificamente vinculando-os ao conjunto das políticas sociais. Possibilita concretizar a diretriz constitucional que preconiza a atenção integral à saúde. (MIOTO e NOGUEIRA, 2006 p. 278)

Assim, a centralidade dos serviços na atenção à doença, contrapõe-se a perspectiva de integralidade e reforça uma APS de abordagem individual, focalizada e, por conseguinte, reducionista e coerente com os valores neoliberais. Nessa perspectiva, reatualiza-se uma prática sanitária na perspectiva do modelo biomédico, historicamente hegemônico, que supervaloriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento.

A continuidade na lógica do modelo biomédico foi identificado, por um dos sujeitos da pesquisa, como um dos dificultadores de adesão das ESF à proposta do Nasf:

É bem difícil a adesão da equipe e essa nova proposta da gente, do não atendimento ambulatorial, é muito difícil. O pessoal chega para mim com encaminhamento, dez sessões de fisioterapia, sendo que não é essa a proposta. Não é um ambulatório e eu não tenho clínica aqui e não tenho aparelho. [...] Então, são feitas reuniões com as equipes de sensibilização do que é o Nasf, a gente traz a proposta e mostra. Só que, assim, o modelo médico tradicional é muito enraizado, e só parece que é falar, falar e ninguém entende. (Entr. 8).

O debate em torno da ideia de modelos de atenção ou modelos assistenciais são recorrentes na literatura e documentos oficiais do Ministério da Saúde, de modo mais intenso a partir da década de 1980. Expressões como modelo hospitalocêntrico, modelo biomédico, modelo sanitarista campanhista são frequentes.

Ao longo da história, diferentes formas, abordagens, combinações de tecnologias e meios vem sendo utilizadas para responder às necessidades e demandas de saúde das populações, o que faz com que o uso do termo modelo refira-se, para Paim (2008), a “uma representação da realidade de saúde”. (p. 549).

Do desenvolvimento da microbiologia, veio uma concepção apoiada na teoria dos germes, em que os problemas de saúde se explicavam simplesmente pela relação agente-hospedeiro, a teoria da monocausalidade. Posteriormente, com a incorporação da relação agente-hospedeiro-ambiente, reforçando a multicausalidade dos problemas de saúde, as medidas de controle das doenças, além de intervirem

sobre o agente hospedeiro, ampliaram a sua atuação para o ambiente, constituindo as bases para o modelo ecológico. (MENDES, 1996; PAIM, 2008). Com a influência da medicina preventiva, difundiu-se o modelo da história natural das doenças, utilizando-se de níveis de prevenção e mantendo os serviços na perspectiva da medicina liberal. Depois, com o movimento da medicina comunitária, adicionaram-se outras ideias à medicina preventivista, como a participação docente-assistencial, participação da comunidade e regionalização. Com a Conferência de Alma-Ata (1978), por meio de uma combinação tecnológica, propõe-se o modelo de atenção primária na contraposição ao modelo hospitalocêntrico. (PAIM, 2008).

De maneira geral, para Paim (2008), a Opa e a OMS vem difundindo a noção de modelo de atenção vinculado à prestação de serviços ou como componente do sistema de saúde. No Brasil, na década de 1980, a expressão “modelos assistenciais”, referiam-se às formas de organização dos serviços, envolvendo unidade com diferentes complexidades tecnológicas, gerando as distintas formas de conceber modelos de atenção. Trazendo essas reflexões, Paim (2008) assim conceitua modelos de atenção à saúde: “[...] combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivos”. (p. 554).

Considerando a conformação histórica do sistema dos serviços de saúde no Brasil, o autor (PAIM, 2008) identifica modelos hegemônicos e propostas alternativas que vem sendo construídas ao longo dos anos.

Entre os modelos hegemônicos, encontram-se o modelo médico hegemônico⁸¹ e o modelo sanitarista. O primeiro, voltado para a demanda espontânea, apresenta como traços principais: individualismo, saúde/doença como mercadoria, ênfase no biologismo, na medicina curativa e medicalização, a-historicidade da prática médica e participação passiva. O segundo, modelo sanitarista⁸², busca atender necessidades nem sempre expressas na demanda e volta-se para as formas de intervenção convencionais da saúde pública e remete o atendimento às necessidades de saúde da população por meio de campanhas (vacinação, controle de epidemias, etc.), programas especiais (tuberculose, saúde da mulher, etc.), vigilância sanitária e epidemiológica. (PAIM, 2008).

⁸¹ Integrando o modelo médico hegemônico encontra-se o modelo assistencial privatista e o modelo de atenção gerenciada. (PAIM, 2008).

⁸² Dentre os exemplo do modelo sanitarista, citado pelo autor, estão o Pacs, PSF, e campanhas sanitárias. (PAIM, 2008).

Como propostas de modelos contra-hegemônicos, o autor coloca que diversas alternativas têm sido gestadas no sentido de garantir a integralidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde, de modo a construir modelos de atenção mais coerentes com os princípios doutrinários da Reforma Sanitária.

Nessa busca de alternativas, têm sido valorizadas propostas como oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência. [...] Enquanto algumas valorizam a efetividade e qualidade da técnica, outras priorizam a satisfação das pessoas e a humanização dos serviços. (PAIM, 2008, p. 562).

Nessa direção, caminham as reflexões de Coelho (2010) que, ao analisar os modelos assistenciais em saúde, identifica, dentre os modelos alternativos⁸³, a partir da década de 1980, os Sistemas Locais de Saúde (Silos)⁸⁴, As Cidades Saudáveis⁸⁵, Em Defesa da Vida⁸⁶ e o Modelo de Vigilância à Saúde⁸⁷, além da ESF, como modelo organizativo da atenção primária.

Contudo, presencia-se a um conjunto de novas demandas e necessidades humanas de saúde, relacionadas com as transformações contemporâneas e com

⁸³ O autor também retoma as discussões acerca da medicina comunitária e as Ações Programáticas de Saúde, como modelos alternativos construídos ao longo da história, para contrapor-se aos modelos hegemônicos de prestação de serviços médicos. (COELHO, 2010).

⁸⁴ Os Sistemas Locais de saúde (Silos) foram gestados inicialmente pela OPS, em 1986, com a finalidade de aumentar a eficiência, eficácia e equidade nos sistemas de saúde, com estímulo à participação social, intersetorialidade e ao aumento da capacidade administrativa. No Brasil, a proposta não teve sustentação, assumiu características diferenciadas, a exemplo do que se procurou implantar na Bahia. (COELHO, 2010).

⁸⁵ As Cidades Saudáveis, como proposta da OMS, em meados da década de 1980, propõem ações para tornar a cidade um lugar saudável, construindo redes de solidariedade com fins de melhorar a qualidade de vida. (COELHO, 2010; MENDES, 1996).

⁸⁶ Originada em Campinas (SP), em Betim (MG) e em outros municípios, assemelha-se, em linhas gerais, às propostas de Dawson, porém enfatiza a reforma da atividade clínica, o processo de trabalho do conjunto dos trabalhadores da saúde e a mudança nas relações entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços. Propõe o alargamento do trabalho da clínica, incorporando aspectos subjetivos e sociais, de modo a incorporar o doente como objeto, além da doença. A clínica ampliada apresenta como aspectos operativos e filosóficos as equipes de referência, o apoio especializado matricial, a formação de vínculo, responsabilidade clínica e sanitária, identificação de risco e vulnerabilidade, utilização de múltiplos paradigmas, trabalho em equipe, construção de autonomias, elaboração de projetos terapêuticos singulares, elaboração de projetos de intervenção na comunidade. (COELHO, 2010).

⁸⁷ Adotada em vários estados e municípios, principalmente na década de 1990, tem na territorialização, na utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico, na interdisciplinaridade e participação social os pilares da proposta. (COELHO, 2010).

complexidade do processo saúde-doença e seus desdobramentos na vida das pessoas. Novos modos de viver, sentir, relacionar-se, e de olhar a vida, se colocam no âmbito dos serviços e política de saúde, e nos desafiam a construir novos modos de fazer, novas estratégias, no sentido de constituir novas tecnologias nas respostas aos problemas de saúde que, por sua vez, são expressões da questão social, historicamente definidas. Segundo Massuda (2010), as intervenções clínico-sanitárias tradicionais, que foram capazes de controlar doenças e epidemias, prolongar a vida e aliviar a dor, mostram-se insuficientes, ao lidar com as demandas que se apresentam à saúde no contemporâneo.

As falas dos sujeitos da pesquisa revelam a predominância de um modo tradicional, numa perspectiva biomédica, de construir as ações e serviços de saúde, que, em alguns momentos, lembram o modelo sanitarista, com ênfase nas campanhas e programas específicos e, em outros, aparece o modelo médico hegemônico fortemente centralizado na doença.

Não nos cabe aqui e, neste momento, fazer a defesa de um ou outro modelo alternativo, ou mesmo defender um modelo único para o SUS, mas trazer o potencial da APS na construção de modelos de atenção, numa lógica do direito humano à saúde com qualidade e, por conseguinte, que inclua e oportunize o protagonismo dos sujeitos.

Entrelaçada à construção de modelos de atenção, está a concepção de saúde adotada. Modelos alternativos requerem concepções ampliadas de saúde.

A concepção ampliada de saúde foi discutida e defendida pelo movimento de reforma sanitária, tendo como base, conforme Paim (2007), o entendimento de que a saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, uma vez que, enquanto componentes dos processos de reprodução social, são fenômenos determinados social e historicamente. Para esse debate, também contribui o questionamento a respeito do conceito ampliado de saúde, restrito aos resultados das formas de organização da produção.

Vaitsman (1992), mesmo aceitando que as relações de classe geradas no processo social da produção continuam gerando desigualdades nas condições de vida e de saúde questiona a unicidade desse determinante, de modo que aponta outros fatores os quais, quando combinados com relações de classe, aprofundam as desigualdades sociais, como gênero e cor. Para a autora, o conceito ampliado de saúde deve incluir um conjunto de necessidades humanas para além da visão

economicista, como as de subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer, criação, identidade e liberdade.

A existência de saúde, que é física e mental – está ligada a uma série de condições irreduzíveis uma às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedades que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto a experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não-reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. (VAITSMAN, 1992, p. 171).

Ainda que não possamos aqui analisar a pertinência de uma ou outra concepção de saúde no sentido de orientar os serviços e a política no âmbito da APS, mas entendendo-as como complementares, reconhecemos que uma concepção ampliada de saúde é um dos elementos necessários para a construção de um novo modelo de atenção à saúde e para o alargamento dos serviços e das ações dos profissionais da área no enfrentamento não só da doença, mas das expressões da questão social contidas na complexidade do processo saúde-doença e, portanto, base fundamental para ampliar a participação e o processo de democratização da saúde. Ou seja, como nos diz Mioto e Nogueira (2006b): “Ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem”. (p. 228)

Nessa direção, caminha o paradigma social da saúde, em Mendes (1996), que, contrário ao paradigma flexneriano, defende a incorporação de outro paradigma, denominado pelo autor como da produção social da saúde, que implica reconhecer a complexidade existente no campo da saúde em sua *dimensão política* (construída em ambiente democrático, em permanente disputa de projetos); *dimensão ideológica* (tendo em vista a concepção ampliada do processo saúde-doença e paradigma sanitário); *dimensão tecnológica* (que requer a produção e a

utilização de conhecimentos e técnicas para a sua implementação e coerência político-ideológica com os pressupostos que a referencia).

Vivencia-se uma conjuntura adversa à garantia do direito à saúde, em relação às novas manifestações e expressões da questão social no movimento global do capital e de hegemonia neoliberal. Nesse sentido, uma concepção ampliada de saúde como fundamento de modelos alternativos de atenção, com desdobramentos para o cotidiano dos serviços de saúde e da ação profissional, requer a solidificação de princípios e diretrizes preconizados legalmente no âmbito do SUS, como a universalidade, integralidade e participação social.

Desse modo, o paradigma social da saúde constitui uma referência importante, na medida em que articula as dimensões necessárias na constituição das ações profissionais e, por conseguinte, no fortalecimento de uma política de saúde que preconize, em seus sistemas e serviços, o direito à saúde.

O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. (MIOTO E NOGUEIRA, 2009, p. 223)

A não garantia do direito à saúde é uma constante na vida da população brasileira. A eles ainda é negado o acesso e a oferta de atendimento com qualidade a serviços básicos, aprofundando as iniquidades, na medida em que as respostas aos problemas de saúde dissociam-se de uma perspectiva contextualizada e problematizada do processo saúde-doença.

Quando questionados sobre os serviços disponibilizados à população pelo posto e CS, assim os usuários/sujeitos partícipes de segmentos populares organizados da comunidade manifestam-se:

A demanda é maior do que a capacidade existente. [...] A grande maioria dos nossos profissionais são bons só que não tem condições de trabalho, não tem equipamento para trabalhar e aí entra numa guerra com a comunidade. (Entr. 7).

As pessoas querem ver trabalho. Elas querem ver o seguinte: ter um atendimento querem ser atendidas. (Entr. 9).

O SUS, se for comparar com outros países, é muito bom, principalmente o que está no papel, que a gente luta para que ele seja colocado na prática. Mas a gente sabe que tem muitos problemas [...] e reclamações. O postinho não atende uma parte do pessoal aqui do Itapoã. Uma coisa extremamente inconcebível, se você pensar que o SUS é universal. (Entr. 11).

Não atende todos. E... Só tem atendimento básico mesmo. (Entr. 12).

As falas revelam a dificuldade de acesso com qualidade aos cuidados primários de saúde, de modo que o alcance dos serviços básicos ainda está por ser garantido. Fica a impressão de que os serviços se colocam para um nível mínimo de sobrevivência das pessoas e que o direito à saúde volta-se ainda para um patamar ínfimo. “O que a população reivindica quando exige os serviços básicos é sua sobrevivência, pois não havendo esses serviços muitas pessoas correm o risco de morrer.” (VALLA, 1992, p. 3).

Com a Constituição Federal de 1988, legalmente universalizou-se o direito à saúde e garantiu-se o pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. No entanto, perdura a complexidade de sua efetivação, se consideradas as agendas política e governamental, que tendem a superposicionar os interesses econômicos. Nessa direção, a concepção de saúde, adotada no sentido de orientar as práticas, os serviços e as políticas, tanto pode contribuir na inclusão ou efetivação do direito em suas diferentes expressões ou reforçar uma visão minimalista, reduzida à atenção médica, individual, curativa, com fins últimos de responsabilização familiar e individual e, portanto, voltada para o mercado.

Isso significa dizer que a adoção de uma perspectiva ampliada de saúde, entrelaçada a modelos de atenção alternativos, pode contribuir na capacidade organizativa dos sujeitos sociais populares, em relações sociais que venham a criar e influenciar nas condições para a concretude do direito à saúde no mundo e na vida das pessoas.

5.2 DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: PARA QUAL REALIDADE?

No que se refere à organização dos serviços e definição de prioridades, procurou-se identificar as formas e estratégias utilizadas pelos profissionais e equipe de saúde, de modo a identificar as possíveis tendências, possibilidades e limitações no processo participativo.

No conjunto das falas, evidenciou-se que a organização dos serviços e a definição de prioridades ocorrem por meio das reuniões de equipe, pensadas e planejadas “para” a população com inexpressiva ou nenhuma participação dos sujeitos sociais populares. As concepções do processo saúde-doença, assim como a influência dos modelos hegemônicos de atenção à saúde, anteriormente colocados, novamente se entrecruzam, influenciando na formulação e implementação dos serviços, assim como sua organização e definição de prioridades.

A complexidade do processo saúde-doença na contemporaneidade tem desafiado os profissionais de saúde a considerarem um processo de conhecimento e de intervenção que contemple o conjunto de necessidades de saúde contidas no cotidiano da ação profissional. Além da intervenção clínica, colocam-se desafios de práticas sanitárias numa perspectiva coletiva, que, assim como numa teia, possam entrecruzar as várias dimensões da produção do processo saúde-doença e envolver seus diferentes sujeitos.

Nessa direção, os profissionais de saúde, dentre as suas atribuições, principalmente nas equipes de ESF, também assumem responsabilidades relacionadas à gestão do cotidiano dos serviços.

Todos os sujeitos da pesquisa da ESF são coordenadores de equipe (condição previamente estabelecida na definição dos sujeitos). Assim, nas falas sobre as ações aparecem as administrativas e de coordenação, como retrata um dos sujeitos:

Eu sou coordenador da equipe, então, tem as diversas atividades administrativas, como controle de todos, recursos humanos da minha equipe, todo controle dos abonos, férias. (Entr. 3).

Os sujeitos da ESF que atuam no Posto de Saúde também citam a organização da farmácia como atribuição do coordenador de equipe:

[...] tem a parte de coordenação que a gente chama, são todos os relatórios que a gente tem que fazer. O levantamento do (Siab), sistema de informação, administrar a equipe, recursos materiais, de farmácia. (Entr. 5).

Os coordenadores de equipe assumem um importante papel na equipe, principalmente no estímulo à criação de espaços coletivos para reflexão sobre questões relevantes no processo de formulação e implantação de ações e serviços que venham a contribuir na atenção à saúde com qualidade. No entanto, a capacidade de coordenação e de gestão tem correspondência com as condições objetivas dos serviços, com as distintas concepções do processo saúde-doença e das forças políticas em disputa, que expressam as escolhas que a sociedade faz a cada momento.

As reuniões de equipe foram consideradas pelo conjunto dos sujeitos de pesquisa, principalmente daqueles pertencentes às ESFs, como o espaço coletivo privilegiado para análise do trabalho, organização das atividades e definição de prioridades.

A maioria das EFSs reúne-se semanalmente, devido à falta de profissionais e ao aumento da demanda, e apenas uma delas reúne-se mensalmente, para fechamento de relatórios.

Então eu tive que assumir a coordenação da equipe e assumir todos os pacientes que eram meus e dela (enfermeira em licença) e ainda tem a coordenação da equipe que eu não estou dando conta de fazer. O máximo que eu dou conta de fazer, é a reunião com os agentes comunitários, passar uma coisa mais burocrática, vai ter isso, vai ter aquilo e estão pedindo lista disso [...] (Entr. 4).

Volta à questão das condições de trabalho, que limitam o fazer profissional. Nessa equipe, o quadro de profissionais é bem restrito, uma vez que a enfermeira encontra-se em licença-maternidade e não foi colocado outro profissional para substituí-la e, com os desvios de função dos auxiliares de enfermagem que participam do “rodízio” em outras atividades do CS, praticamente a equipe fica reduzida à médica e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Nas outras três equipes em que um de seus integrantes participou como sujeito desta pesquisa, informaram que as reuniões são semanais, constituindo também em espaço utilizado pela coordenação da equipe para sistematizar

informações e dados para elaboração de relatórios, como demonstra as falas seguintes:

Nós temos um desses horários da semana que é a reunião de equipe, onde todos nós trazemos as diversas demandas, as diversas áreas, os agentes de saúde trazem os seus casos especiais para que eu (enfermeiro) e a médica façamos as visitas domiciliares. [...] Programamos esses grupos, as datas dos grupos, os melhores horários, fazemos os encaminhamentos para que os agentes comunitários visitem e entreguem a convocação para as reuniões, tanto para os idosos, para as gestantes, para as crianças. [...] Nessa mesma reunião, nós traçamos o que é prioritário. As prioridades são escolhidas mesmo conforme a necessidade da população. Se tem uma gestante com problema de saúde mais grave, nós fazemos a visita a ela, nem pedimos para que ela venha ao centro de saúde, então a gente agenda essas visitas. Se tem o caso de algum recém-nascido que não está também tão bem, [...] foco para esses pacientes mais graves. Pacientes acamados, idosos, hipertensos, diabéticos sem controle, os descompensados. Então é esse tipo de prioridade. (Entr. 3).

A gente sempre planeja tudo em equipe. A gente, todo final do mês, quando a gente vai entregar o relatório do (Siab), a gente vê qual é a nossa demanda. Vamos supor, sei que no final do mês tenho 40 gestantes, sei que meu número de pré-natal vai ter que aumentar ou vai ter que diminuir. [...] Depende. Eu tenho algumas prioridades de critério de risco. Por exemplo, está aqui uma lista minha de (puerpera), sei que essas eu tenho que ir, o resto posso deixar para trás, mas essas acabaram de ganhar nenê e preciso estar lá para a gente poder acompanhar. O que define muito também para a gente os grupos de risco é o que vem também do Ministério, por exemplo, sei que gestante para mim é prioridade, não posso deixar passar. Sei que os hipertensos e diabéticos são prioridades, não posso deixar passar. Sei que os pacientes do programa de tuberculose e hanseníase não posso perder de vista, têm que estar comigo. Geralmente, sou eu que faço supervisão de tuberculose e hanseníase. Vem muito com relação ao que está preconizado pelo Ministério, mas também tem um acordo muito grande com a equipe. A equipe, às vezes fala: "Tem paciente assim e assado que não está legal, vamos lá". A gente estabelece muito também conforme a gente conversa, conforme a gente discute mesmo. (Entr. 5).

Já existem os manuais que preconizam assistência para cada grande grupo. No caso de saúde da mulher, nós já temos, por exemplo, a secretaria e o ministério, ele tem o manual de assistência integral à saúde da mulher e tem um manual, a gestante de baixo risco [...] Então, elas são atendidas seguindo um protocolo. (Entr. 6).

Com relação ao profissional da equipe do CS - modelo tradicional, que não exerce atividade de coordenação, as articulações existentes entre os profissionais (médico e enfermeiro), voltam-se para ações com grupos de hipertenso, diabéticos e tabagismo, sendo prioridades, os serviços e as atividades definidas a partir da demanda espontânea.

A gente tenta fazer ações articuladas (enfermeiro e médico) principalmente em relação aos grupos que a gente desenvolve que são os de tabagismo, diabético e hipertenso. A gente vê a prevalência daquilo que vem até a gente e tenta definir ou desenvolver palestras em cima daquilo. (Entr. 1).

No Nasf, segundo os sujeitos da pesquisa, as ações e as atividades são definidas na própria equipe e por meio de reuniões com as equipes de ESF.

A gente tem as nossas próprias reuniões, uma vez por semana, com as pessoas do Nasf. Aí, a gente discute esses casos, discute as nossas dificuldades [...] Prioridade, eu acho que é a partir das reuniões. O que as equipes falam pra gente nesse espaço específico das reuniões a gente vai vendo quais são as demandas que a gente precisa trabalhar mais com a comunidade ou com aquela equipe, ou até um caso que é muito complexo e a gente precisa organizar e ter toda uma organização voltada para tentar resolver aquela situação. (Entr. 2).

No que diz respeito à formulação e implementação dos serviços, assim como a sua organização e definição de prioridades, as falas apontam para um padrão normativo entre equipe e população, com forte tendência ao direcionamento para os problemas emergentes do cotidiano, para características gerais da população, por critério de risco e normativas do Ministério da Saúde. Com menos intensidade, aparece a utilização dos sistemas de informação, como o Siab, citado por apenas um dos sujeitos.

Muito ressaltada nas falas foi a definição de prioridades por meio de critérios de risco. Oliveira e Furlan (2010), ao refletirem sobre a coprodução de projetos voltados para grupos nos territórios, apontam que a noção de risco probabilístico epidemiológico vem orientando práticas cotidianas na atenção básica. Utiliza-se de uma compreensão restritiva de risco, com ênfase no grau de probabilidade da ocorrência de um resultado desfavorável, de uma doença, dano ou de um evento indesejado.

Tal concepção tem suas origens, segundo os atores, na década de 1960, com o conceito de dano, do método de planejamento proposto pelo Cedes/Opas. Serviu de base para as políticas das ações programáticas e na lógica da vigilância à saúde, que, ao utilizar a ideia de controle de agravos como modo de produzir saúde, pauta-se também pela lógica do monitoramento e do controle de riscos.

Para Drumond Jr (2009), o enfoque de risco e o populacional são dois eixos que sintetizam as bases epidemiológicas que contribuem na organização e nos serviços de saúde. O enfoque de risco constitui uma estratégia amplamente disseminada, principalmente pela sua capacidade de racionalizar recursos escassos e deriva da constatação de que diferentes grupos populacionais apresentam riscos diferenciados de danos à saúde por consequência de características, exposições individuais e/ou circunstâncias sociais.

O critério de risco, no entanto, vem sendo foco de constantes críticas, das quais concordamos, com destaque para Drumond Jr (2009): sua hegemonia como estratégia única de abordagem epidemiológica nos serviços de saúde, pela

supervalorização dos riscos individuais na abordagem, por “estimular serviços de saúde pública verticais, específicos e especializados, desarticulados da participação popular [...] com pouca contribuição para desenvolver serviços permanentes de saúde para a população geral [...]”. (DRUMOND JR, 2009. p. 426)

Oliveira e Furlan (2010), mesmo considerando o valor do enfoque de risco no direcionamento dos esforços e dos recursos tecnológicos da saúde, avaliam que tal enfoque, por deter-se apenas nas que são médias regularidades, apresenta-se muito reducionista, uma vez que não “confere discernimento suficiente sobre os contextos singulares”. (OLIVEIRA e FURLAN, 2010, p. 251).

Associadas a essa ideia de risco, encontram-se as ações verticalizadas, programadas e voltadas para determinados indivíduos e grupos “portadores” de determinada doença e/ou indivíduos e grupos a ela expostos. Para Paim (2008), a atuação direcionada para certos agravos e riscos, ou determinados grupos populacionais, expressam um modelo de atenção que não garante integralidade e não inclui determinantes mais gerais de situação de saúde, de modo que mantém a essência do modelo sanitarista.

Uma simples consulta ao site do Ministério da Saúde pode ser suficiente para constatar os problemas desse modelo. São dezenas de programas e projetos, quase um para cada doença considerada relevante ou para grupo populacional reconhecido como prioritário ou capaz de exercer pressão política. É uma pulverização de recursos e de atividades [...], propiciando conflitos desnecessários em instituições, estabelecimentos, serviços e equipes de saúde diante das verbas carimbadas e das dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde. Assim, tem-se os programas de Aids, hipertensão, tuberculose, diabetes, hanseníase, saúde mental, saúde bucal, saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto, do trabalhador, do idoso etc. (PAIM, 2008, p. 559).

A priorização no enfoque de riscos e em programas e projetos verticalizados, presente na fala dos sujeitos, nos leva a pensar que programas com garantia de financiamento pelo MS induz a realização de ações de saúde na atenção primária ou não e dá à saúde um viés reducionista, de modo que, tendo a doença como centro, esquece-se a existência do sujeito e da realidade vivenciada.

Nesse sentido, a partir da fala dos sujeitos nos questionamos: A realização dos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, e outros, é construída a partir das

necessidades de saúde locais ou por que o serviço tem metas a alcançar para o recebimento de recursos? A exemplo do Dia da Mancha (hanseníase) será que se identificou na e com a realidade local a necessidade de uma ação de campanha sobre essa temática, ou apenas seguiram-se normativas do ministério? Será que um dos impedimentos do indivíduo com hanseníase em participar do Dia da Mancha não seria o preconceito da sociedade com o mal? Será que, nesse caso, o serviço de saúde não deveria utilizar-se de outra estratégia de intervenção?

Não se desconsidera a importância de ações voltadas para determinados indivíduos e grupos populacionais, como hipertensos e diabéticos, mesmo porque dados epidemiológicos (aqui também valorizamos o uso da epidemiologia nos serviços de saúde) demonstram as altas taxas de prevalência dessas patologias em indivíduos e grupos populacionais. Mas nos chama a atenção a supervalorização dos programas predeterminados, e a potência adquirida por esses no cotidiano dos serviços, o que impede os profissionais de terem um olhar sobre sujeito e a realidade vivenciada e, por conseguinte, uma imersão na realidade. No enfoque em programas e nos riscos, o indivíduo é visto pela doença, é o hipertenso, o diabético, o “portador” de algo, ou o que o torna diferente para o conjunto da sociedade, o louco, o drogado. Ou seja, os programas têm relação muito maior com a doença do que com os sujeitos, os indivíduos.

É como nos diz Martinelli (2006),

É impressionante constatar como o econômico invade as relações sociais e como certas práticas retiram cidadania dos sujeitos, fragilizando a sua já frágil condição humana. Não dialogam com os sujeitos em sua plenitude, desconsideram a sua consciência política [...] (p. 3).

Nesse sentido, é importante mencionar a potencialidade da APS no processo de compreensão do processo saúde-doença, vista a sua possibilidade de imersão no contexto da vida das pessoas e de perceber como se revelam as múltiplas determinações das condições de vida e trabalho dos sujeitos e suas expressões no campo da saúde. Enquanto o determinado, o padronizado, o burocratismo dos serviços predomina, numa realidade deglutida, oculta-se o viver dos sujeitos, sua história, seu sentir, seus sofrimentos e esquece-se que:

É na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos que as determinações conjunturais se expressam. Portanto, assim como precisamos saber ler conjunturas, precisamos saber ler também o cotidiano, pois é aí que a história se faz, aí é que nossa prática se realiza. (MARTINELLI, 2006⁸⁸ p.5).

A epígrafe deste capítulo expressa a necessidade dessa aproximação, dessa imersão na realidade cotidiana, expressa na voz de um dos sujeitos do segmento dos usuários. Esse mesmo sujeito, ao falar da participação da sociedade nas questões relacionadas à saúde, coloca a dificuldade de relação entre população/comunidade e equipe de saúde, que perpassa também pela forma como o profissional se dispõe ou não para essa inter-relação.

Uns (profissionais) aceitam e outros não aceitam. Uns falam “não vou para a sujeira, vou ficar aqui, me formei”. Outros “eu gosto, vamos lá”. (Entr. 12).

Torna-se mister a compreensão da dinâmica da vida das pessoas, das relações sociais presentes no cotidiano, num entrelaçamento, como proposto por Martinelli (2006), entre estrutura, conjuntura e cotidiano, uma vez que as determinações conjunturais se expressam na vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos. Nesse sentido, o despojar dos preconceitos e a abertura para diferentes formas de olhar a realidade, nos remete a repensar nossas posturas não somente como profissionais, mas também perante a vida, uma vez que nos construímos como sujeitos sociais na história e, portanto, nesse processo vivido.

Partirmos de ideias preconcebidas que consideramos portadoras de verdade, não escutamos adequadamente as falas da população, não nos atemos aos seus discursos, e não nos abrimos a compreender o modo como operam seus saberes. Colocando nossos conhecimentos científicos como centro do processo de trabalho, e não a vida dos sujeitos, estaríamos construindo modos de operar o trabalho em saúde que se desconectam da realidade vivida pelas classes populares. (LACERDA & VALLA, 2005, *apud* GOMES e MERHY, 2011, p. 14).

⁸⁸ A autora reflete no artigo, as relações entre o Serviço Social e o projeto ético-político hegemônico da profissão, apontando importantes aspectos que entendemos que contribuem também na discussão do processo interventivo de outras profissões e em diferentes espaços de intervenção social, como aqui utilizado no campo da saúde.

A valorização da realidade social vivenciada pelos sujeitos, no entanto, não se descola dos nexos ontológicos na totalidade da vida social. Nos chama a atenção a intensidade da dificuldade de ler esse cotidiano, com suas contradições e conflitos, inclusive na utilização de ferramentas já propagadas no campo da saúde, que ainda não foram incorporadas no serviço. A exemplo do diagnóstico de saúde, que apenas um dos profissionais entrevistados mencionou, e para expressar a dificuldade de realizá-lo, diante das frequentes mudanças de área e falta de profissionais,

Por isso que, em 2009, toda tentativa que nós fizemos de levantar o diagnóstico não pôde ser concretizada. Porque sempre estava havendo mudança de área e também a dificuldade que eu encontro hoje é que eu tenho duas agentes de saúde para fazer todo o cadastro da área da equipe. (Entr. 10).

Pelo que foi repassado em conversas após as entrevistas, nenhuma outra equipe de ESF realizou diagnóstico de saúde e apenas diagnóstico preliminar foi realizado com a UnB, Departamento de Saúde, diagnóstico esse aqui utilizado como referência para caracterizar o campo de pesquisa.

Para Marsiglia (2006), um diagnóstico mais preciso sobre a realidade, permite chegar-se a propostas de ação mais adequadas às necessidades, que devem ser acompanhadas durante o processo de implantação e avaliadas em seus resultados para o re-planejamento.

O uso inexpressivo do diagnóstico de saúde pelas equipes de saúde vem acompanhado da dificuldade de utilização da ferramenta do planejamento na organização dos serviços. Dentre os sujeitos de pesquisa, apenas a gestora referiu-se ao processo de planejamento, ao mencionar a experiência do colegiado gestor e um dos profissionais da ESF citou a tentativa sem sucesso de envolvimento da população no planejamento da equipe:

Além desses protocolos, nós temos um grupo de colegiado gestor que ajuda a tomar as decisões dos gestores, e nos reunimos uma vez a cada 15 dias ou uma vez ao mês. Nesse grupo, nós reunimos um representante de cada equipe do PSF, um representante do Nasf e um representante do Centro de Saúde. Junto com esse grupo, são levantadas questões, assim, problemáticas, que são levantadas e tentamos resolver juntos. Essas prioridades normalmente são elaboradas dentro do planejamento, no momento do planejamento, que é solicitado pelo diretor. Então, anualmente, a gente elabora um plano de trabalho para o ano todo. Dentro desse plano de trabalho, nós temos uma reunião, onde é feita com o colegiado gestor, para elaborar quais são nossas prioridades a serem resolvidas durante o ano, [...] e durante o mês nós elaboramos um pequeno protocolo que nós temos que nós seguimos quanto à questão dos problemas levantados [...], quanto tempo a gente gasta para

resolver esses problemas e se ele pode ser resolvido no médio, curto prazo ou longo prazo. [...] a gente planeja, no sentido de atendê-los. (Entr. 6).

A gente tentou o planejamento mesmo, mas não deu muito resultado, veio uma pessoa só e ele participou do planejamento. A gente tem um planejamento anual, a gente manda tudo o que a gente tem que fazer durante o ano. A gente vai avaliando a cada 2 ou 3 meses, o que a gente está conseguindo fazer. A gente não conseguiu muito sucesso não e a gente desanimou um pouco por conta disso. (Entr. 5).

Considera-se a utilização do planejamento na organização dos serviços por meio de colegiado gestor um importante espaço e que precisa ser valorizado e ampliado. Parece-nos que o planejamento ainda volta-se para a elaboração anual de plano de trabalho, e as discussões realizadas mensalmente, se desdobradas e pensadas de forma que oportunizem uma gestão democrática e participativa, poderão contribuir para potencializar e qualificar os serviços realizados.

Nesse sentido, ainda persiste como nos coloca Scherer (2006):

[...] a dificuldade de utilizar o planejamento como ferramenta de gestão do cotidiano do trabalho, ele ainda se configura como algo apenas normativo, distante da prática, “sem vida”. Contribui para isso, entre outros, a falta de continuidade de processos de planejamento que são iniciados, bem como a falta de espaços instituídos para planejar, elementos esses relacionados à gestão do trabalho em saúde. (p. 166).

Marsiglia (2006) chama a atenção sobre a participação ativa dos profissionais em processos de diagnóstico e planejamento, na medida em que oportunizam, recomposição da totalidade dos processos de trabalho em que os mesmos estão envolvidos nas instituições, tornando sua própria prática menos fragmentada, repetitiva e desligada de suas finalidades. Para a referida autora:

O trabalho se torna mais significativo para os profissionais à medida que eles dominam os processos de trabalho como um todo, contribuem e participam das decisões. Reunir os momentos de observar, planejar, executar, avaliar e reformular as propostas para a ação prática, permite re-significar o processo de trabalho e a prática profissional, bem como produzir um novo saber profissional. (MARSIGLIA, 2006 p. 386)

Contudo, temos um quadro não muito propício ao uso de ferramentas de diagnóstico e de planejamento, que, por conseguinte desdobram-se nas dificuldades de construção de estratégias participativas na APS.

O distanciamento do serviço de saúde com a realidade local, com a população, ainda é muito marcante. Apesar do esforço da equipe de saúde, dos profissionais e gerentes, há um conjunto de fatores, circunstâncias e condições que marcam a construção de um serviço descolado dos sujeitos, da realidade, com poucos espaços coletivos de debates e encontros com sujeitos sociais populares. Assim, um dos sujeitos do segmento dos usuários expressa a necessidade de aproximação e inter-relação entre serviço e população.

Acho que precisa de mais transparência, né. Saber o que a comunidade quer e saber o que os trabalhadores querem. Às vezes, a população vai ao hospital e ele é maltratado. E, às vezes, o funcionário da rede pública é maltratado pelo usuário. Com essa transparência de ambas as partes, o diálogo vai ser mais fácil, né. Às vezes, o próprio funcionário não tem telefone, não tem internet, não tem como se comunicar com o órgão superior e fica falho. A comunidade está lá esperando uma consulta, está nas mãos dele e ele não está fazendo. (Entr. 12).

Um dos profissionais assim expressou essa necessidade de aproximação:

A experiência da minha equipe, é que é uma equipe muito aberta. O que a comunidade chega a propor a gente tenta atender. Mas realmente a comunidade não é tão atuante a ponto de tentar... e também pode estar faltando um pouco da nossa equipe de estar perguntando o que a comunidade quer. (Entr. 3).

A insuficiência de serviços, as condições inadequadas de trabalho geram descontentamento, indignação e desmotivação de ambos os lados, profissionais e população. Os sujeitos da pesquisa usuários, representantes de segmentos organizados, em alguns momentos, em seus relatos, demonstram a valorização da equipe.

Tem médico que tem a vontade. A doutora (...) é a melhor doutora que tem. A gente precisa de mais profissionais que gostem e que, junto com ela, façam as coisas. (Entr. 12).

Os sofrimentos, a miséria, a falta de acesso às condições, as necessidades mínimas de sobrevivência do ser humano, acompanhado de um serviço de saúde que não atende a todos, sem cobertura para toda a população, desperta um sentimento de indignação e, ao mesmo tempo, de descrédito.

A população quer que mude alguma coisa para melhor, nós estamos vendo que está muito longe, é uma luz no fim do túnel, essa esperança.[...] tanta reunião que nós fizemos, nunca resolveu nada, é igual agente de segurança, mas nunca resolve, fica na mesma. Na saúde também é a mesma coisa, a gente faz reunião, dizem que vão fazer, mas não acontece. (Entr. 9).

Como vimos em capítulos anteriores, na história da construção da APS no DF, com os diferentes arranjos no percurso, é marcante a cultura paternalista, assim como a inexpressiva participação social. E algumas iniciativas, quando ocorrem, vêm acompanhadas por necessidades imediatas e, em sua maioria, fundamentais para a sobrevivência das pessoas. Por falta de respostas do poder público, no tempo e na maneira como a população e os profissionais propõe, reivindicam, leva a um sentimento de imobilidade ou, talvez, de indiferença, e esta é feroz, como já cita Forrester (1997): “a indiferença é feroz. Ela constitui o partido mais ativo, e certamente o mais poderoso”. (p. 41).

5.3 EXPRESSÕES DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NA APS NO ITAPOÃ – DF

No conjunto das falas dos sujeitos da pesquisa, a participação da sociedade aparece numa perspectiva mais instrumental, voltada para os cuidados primários em saúde, nas ações concretas do serviço, como apoio e adesão ao que foi planejado e proposto pelos profissionais, equipes e gestor, com fins de legitimação das decisões técnicas.

Como dito, há inexpressiva inserção dos profissionais, das equipes de saúde, na realidade local e, por conseguinte, há também inexpressiva participação da sociedade no debate, nas lutas em torno da saúde e na reorientação das práticas cotidianas de atenção à saúde.

Fez-se recorrente, nas falas, a perspectiva de participação em saúde voltada para a adesão dos usuários nas ações planejadas e realizada pelos profissionais/equipe de saúde.

O compartilhamento da população nos programas e ações no âmbito da saúde é recorrente na história da política de saúde, principalmente nas práticas de saúde pública de âmbito coletivo, a exemplo do controle de endemias, tanto na prevenção, como nos estágios de consolidação e vigilância (ACIOLI e CARVALHO, 1998; DIAS, 1998). Alguns autores denominam esse tipo de participação como “comunitária”. Carvalho (1995) a distingui da participação popular e da participação social⁸⁹, identificando-a como voltada para a adesão, o assentimento e a presença voluntária das pessoas nos programas e ações de saúde. Para o autor, essa modalidade de participação se fez presente na política de saúde, no Brasil, na década de 1950, sob conteúdos diversificados, a depender do contexto e dos sujeitos presentes.

No âmbito da pesquisa realizada, essa foi a modalidade de maior expressão de participação no âmbito da APS. Como os serviços se colocam ainda num enfoque voltado para programas e serviços, em sua maioria previamente determinados, tendem a proporcionar uma perspectiva participativa muito limitada e reduzida à utilização dos serviços, na adesão ao que é oferecido à população.

⁸⁹ Discussão já expressa em capítulos anteriores.

Nesse sentido, a participação da sociedade volta-se para uma ação individualizada, seja nos atendimentos individuais (principalmente nas consultas), nos grupos e/ou nas campanhas. A participação da sociedade se dá por meio da utilização e adesão aos serviços oferecidos pelo CS/PS, para dar funcionalidade aos programas disponibilizados, na busca de informações, na possibilidade de opinar e dar sugestões, no autocuidado, empoderamento do usuário. Aparecem também nas entrevistas o ACS e a UnB (Pró-Saúde e PET-Saúde) como interlocutores no processo de participação em saúde, assim como a participação por meio da rede social e do conselho de saúde.

5.3.1 Atividades grupais e campanhas educativas

Nos grupos, para a maioria dos sujeitos, a participação ocorre por meio de sugestões de temáticas pelos participantes, como relata um dos sujeitos:

Normalmente, por exemplo, no grupo de climatério, terminou o grupo (e pergunta-se): "E aí, o que vamos fazer para o próximo encontro?", "a gente quer isso", entra em votação para ver o que ganha. Tem uma lista reserva porque, às vezes, tem mais gente querendo. Aí a gente vai tentando montar, sempre conforme o que eles estão pedindo. [...] Às vezes, o que é interessante para mim não é interessante para o outro. O que eu quero às vezes o outro não quer. Todos os grupos nossos são assim, os adolescentes são assim, eles escolhem os temas. (Entr. 5).

Interessante observar as estratégias utilizadas e o empenho de alguns profissionais em envolver os usuários na realização da atividade. Aqui, a participação ocorre por meio da organização conjunta da atividade:

[...] a gente começou pedindo que eles participassem dessa construção, ou seja, tem que pesquisar um tema, dou uma função para cada um: "Vamos falar sobre o câncer de mama", então, você vai ver como estão os dados de câncer de mama no mundo, eles trazem revistas e a gente começa a discutir com relação a isso, para eles poderem participar, se não vira palestra. Não gosto disso. É mais uma conversa. "Você vai trazer uma dinâmica legal para a gente brincar na próxima semana", gosto de fazer um aquecimento. Eles trazem uma dinâmica. O adolescente adora fazer isso, eles começaram a participar. Os idosos têm um pouco mais de dificuldade. [...] a gente consegue puxar mais um lanche para trazer para confraternizar, uma mensagem para trazer, têm uns que escrevem e trazem os textinhos que eles escreveram para apresentar para os outros. (Entr. 5).

Para outros profissionais sujeitos da pesquisa, há temáticas pré-definidas e que são necessárias diante da "falta de informação" das pessoas sobre a "doença".

Após esse primeiro momento de repasse de informações, abre-se para a participação dos presentes na definição de temas:

Essas primeiras reuniões ficam pré-definidas nisso, porque a gente já percebeu que eles não têm noção de nada, é a deficiência maior deles. Mais direcionado à mudança de hábito de vida e autocuidado, tem que ter uma mínima noção para poder mudar um pouco o contexto e eles poderem mudar, conscientização. Depois, a gente vai trabalhando o que eles querem saber, a gente deixa livre também, querem saber sobre o quê? Faz um encontro grande com eles e eles dão o tema. (Entr. 1).

Já para outros profissionais, determinados grupos específicos, não há possibilidade de o usuário participar com sugestões e opiniões, uma vez que consideram que o trabalho já está consolidado e seguem o protocolo criado. Nesses grupos, a participação é feita por meio da adesão do usuário.

No grupo das crianças, por exemplo, nós estamos programados para segunda-feira. Programamos as faixas etárias, esse grupo vai ser de 1 a 3 meses, primeiro trimestre de vida. Então, nós vamos focar os principais problemas de saúde ou caráter educativo mesmo de saúde nessa faixa etária. Incentivo à amamentação, os cuidados de higiene desse recém-nascido, tirar as dúvidas que as mães tenham e o que não seja atendida, incentivar a vacinação, orientar quanto aos principais ganhos da amamentação e da vacinação. Quanto à gestante, dependendo de cada trimestre da gestação, se é uma reunião de primeiro trimestre, nós vamos focar aquelas modificações gravídicas, o processo inicial da gestação, a importância dos exames. No segundo trimestre, nós vamos dar um enfoque ao crescimento do útero, o tamanho do bebê, as modificações do segundo trimestre. No terceiro trimestre, a gente vai orientar aos sinais de parto, como ela pode estar agindo em uma emergência, quando procurar e como procurar o serviço de atendimento de emergência móvel ou a emergência, ou se é apenas um susto e ela vem e procura o assistente de saúde. No grupo de hipertensos e diabéticos, as orientações principais são alimentares, controle de verificação de PA, de glicemia semanal. (Entr. 3).

Hoje esses grupos estão praticamente consolidados, o planejamento familiar geralmente eu faço, eu dou a palestra de acordo com a clientela que eu recebo. Geralmente eu só mudo alguma coisa quando vem algo novo que precisa ser dito, aí, tanto os colegas em reunião sempre avisam: “Olha, tem algo novo para chegar que a gente pode estar falando com os pacientes”. Mas, fora isso, já está tudo tão consolidado, já está tudo tão certinho porque quando o paciente entra para o doutor (...) atender a primeira pergunta é: Você gostou do planejamento familiar? Foi bom? O que você aprendeu? Então, existe esse link. Então, se eu tenho uma falha lá fora, ele já pega a falha aqui dentro e ele me repassa, então, acaba que não tem muita mudança. O grupo de gestante já existe no protocolozinho com vários temas e dentro desses temas sempre obviamente as mulheres têm alguma dúvida então a gente acaba aprendendo, passando mais informações. Então, não têm muito que atualmente ficar mudando nem conversando demais, porque determinadas coisas não mudam assim com tanta rapidez. (Entr. 10).

Alguns sujeitos também mencionaram a participação das pessoas por meio da utilização dos espaços das entidades locais para realizar grupos e oficinas. Por não disporem de espaço físico no CS e no Posto de Saúde, a utilização de equipamentos sociais locais, além de oportunizar atividades grupais e oficinas, aproxima os profissionais/equipe de saúde e população.

Grupos de gestantes, grupos de idosos, todos esses grupos. A gente procura um espaço dentro da comunidade que possa acolher essa campanha, esse grupo, porque a gente acha que a comunidade se sente mais à vontade e é mais próximo, é do lado da casa deles. (Entr. 3).

Temos assim algumas parcerias para a utilização, principalmente dos espaços públicos que estão dentro do Itapoã, porque nem sempre nós temos espaço suficiente para desenvolver atividades aqui dentro do centro de saúde. Então, nós utilizamos algumas igrejas, nós utilizamos um espaço que fica na administração [...] (Entr. 6).

Nas campanhas educativas, a participação é vista tanto pela adesão na ação realizada com fins de busca de informação para prevenção da doença, como na colaboração na atividade, ou quando realizada pela própria população ou administração local, com a liberação de profissionais, como se observa nas falas seguintes:

Atualmente teve uma feira de saúde no dia das crianças, que eu não estava aqui, mas eu tenho quase certeza que teve uma organização onde a comunidade participou com doação, eles têm doação de brinquedos. (Entr. 3).

A gente tenta mobilizar com as datas do ano, como a saúde pública trabalha. Como a gente trabalhou o Dia da Mancha, passamos o sábado aqui, mas a procura é muita pequena [...]. (Entr. 1).

[...] quando eles desenvolvem feiras, a gente sempre encaminha um profissional, um grupo de profissionais para participar das feiras livres, feiras que são feiras de saúde, feiras de educação, que são desenvolvidas aqui no Itapoã com crianças, adolescentes; pessoas de todas as idades participam dessas feiras aos finais de semana. Então, nós sempre fornecemos profissionais para participar dessas feiras, inclusive dentistas para dar palestra sobre saúde bucal, escovação, fornecimento de escovas dentais, pastas, kits para adultos, crianças, nós fornecemos profissionais para verificação de pressão nas feiras que eles desenvolvem. (Entr. 6).

Aqui, novamente se entrecruza a perspectiva de saúde, o modelo de atenção hegemônico adotado, associados a uma formação profissional que, substanciada nesse modelo para responder às exigências econômicas e do mercado, não oportuniza uma base de conhecimentos para compreender e intervir no âmbito da saúde, a partir também da dinâmica vivida, dos interesses e saberes das classes subalternas. Ainda é predominante a imposição do saber técnico, o enfoque no padronizado, a prática educativa por meio do grupo com bases mais formais. Porém, tais questões não devem ser analisadas pela ótica da responsabilização e culpabilização dos profissionais. Aliás, se pensarmos nas condições objetivas para o desenvolvimento do trabalho, veremos que há um esforço e um comprometimento da maioria desses profissionais, como já sinalizado.

Para Vasconcelos (2009), a ciência que orienta a prática dos profissionais de saúde é limitada, pois desconsidera a totalidade da dinâmica da vida. De modo que, para o autor:

Uma prática educativa mais formal pode ser a saída para se iniciar aproximação do profissional com o mundo da cultura popular, possibilitando outras ações posteriores que, progressivamente, se tornaram mais abertas ao ritmo e aos interesses locais. Mas, muitas vezes, as práticas educativas formais são tão rígidas que não criam espaços de questionamento e aprendizado do técnico envolvido. (p. 71).

O descompasso entre o saber técnico e o saber popular, entre práticas de saúde descontextualizadas das dinâmicas sociais, culturais e políticas do processo saúde-doença das populações, tem sido tema de debates e estudos, principalmente no campo da educação popular em saúde⁹⁰.

A educação popular em saúde, em contraposição à perspectiva da educação em saúde, como mudança de hábitos individuais para evitar doenças, parte do reconhecimento do saber dos sujeitos, de modo que:

A Educação Popular é um saber importante para a construção da participação popular, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. (VASCONCELOS, 2004, p. 79).

Reconhecer os usuários e suas organizações sociais populares como sujeitos, protagonistas e interlocutores implica também novos modos de agir, de construir as ações cotidianas. Concordamos com o autor que uma prática educativa inicialmente mais formal poderá contribuir numa aproximação do profissional com a cultura local, se considerarmos os limites institucionais, de formação e a cultura

⁹⁰ A exemplo das contribuições de Vasconcelos (2004; 2010); Valla, (1992); Gomes e Merhy, 2011. Autores como Vasconcelos e Valla apresentam vasta obra sobre a temática.

política tradicional. No entanto, a adoção de ações e serviços de saúde que contemplem a perspectiva da educação popular em saúde, não somente nos grupos, mas também em outras estratégias de intervenção, requer muito além da vontade, do querer dos profissionais, que também é necessário.

Mas, acima de tudo, importante se faz uma política de formação permanente que venha ao encontro dessas necessidades, para garantir o saber-fazer numa perspectiva ético-política consistente para não cair nas amarras da psicologização do social e de um solidarismo voluntarisco, presentes em algumas propostas que se dizem voltadas para a perspectiva de educação popular em saúde. Como também requer vontade político-administrativa para garantir o poder-fazer, as condições reais, objetivas para o desenvolvimento do trabalho. Além, é claro, do querer-fazer, uma vez que tais ações dependem também da vontade dos diferentes sujeitos envolvidos.

5.3.2 Autocuidado e empoderamento do usuário

Presente na fala dos sujeitos da pesquisa profissionais de saúde foi a referência da participação da sociedade na APS vista como autocuidado e forma de empoderamento dos usuários. A ideia de empoderamento está mais voltada para a perspectiva individual, não aparecendo o empoderamento comunitário como preconizado na política de promoção da saúde. A participação aqui se direciona para garantir eficácia e sucesso da ação desenvolvida, bem como ação individual para prevenir enfermidades.

(A participação) É mais no próprio grupo mesmo, só que eles é que procuram a gente. Os que vêm pra gente a gente tenta trabalhar a mudança do hábito de vida. Esse é o nosso foco. O que isso envolve? Inserir numa atividade física, ver a questão clínica, laboratorizando, fazer esse checke geral no paciente, os hábitos alimentares e falar sobre a questão dos medicamentos, porque eles não sabem tomar a medicação, tomam o do vizinho quando o seu acaba e aí a gente foca muito em como tomar, a importância, a dose. (Entr. 1).

No PSF e aqui, a gente tenta, eu e o (médico), a gente tenta dar o empoderamento ao paciente, nós buscamos fazer uma terapêutica, sem que a gente tenha que dizer para o paciente que ele tem que fazer. Nós buscamos conscientizá-lo [...] não é só chegar para a mulher e falar que você tem que amamentar seu filho até seis meses de idade só com leite materno. Não basta só isso, tem que saber da família dessa mulher. Eu e o (médico) estamos tentando dar esse poder, mas o que nós percebemos é que as pessoas ainda são moldadas desde pequenas a obedecer ao que nós falamos e isso é construir, mas fazendo a desconstrução já de um perfil que a pessoa tem. (Entr. 10).

A discussão em torno do autocuidado não é algo novo nos debates na área da saúde. A predominância ao longo do tempo foi de uma perspectiva do autocuidado voltado para mudanças de hábitos comportamentais para a adoção de estilos de vida saudáveis. Mais recentemente, novas configurações e novos debates vêm se colocando nos marcos das políticas de humanização da atenção à saúde (HumanizaSUS), da política nacional de promoção da saúde e da política de atenção básica à saúde.

Nessa direção, para elucidar caminhos atuais do debate, enfatizaremos a proposta de participação habilitadora em Machado, Vieira e Neiva (2010), que tende a uma perspectiva instrumental e reducionista e a proposta da clínica ampliada, sugerida por Gastão Wagner de Souza Campos. Esta última tem sido ponto de destaque nas discussões atuais.

A participação habilitadora em Machado, Vieira e Neiva (2010) é entendida como um processo que leva à autonomia e à emancipação do usuário, construída por meio de um processo educativo ascendente, por meio do estímulo à participação do usuário para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para agir na promoção da saúde, seguindo as seguintes fases: primeiro, o indivíduo aprende a cuidar de si; segundo, aprende a cuidar da família; terceiro, aprende a olhar o entorno; e, por último, aprende a exercer a cidadania.

Em Campos (2007b, 2010, 2009), temos o conceito de clínica ampliada e compartilhada, conceito este que vem sendo discutido por vários autores (dentre eles, Cunha, 2005; Coelho, 2010), numa proposta de participação do usuário ao concebê-lo como sujeito. No debate de Campos sobre diretrizes organizacionais para a ABS, o autor também aborda a participação no gerenciamento (co-gestão), mas que não será enfoque tratado neste item.

A ampliação da clínica em contraposição à tradicional (reduzida ao enfoque biomédico, com ênfase na doença, enfermidade, desconsidera as dimensões subjetivas e sociais dos indivíduos), parte de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, desloca-se da ênfase na doença para o sujeito, de modo que propõe respeitar a singularidade do sujeito.

A ampliação da clínica pressupõe a “combinação” entre a “objetividade” da clínica e da epidemiologia com a “singularidade” da história dos sujeitos, grupos e coletividades”. (CAMPOS, 2009, p. 68). Nessa direção, para além dos riscos biológicos, do diagnóstico de sinais e sintomas, incorpora aspectos subjetivos,

dificuldades, rede de relações, capacidade de autocuidado, ampliando as possibilidades de ações, como no autocuidado dos sujeitos e a co-construção de autonomia, entendida como “capacidade de expressar desejos e compor contratos ou redes com outros”. (CAMPOS, 2009, p. 75).

Nessa perspectiva, a ampliação da autonomia dos usuários passa pela capacidade de cuidar melhor de si e também dos outros (reconstrução da rede de vínculos do sujeito sobre cuidado), de modo que o autor considera que o autocuidado é apenas uma das dimensões do sujeito autônomo. O empoderamento, como linha de intervenção para aumentar o poder do usuário, ainda que seja um dos elementos importantes, Campos (2009) considera que não é suficiente para assegurar ampliação da capacidade de reflexão e de ação dos sujeitos, uma vez que o desafio se coloca na capacidade das pessoas de construção e apropriação desses espaço de poder.

A reformulação do trabalho em saúde, proposto então por Campos (2009, 2010, 2007b), defende o aumento do poder de cada usuário, individual ou coletivamente, de modo que sua metodologia depende, “da participação do usuário tanto no diagnóstico quando no processo terapêutico, depende da instituição de mecanismo de compartilhamento da clínica”. (CAMPOS et al, 2010, p. 138).

Dentre os aspectos operativos e filosóficos da clínica ampliada, cabe destacar o apoio matricial⁹¹, presente em alguns depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

O que a gente tenta fazer aqui, mas que é muito difícil, é a gente tentar vincular e fazer reuniões periódicas com as equipes e, nessas reuniões, as equipes encaminharem seus pacientes e buscar essas especialidades que tem no Nasf e aproveitar para os seus pacientes de cada área. Essa forma de aproveitamento seria em atendimentos compartilhados, em atendimento grupal, e às vezes em matriciamento para a equipe ou para a população. Então, assim, a proposta é essa. Só que é bem difícil a adesão da equipe a essa nova proposta da gente do não atendimento ambulatorial. (Entr. 8).

⁹¹ A proposta do apoio matricial em saúde, formulado inicialmente por Gastão W. de S. Campos, “objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais”. (CAMPOS e DOMITTI, 2007b, p. 399-400).

Eles chamam de matriciamento também o que a gente faz. Algumas questões que eles não conseguem lidar no dia a dia ou, então, uma demanda que para eles vêm a ser muito recorrente, que eles querem trabalhar de alguma maneira, aí eles pedem o nosso apoio. (Entr. 2).

Sem entrar no mérito da proposta da clínica ampliada e compartilhada, nem tampouco no apoio matricial (que, segundo o depoimento, tem tido dificuldade de operacionalização), reconhece-se o avanço conceitual da proposta, do modo como expande a perspectiva de participação do usuário ao concebê-lo como sujeito, indo além do autocuidado nos moldes da mudança de hábitos e do empoderamento como poder em si.

No entanto, importante é manter-se atento aos desdobramentos da proposta, se considerarmos as condições objetivas de sua implementação, em relação às ameaças presentes na garantia do direito humano à saúde. No que se refere ao objeto desta tese, a participação sob o viés da autonomia do sujeito, de valorização das intersubjetividades, não deve sobrepor ou dissociar-se das múltiplas determinações da totalidade social, pois cabe lembrar, conforme Simionatto (2009):

Que no debate marxista a compreensão da objetividade histórica não se reduz à esfera da produção, na medida em que essa também abarca a reprodução das relações sociais entre os homens. Tais relações, se abordadas de um ponto de vista histórico-ontológico, não deixam de incluir os processos singulares dos indivíduos sociais, embora nunca desvinculados da historicidade que os fundamenta. (p. 94).

A participação vai além dos cuidados de saúde, vai além do autocuidado, da autonomia do sujeito por si só e muito além de uma participação habilitadora, que se apresenta de forma instrumental, desconectada do conjunto do processo social da saúde-doença e, por conseguinte, tende para a responsabilização e culpabilização do usuário. O entrelaçamento da dimensão política a qualquer iniciativa participacionista é fundamental, para o exercício e a partilha de poder, a politização das relações sociais e, como tal, o fortalecimento da sociedade civil e aprofundamento da democracia. Fora isso, sob o signo de “novas modalidades”, oculta-se o mau funcionamento dos serviços públicos, o descompromisso dos governos, a desresponsabilização estatal e a reatualização da manipulação das necessidades, dos recursos públicos, superdimensionando a responsabilidade

individual dos sujeitos, como se, “ter” saúde, dependesse apenas de uma “vontade” individual.

5.3.3 Rede social de Paranoá e Itapoã

Presente na fala de alguns sujeitos foi a participação social por meio da Rede Social do Paranoá e Itapoã, onde se desenvolvem trabalhos integrados entre segmentos governamentais e não governamentais.

Essa rede ela é formada por vários atores tanto governamentais quanto não governamentais. [...] E aí todos os órgãos que trabalham de alguma forma com a comunidade, com as pessoas, são envolvidos, são convidados a participar da rede, e, aí, muita gente vai. Por enquanto, a rede está bem estruturada, tem participação de todos os segmentos, segurança, educação, saúde, movimento social e organizações não governamentais. Tem bastante gente participando, eles fazem algumas ações, dependendo do que é prioridade no momento, das demandas que surgem na comunidade. Fizeram um seminário no ano passado da rede social, discutiram questões como creche, porque aqui falta muito. [...] E aí tem esse seminário que você viu da história do Paranoá também para mobilizar a população no sentido mais político da coisa. E aí eles vão fazendo várias ações articulando também politicamente, coisas que estão mais urgentes dentro da comunidade. É uma rede integrada. [...] É também através da rede que tem esses espaços políticos que a gente participa, que tem a participação da população e lá eles colocam muitas coisas que a gente vai pegando em ambas as demandas. (Entr. 2).

Existe aqui um trabalho de rede social [...] São várias associações, pessoal da escola, pessoal da saúde, as ONGs, ela se reúnem uma vez por mês lá no Paranoá, lá no centro comercial. Aí se discutem essas relações, como está a formação dessa rede, inclusive tem a assistente social que é a (nome), ela fica no Hospital do Paranoá e ela é uma das grandes representantes daqui da secretaria. Existe essa rede, as pessoas se reúnem, discutem coisas sobre encaminhamento, sobre dificuldades, sobre como é que a gente pode estar ajudando. A gente recebe esses pacientes que vêm por intermédio dessa rede social para a gente poder estar dando suporte [...]. (Entr. 5).

Muito se têm falado em redes, nos últimos tempos, com diferentes usos e abordagens. Fala-se de redes de atenção à saúde⁹², “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010). Redes de apoio social “para compreender formas menos estruturadas de organização social, ajudando a dar visibilidade a muitas práticas solidárias de saúde que acontecem cotidianamente nas comunidades”.

⁹² Sobre redes de atenção à saúde, ver também: Mendes, 2011; Opas, 2011a, Opas, 2011b.

(VALLA, 1998 *apud* VASCONCELOS, 2009, p. 279). Enfim, há diferentes concepções, permeadas por variados projetos e referencial teórico-conceitual.

Importante contribuição nessa discussão, na qual corroboramos, encontra-se o estudo de Luciana Tatagiba (2006), sobre o projeto de Rede Criança, em Vitória/ES. No estudo, a autora procura identificar os diferentes interesses, valores e desafios da articulação entre sociedade civil e sociedade política sob o marco da democracia gerencial⁹³. A participação, nos marcos da vertente gerencial, vem adquirindo novos arranjos, a exemplo das redes como estratégia de gestão na área social. As redes institucionais de políticas têm como eixo a articulação em torno de uma situação problemática.

O motor da ação não é o pertencimento a um mesmo campo ético-político, mas a intenção de resolver uma situação prática, que todos entendem só ser possível de ser resolvida com a participação de todos os que são por ela, direta ou indiretamente, atingidos. (TATAGIBA, 2006, p. 147)

Para a autora, a novidade presente no atual conceito de rede é a ênfase no alcance de eficácia das políticas:

Via profissionalização do atendimento, num contexto no qual a oferta de serviços depende em grande parte dos esforços voluntários e solidários da sociedade civil. (...) as redes institucionais de políticas são, ao mesmo tempo, novos instrumentos de gestão e expressão do novo consenso acerca da gestão das políticas sociais, onde se destacam como palavras-chave a intersectorialidade, integração, articulação e participação. (TATAGIBA, 2006, p.148).

⁹³ A democracia gerencial surge no âmbito da administração pública, e se coloca como imprescindível para o sucesso das políticas. Interpreta os fatos sociais modernos, como condição objetiva para ampliação e efetivação do diálogo entre governo e sociedade, por meio de espaços institucionalizados. Ao modo que há uma convergência entre modelo democrático participativo e o modelo gerencial. Busca combinar participação política com uma democracia de baixa intensidade, onde a participação “despe-se de seu potencial transformador por meio de um deslocamento da centralidade do conflito, uma vez que o que está em jogo não é a mudança das condições de dominação, mas a possibilidade de administrar de forma eficiente os recursos financeiros, materiais e humanos existentes. O que se busca, como horizonte de expectativas, não é a partilha do poder governar, mas a dissolução desse poder na gerência eficiente. (Tatagiba, 2006 p. 145)

Traços da concepção apresentada pela autora foram identificados na rede social do Paranoá e Itapoã. Segundo informações obtidas no *site*, a referida rede social tem por objetivo principal dialogar a respeito dos problemas que afetam a comunidade e apresentar proposta de soluções às autoridades responsáveis pela implementação e implantação das políticas de direitos dos cidadãos e cobrar ações concretas.

Também visa oportunizar a participação e o protagonismo da comunidade na solução de seus problemas, usando os recursos democráticos de mobilização, como abaixo assinados, provocação para ações civis públicas, entre outras manifestações da vontade popular no cumprimento da Constituição Federal. Dialogar com as autoridades responsáveis pela implantação e implementação de políticas pública de garantia de direitos às possíveis soluções levantadas pela rede.

Elaborar coletivamente documento que evidencie os problemas constatados pela rede, as propostas de soluções com as cobranças dos descumprimentos dos direitos. Organizar os encaminhamentos e acompanhamentos que se fizerem necessários após o fórum no sentido de que os direitos desta comunidade evidenciados pela rede sejam de fato efetivados. (Disponível em: < <http://redeparanoaitapoa.wordpress.com/sobre/>>. Acesso em: 5 mar. 2012)

O processo de constituição da rede assim foi comentado por um dos sujeitos da pesquisa,

[...] rede social que a gente começou a formar em parceria com a Secretaria da Educação daqui. E, junto com os coordenadores pedagógicos, a gente se uniu para poder formar essa rede de proteção com o propósito de evitar, principalmente trabalhar com a prevenção. [...] Então, a gente procurava convidar, nessa rede social, todas as ONGs e entidades, assim, tanto oficiais quanto não oficiais, para poder colocar como eles poderiam ajudar na prevenção de mais casos de violência. Então, cada um participou, digamos assim, as mulheres dos bandeirantes que se reúnem aqui, têm um espaço no Paranoá, elas fazem complementação escolar para as crianças que têm dificuldade de aprendizagem, elas têm oficinas, elas têm o lanche das crianças. [...] Então, nós procurávamos parceiros para nos ajudar a dar proteção àquelas crianças que estavam em situação de vulnerabilidade. [...] Ela cresceu, a rede cresceu. Começou o núcleo dela assim com os coordenadores, mas depois a gente convidou o pessoal, os professores da educação, coordenadores pedagógicos, depois começamos a convidar todos os que faziam parte das ONGs, que trabalhavam com crianças e adolescentes aqui na regional, convidamos até os representantes do comércio para também eles cooperarem com a gente [...]. Agora não é mais uma rede específica só da criança e do adolescente, essa rede cresceu, agora virou uma rede maior. (Entr. 6).

Chama a atenção o envolvimento do Nasf, principalmente por meio do Assistente Social, na Rede Social do Paranoá e Itapoã, conforme depoimentos que seguem:

Eu (Assistente Social) trabalho muito nessa perspectiva de redes aqui. [...] Eu vou para muitas reuniões, muitas articulações fora com outras instâncias, outras organizações políticas e governamentais, a gente faz tudo aqui mesmo, porque às vezes a gente precisa de vários encaminhamentos de outros lugares como o Creas⁹⁴, promotorias, ministérios, isso é uma coisa assim que toda assistente social faz mesmo. (Entr. 2).

[...] tem muitas reuniões da rede do Paranoá que acontecem mensalmente também. Então, tem sido uma coisa que a (nome/Assistente Social) tem ido bastante e devolve para gente as ações e o que tem que ser feito. (Entr. 8)

Como uma das ações realizadas na rede social, assim um dos sujeitos da pesquisa se referiu:

No dia 18 de maio, que foi o dia do combate à violência sexual contra crianças e adolescentes, teve uma ação muito grande de várias organizações juntas. A gente fez uma passeata no Paranoá, mobilizou um seminário para os profissionais, não só daqui, de outras instâncias também. A gente fez lá no Paranoá, isso lá na igreja para falar sobre o tema, para sensibilizar as pessoas e aí também fizemos uma coisa pontual aqui (Itapoã) no centro de saúde. Mas também com auxílio a gente chamou outras instituições para virem apresentar para mostrar para a comunidade quais eram as opções que elas tinham de proteção para as crianças assim. (Entr. 2).

Vinculado à perspectiva de rede social, evidenciou-se como proposta atual do Nasf a realização de “projetos territoriais maiores”.

E também têm proposta de fazer projetos maiores, projetos territoriais a partir das demandas que eles apontam, do diagnóstico que eles passam da localidade dos maiores problemas. A maior parte da demanda tem como construir um projeto maior, porque envolve a rede toda, envolve eles, envolve aqui o centro de saúde. E o trabalho do Nasf eu acho que é um trabalho bem de rede mesmo, ele envolve muitas outras instâncias e outros autores. (Entr. 2).

A participação social por meio da rede social Itapoã-Paranoá, como explicitado nos depoimentos, apresenta um potencial de articulação política importante, a exemplo da atividade da história do Paranoá, que também foi comentado por outro sujeito da pesquisa, do segmento dos usuários, ao final da entrevista (quando o gravador já estava desligado). Pela fala do usuário e em consulta ao *site* da rede social e do Cedep (Paranoá e Itapoã), pode-se verificar o

⁹⁴ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas).

caráter histórico-político da atividade, de modo que este pode constituir-se um importante espaço de articulação política e fortalecimento das organizações e movimentos populares locais. Mas, com a devida atenção, pois tais iniciativas tanto podem qualificar politicamente as iniciativas dos segmentos populares, como também podem cair nas amarras da lógica neoliberal, de reforço da responsabilização dos sujeitos e da desresponsabilização estatal na prestação de serviços que seria dever do Estado, assim como sinaliza Tatajiba (2006),

O deslocamento do papel do Estado em relação às suas responsabilidades sociais parece ser compensado por uma ênfase na participação e capacitação dos atores sociais para a prestação de serviços sociais. (...) O convite à participação, portanto, tem o objetivo muito preciso: aumentar a eficácia de cada integrante da rede para aumentar o potencial de respostas do sistema como um todo. (p. 149).

5.3.4 Relação ACS *versus* população e Pró-Saúde e PET Saúde *versus* população

Experiências de inclusão de pessoas das comunidades em equipes de saúde de atenção básica, como forma de aproximação da equipe com a população local, já vem ocorrendo no Brasil desde a década de 1940. Tal experiência intensificou-se, em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 com a inclusão desses na equipe mínima do Programa de Saúde da Família. (FURLAN, 2010)

Conforme a Lei 11.350/2006, em seu Art. 3º, o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição “o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal”. A mesma lei define como atividades do Agente Comunitário de Saúde: a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; a promoção de ações de educação para a saúde individual e a coletiva; o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e

outros agravos à saúde; o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, chama a atenção à relevância atribuída ao papel do ACS na relação com a população, seja nas definições de prioridades, na mobilização da população, de modo que exerce ao mesmo tempo a representação da população no serviço e a representação do serviço, da equipe de saúde na comunidade.

Por meio deles (ACS) a gente procura saber qual é a opinião das pessoas com relação às ações e o que elas mais gostariam ou, então, dentro dos nossos próprios grupos, como a gente atende pessoalmente as pessoas, a gente tenta fazer essa interlocução diretamente com eles... A gente coloca eles para que eles tragam essa voz da população, para a gente para a gente ver qual atitude tomar, qual melhor ação a fazer. (Entr. 2).

O que nós temos aqui muito são as falas das agentes de saúde quando elas chegam aqui para a gente: "As mulheres gostariam que tivesse preventivo à tarde. As pacientes preferem mais isso ou aquilo". Então, é pela fala das agentes de saúde é que nós estamos caminhando. (Entr. 10).

Identificar o ACS como a "voz" da comunidade, parece substituir tanto a "voz" dos demais usuários e segmentos organizados da comunidade, como também substitui a "voz" da equipe de saúde/serviço para a comunidade. Um pouco na direção do que Nunes et al (2002) define como agente híbrido e polifônico, uma vez que assume "posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação." (NUNES et al, 2002, p. 1640).

Cardoso e Nascimento (2010) também sinalizam o papel do ACS como interlocutor da população local. Residentes da comunidade, os ACS ora se consideram como representantes das reivindicações dos moradores aos serviços de saúde e na busca por ações intersetoriais; e, na comunidade, reforçam as informações do serviço para os moradores.

A preocupação coloca-se, quando é atribuída exclusivamente ao ACS a responsabilidade na relação com a população, como se este estivesse substituindo os demais profissionais de saúde, equipe-serviço na relação com a população local. Nesse sentido, ao ACS se coloca uma função integrativa entre serviço - comunidade - família, circunscrita com base nas relações interpessoais, personalizadas e

solidarizadas. A participação aqui se coloca como instrumento de adesão e consentimento, por parte da população e família às propostas, ações e serviços previamente estabelecidos pela equipe de saúde, como se não houvesse necessidade de um posicionamento ético-político no processo interventivo da equipe na realidade local, na identificação de necessidades, formulação de demandas, articulação com segmentos populares locais, de forma qualificada, organizada e crítica. Essa perspectiva tende a ocultar as contradições, os conflitos, as disputas presentes na realidade local e conjuntural, assim como o mascaramento e a eliminação das expressões da questão social presentes no processo saúde-doença.

Assim como os ACS, alguns sujeitos da pesquisa também identificam a UnB, por meio do Pró-Saúde e PET-Saúde, como forma de intermediação entre serviço e população. A participação, sob o mesmo prisma anteriormente colocado, volta-se para a adesão às ações organizadas pelos alunos com a população, como as campanhas educativas. No entanto, também aparecem nas falas as possibilidades de formação política de segmentos populares organizados, contribuindo para a construção de propostas alternativas de intervenção, concomitantemente ao processo de formação também de profissionais na área da saúde.

Além dos agentes comunitários estarem atuando mais fortemente lá (comunidade), nós temos alunos da UnB, o qual participo também, sou preceptor da disciplina de introdução de prática de saúde da UnB. Então, como o programa Pró-saúde visa que esses alunos colaborem com o serviço, eu coloco também as atividades para esses alunos estarem ajudando a equipe. Então, o que for de prioridade, como ações de campanhas da dengue, né, eles já participaram, fazendo campanha em toda a nossa área. [...] Inclusive nessas feiras, nessas campanhas que têm eles sempre vêm. (Entr. 3).

Na verdade, hoje em dia, o PET-saúde e o Pró-saúde, ele virou um só, aqui para nós, no nosso trabalho, porque nós tanto desenvolvemos pesquisas quanto fazemos essa interação de ensino e serviço à comunidade, então, vinculou-se. No passado, era só o Pró-saúde, o aluno vinha e nós fazíamos esse vínculo ensino-comunidade e serviço. Agora não, agora têm as pesquisas também que são desenvolvidas junto com esses mesmos alunos e com as disciplinas. (Entr. 10).

[...] a UnB tem um contrato com a Secretaria de Saúde e eles em grupo, junto com os instrutores, que são profissionais daqui da saúde, fazem um trabalho nas escolas, diversos tipos de projetos são desenvolvidos junto com as escolas aqui do Itapoã. A UnB tem uma limitação de horários, de repente, no melhor horário para a comunidade, a UnB não pode estar aqui presente. (Entr. 6).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde)⁹⁵ objetiva integrar ensino-serviço, reorientação da formação

⁹⁵ O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC 2.101, de 3 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a ESF: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área

profissional, assegurando a abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

(Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012).

O Pró-Saúde visa, portanto, apoiar a constituição de mudanças nos cursos de graduação e, por conseguinte no perfil dos profissionais de saúde, de modo a garantir a geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, com base numa abordagem integral do processo saúde-doença. (Marsiglia, Ibañez, Ianni, 2010).

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde)⁹⁶ tem como pressuposto a educação pelo trabalho, com o objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. (Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>.).

Nas ações do Pró-Saúde e PET-Saúde no Itapoã se fez muito presente nas falas dos sujeitos da pesquisa, as atividades focais por meio de campanhas e feiras. Fica a preocupação em reatualizar a formação profissional do modelo médico

da saúde, além dos cursos contemplados na primeira fase. (Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 6 mar.2012)

⁹⁶ O PET-Saúde foi regulamentado pela Portaria Interministerial 421, de 3 de março de 2010, e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior (SESu), do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/GSI/PR). (Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 6 mar. 2012). O Edital 24, publicado no DOU em 16 de dezembro de 2011, prevê a integração do Pró e PET-Saúde em 2012 e estabelece como prioridade contribuir para as políticas do MS como: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama; Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis; considerando, sempre, as necessidades loco-regionais definidas de forma articulada entre instituições de ensino e secretarias municipais/estaduais de saúde, respeitando-se as instâncias decisórias estabelecidas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=38844>. Acesso em: 6 mar. 2012.

hegemônica, e do modelo sanitista, contrários às prerrogativas do SUS, como a universalização, participação e integralidade.

Marsiglia, Ibañez, Ianni (2010), utilizando-se das reflexões de Pierantoni (2002) sobre as questões de recursos humanos em saúde após 1990, chama a atenção que com a criação do SUS apesar de alguns avanços, a exemplo da qualidade dos debates e produção intelectual, ainda persiste um “componente conservador: a formulação e a execução das ações transformadoras alcançam uma baixa institucionalidade no sistema de saúde, o que se reproduz na área de recursos humanos”. (Pierantoni (2002) apud Marsiglia, Ibañez, Ianni, 2010 p.51).

A formação de profissionais para atuar na perspectiva do SUS é um debate complexo, permeado por múltiplos interesses. Aqui assinalamos a necessidade de romper com as posturas antidemocráticas, academicistas e incapazes de autocrítica de nossas instituições de ensino ou dos gestores, que subestimam a importância do saber político na formação dos profissionais de saúde, para constituir práticas fundamentadas numa postura éticopolítica que tenha como horizonte novos patamares de sociabilidade humana.

Nessa direção, chamam a atenção às estratégias utilizadas no Pró-Saúde e PET-Saúde, de compartilhamento de saberes entre população e estudantes, em que não é somente a academia que tem a “ensinar”, mas também a população, com seus conhecimentos e experiências cotidianas. Quando isso acontece, abrem-se possibilidades da própria universidade ser reinventada e reconhecer e fortalecer o saber e poder das classes subalternas.

A gente deu uma palestra para o pessoal da universidade, que eles estavam querendo informações. Nós demos mais ou menos uma hora ensinando mais ou menos o tipo básico, controle de diabetes. Como é que eles vivem a situação, pé no chão, sandália, uma situação miserável que a gente vê aqui, no começo era mais miserável, mas agora Graças a Deus está melhorando mais, está melhorando mesmo. (Entr. 9).

Tinha um pessoal da UnB que já fazia o trabalho lá (Itapoã) com as famílias, o professor (N...) sempre fazia um trabalho lá, mas assim era um trabalho com os alunos e com as agentes de saúde. Então, tem trabalho lá, só que o trabalho não consegue atingir a grande maioria. Mas tem um trabalho na área de saúde lá com professores da UnB que vão lá e tal. Agora, depois do Pró-saúde ficou mais intenso. O trabalho com o Pró-saúde desenvolveu mais, capacitou mais, inclusive nós nos capacitamos aqui (Paranoá) também. Fizemos cursos de formação, de digitação... Então, fizemos nossa formação, fizemos um planejamento estratégico aqui junto com o pessoal da UnB orientado pelo professor (N...) que foi muito bom. Na verdade, esse planejamento estratégico foi uma formação de um mês, foi também uma formação porque você vai pensando em cada ponto, trabalhando cada dificuldade, encaminhando cada problema, isso é uma formação muito interessante. Foi muito bom participar desse planejamento participativo. (Entre. 7).

A fala dos dois usuários acima aponta para importante contribuição das universidades não apenas nas atribuições técnicas no serviço, mas de possibilidade de imersão na dinâmica da vida social e de lutas pela saúde. Nesse sentido, entende-se que nessa relação, a universidade poderá contribuir na constituição de espaços político-organizativos e participativos, não substitutiva ou intermediária entre serviço e população/segmentos populares organizados, mas na constituição de estratégias conjuntas de fortalecimento das classes subalternas, nas palavras de Marsiglia, Ibañez, Ianni (2010), “requer constuir algumas estratégia de médio e longo prazo que apontem para mudanças estruturais necessárias”. (p.79).

5.3.5 Conselho de saúde

Recorrente na fala dos sujeitos da pesquisa, a perspectiva de participação social pela via conselho de saúde. Coincidentemente, as entrevistas foram realizadas no período em que estava sendo constituído o Conselho de Saúde do Itapoã. Até a criação do referido conselho, Itapoã contava com um representante no Conselho de Saúde do Paranoá.

Nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, alguns narraram o processo de criação do conselho. Mencionaram tentativas anteriores da equipe do posto de saúde de Itapoã e representantes do Conselho de Saúde do Paranoá. Desse modo, abordaremos inicialmente, a partir das narrativas, o percurso no processo de implantação do Conselho de Saúde do Itapoá. Para não perder a relevância da narrativa, com os detalhes, fatos e formas de perceber esse processo, colocamos as falas de maneira integral, quando se trata dessa questão. Num segundo momento desse item, trataremos da forma como os sujeitos da pesquisa percebem a participação pela via do conselho.

- **A formação do Conselho de Saúde do Itapoã**

Durante as entrevistas, tivemos a oportunidade de conhecer um pouco do caminho percorrido no processo de constituição do Conselho de Saúde do Itapoá. Antes da sua criação, em 18 de outubro de 2011, outras tentativas já haviam

ocorrido, num processo permeado de conflitos, desencontros de informação, como relata um dos profissionais de saúde:

O conselho de saúde de Paranoá, nessa tentativa de montar um conselho de saúde em Itapoã, marcou uma reunião com a gente, para a gente vir e chamar os líderes comunitários para poder estar apresentando, falando o que é o conselho de saúde, qual é a função do conselho de saúde, no sentido de que essas lideranças quisessem participar e tal. A gente também fazendo parte desse processo. Nós chamamos alguns líderes, inclusive o (N...), a equipe 8 chamou mais pessoas, porque eles tem a associação dos moradores, tudo é da área deles[...]. Vieram essas pessoas. Só que, no final das contas, começou uma briga da presidente do conselho de saúde (Paranoá) com a médica que era da outra equipe na época. Aí veio uma confusão, os líderes ouviram tudo, foi muito feio. Depois disso, as pessoas falaram que nunca mais iam voltar, por conta dessa situação. Realmente, eu fiquei com vergonha, imagine as outras pessoas. A gente passou um bom tempo com vergonha. Eu até hoje, para te falar a verdade, ainda tenho um pouco. Isso já tem um bom tempo. Também, depois disso, o conselho de saúde (Paranoá) também falou que não vinha mais porque aqui era uma confusão. Tanto que hoje está sendo feito no centro de saúde do Itapoã, esse movimento foi para o ar, por conta dessa confusão. Mas as pessoas que vieram, também percebi que elas não entendiam muito que estavam fazendo aqui. Não sei se foi a forma como a gente abordou, como a gente explicou. Sei que eles achavam que vieram para uma reunião para ficar falando de problemas de Itapoã, não estavam entendendo qual era realmente a finalidade. Acho que isso a comunidade não tem que adivinhar não, acho que a gente é que não conseguiu expressar o que realmente era o conselho de saúde. Talvez porque a própria equipe não conhecia muito. Talvez, a gente não sabe. (Entr. 5).

Um dos sujeitos da pesquisa do segmento dos usuários, conselheira de Saúde do Paranoá, também narra a história de formação do Conselho de Saúde do Itapoá. Nessa narrativa, o desencontro de informação e diferentes interesses nesse processo, assim como desconhecimento sobre conselho de saúde e necessidade de formação política, parece central.

[...] lá (Itapoã) agora virou uma região administrativa. Então pode ter um conselho regional de saúde. Aí, o que acontece? Nós passamos o primeiro ano com muita dificuldade. Agora, você imagina ter que organizar essa problemática toda no Paranoá e também a problemática toda do Itapoã, com o pouco tempo que a gente tem e com poucas informações. Primeiro, a gente queria não só formar o conselho. Para nós, não interessava só formar o conselho. Nos interessava formar um conselho com pessoas fortes, comprometidas, com pessoas entendendo o que é um conselho, para que serve um conselho. Formar por formar não ia nos adiantar nada, porque os problemas iriam continuar da mesma forma. Aí a gente começou a fazer um trabalho de conscientização com esse grupo. Só que nós fomos um pouco ingênuos e não notamos que esse grupo estava com um outro interesse, o interesse deles é porque eles pensavam que o conselho de saúde ia ser igual o conselho tutelar da criança e do adolescente. O conselho tutelar ele paga, ele contrata os conselheiros e nós achando que o conselho estava... Aí, num dado momento, a gente foi colocar... Nós passamos para discutir qual era o trabalho do conselheiro e aí quando nas reuniões que estava vindo muita gente, estava legal, a gente empolgada, aí quando foi numa reunião (N. presidente do Conselho do Paranoá na época) foi falar para o pessoal qual era o trabalho de um conselheiro, que era um trabalho voluntário, que era um trabalho de relevância pública e tal, explicar todas aquelas questões burocráticas e administrativas, que o pessoal caiu na real. Aquele grupo que estava participando que a gente estava animadíssima com ele, lideranças comunitárias, inclusive, porque lá têm algumas lideranças comunitárias, mas são lideranças muito ligadas a questões pontuais e mais individuais assim, não é aquela liderança que é mais coletiva, eles já estão com essa liderança por essa questão de ter o poder mesmo para barganhar determinadas posições, determinadas questões. Isso atrapalha muito. Não estou dizendo que são todas, mas a grande maioria lá ainda é muito nesse caminho o que é uma

pena. Então, o que aconteceu? Quando a gente foi explicar o que era o conselho, qual era o papel de um conselheiro, que eles viram que não iam receber, que não ia ser eleito para receber dinheiro, aí começou escassear, começou faltar pessoal e aí levou mais um ano para a gente ter um grupo novamente assim e aí, quando a gente percebeu isso, nós batemos na cabeça, a gente não percebeu isso logo no início, só fomos perceber isso quando já estava até com uma certa caminhada com eles. Mas eu acho que valeu no sentido de eles também poderem se formar porque as pessoas que passaram por essa reunião, por essa formação, certamente foi bom também, porque eles não pegaram uma coisa que eles... (Entr. 7).

Como vimos em capítulos anteriores, o processo de ocupação, no Itapoã, ocorre de forma desordenada, com pouca capacidade associativa da população, que, envolta por uma cultura política paternalista, clientelista, de ações pontuais e imediatistas presentes no processo de formação sócio-histórica do Brasil e não diferente no DF, os espaços coletivos tendem a uma extensão da administração governamental, de fortalecer a cooptação e o favorecimento a determinados interesses pessoais, de grupos que historicamente se perpetuam no poder.

Todos esses aspectos acabam sendo reproduzidos, a exemplo do relato da formação do conselho de saúde do Itapoã. Por mais que o regime democrático no País, pós-ditadura militar, defina novas arenas de debates políticos, isso não quer dizer que todos os sujeitos estejam armados com os mesmo instrumentos. Pois, assim como nos coloca Testa (1992), os atores sociais⁹⁷, quando entram nas arenas, não estão em iguais condições. A essas condições pode-se chamar de recursos de poder. Daí a importância da formação política, sinalizado nos depoimentos, tanto para os sujeitos das classes subalternas, como para os profissionais de saúde, visto que as resistências, embates e conquistas se dão numa permanente correlação de forças dos diversos sujeitos no centro dessa arena política.

Na continuidade da narrativa da conselheira, veremos que estas questões também estão presentes na criação do Conselho de saúde de Itapoá, ocorrida no mês de outubro de 2011,

Então, aí nessa formação, quando entrou essa nova administração, porque, os outros grupos que tinham lá, a gente convidava, depois de saberem que não ia ter dinheiro, não havia interesse em participar. Passou um tempo assim, o pessoal desinteressado mesmo. Eles falavam que vinham não te diziam não, para não ficar feio, mas dizia que vinha e não vinha. Aí, o que acontece? Quando entrou esse novo governo, agora que entrou essa nova administração, nós voltamos a insistir lá e dissemos: Já que a gente não formou o conselho aqui vocês têm direito a ter um representante lá no

⁹⁷ Terminologia utilizada pelo autor.

Conselho de Paranoá. Nós precisamos disso porque nós precisamos nos apartar nos dividir aqui nessas tarefas de saúde porque nós não estamos dando conta, não estamos dando conta nem das atividades em Paranoá quem dirá Paranoá e Itapuã e nós precisamos que vocês aqui da administração enquanto governo mande um representante. Fomos lá e fomos categóricos. Aí ele pegou, mandou um representante [...]. E ele começou a vir, começamos a discutir, foi aprendendo na prática, aprendendo com a participação porque na verdade ele nunca tinha participado de nenhum trabalho na área da saúde. [...] e a gente colocando para ele que precisava melhorar as condições de saúde de Itapuã e falando que nós precisávamos formar o conselho lá. Aí ele pegou essa idéia e começou a discutir com as pessoas lá. Eu penso assim que as pessoas têm que ir fazer as coisas, mas tem que querer fazer e saber um pouquinho do que vai acontecer, do que ele tem que fazer. (Entr. 7)

Esse processo de aproximação com lideranças locais oportunizou uma retomada na discussão da criação do conselho:

Começamos de novo a fazer as reuniões, mas as pessoas iam e queriam já que eu já liberasse para formar o conselho. Queriam assim chegou lá quando é que nós vamos fazer o conselho? Vamos discutir aqui no processo e à medida que a gente for avançando aqui na discussão... Mas aí eu já estava também com medo do outro processo que tinha tido das pessoas e eu queria que eles soubessem o que era um conselho, que não ia receber nada, que era um trabalho voluntário, um trabalho de militância que às vezes você até gasta dinheiro do seu bolso para ir numa reunião porque nem sempre tem carro para levar você numa reunião. E aí não é só importante para a comunidade é importante para você também. Eu queria passar essa experiência assim um pouco para eles e aí esvaziou também um pouco a reunião, as nossas reuniões que nós tínhamos colocado uma meta que em seis meses nós estaríamos trabalhando com aquela liderança para formar o conselho lá, só que aí chegou no final tinha três pessoas, quatro pessoas e aí foi mais uma frustração. (Entr.7)

Em meio ao esvaziamento da participação das pessoas nas reuniões a usuária relata as inquietações e as perguntas que se fez à época:

Onde é que nós estamos errando? O que está acontecendo? Sabe aquela angústia que dá? Aí, os meninos: Porque você está demorando muito com o processo, tem que ser mais rápido, porque o povo da comunidade não tem esse costume. Teve um rapaz que disse assim: Está muito blablá e não forma logo esse conselho. Como é que eles vão atuar no conselho, sem o mínimo de entendimento? Aí, quando foi agora, aí eu falei: Então, nós vamos colocar um limite para a gente discutir e vamos fazer as reuniões só para encaminhar as questões do conselho. (Entr.7)

Marcado por inquietações e questionamentos, em seu relato o sujeito de pesquisa em questão apresenta outra preocupação no momento em que o conselho estava por ser criado.

Conversamos com algumas pessoas, com algumas lideranças, e aí houve uma investida dos pastores. Eles queriam que formasse só com a grande maioria de pessoal das igrejas evangélicas. [...] todos podem mandar seus representantes, mas não dá para formar só com evangélicos. O administrador é pastor e parece que na administração o pessoal já reclama que lá a grande maioria dos trabalhadores são ligados ao pastor, ligados à igreja evangélica. Eu falei: Bom, eu não vou deixar os pastores se apoderarem do conselho logo na sua formação, não é isso que a gente quer, porque isso, para algumas pessoas, eles vêem isso como uma certa vantagem e estar tirando também vantagem em relação a essa questão da saúde. Não é porque vocês vão ser conselheiros que vocês vão ter direito de chegar lá e passar na frente das pessoas. Sabe coisas básicas assim? Não é porque você é conselheiro que vai chegar lá e vai marcar consulta para o fulano, para o beltrano, para o cicrano. Não é isso... Então, são as pequenas coisas que as pessoas acham que vão tirar vantagem e aí querem participar. E aí andei conversando com algumas lideranças, a gente foi se acertando em algumas coisas e aí eles não foram para lá assim tão em massa. Mas eles escolheram

também um conselho enxuto assim de oito pessoas... lam formar conselho na semana passada, não sei se fizeram. (Entr. 7).

A pouca capacidade associativa da população, a necessidade de formação/capacitação, a preocupação com a possibilidade de utilizar o espaço do conselho para fins de interesses pessoais, de grupos econômicos, religiosos, político-partidários, aparecem novamente na formação do atual conselho.

Chama a atenção à relação com a formação do conselho de saúde com os interesses do atual governo e a administração regional, assim também relatado por outro usuário,

A gente fez uma reunião preparatória com a (N. presidente do Conselho do Paranoá). O pessoal do conselho regional do Paranoá e Itapuã veio para cá fazer uma reunião preparatória. Nos governos anteriores, quando era o Arruda, eles tentaram 3 anos criar o conselho aqui e não avançaram porque não era interesse do governo. Agora que o governo aí é o Agnelo, um governo do PT, aí existe, parece, que uma orientação para as administrações apoiarem também. Então, a administração regional aqui apoiou bem essa idéia e a gente fez mobilização, fizemos duas reuniões, eu pude participar de uma, para preparar, para divulgar. Aí teve a reunião de eleição do conselho e foram poucas pessoas, foram umas 15 pessoas e na hora de escolher os 4 conselheiros titulares e os 4 conselheiros suplentes do segmento de usuários, deu na tampa, deu exato, né. Um ainda foi para não faltar. Então, assim, isso é porque foi mal mobilizado, poderia ter sido melhor mobilizado, pode ser que o calorão das duas horas da tarde num domingo prejudicou [...]. (Entr. 11).

O interesse e o apoio do governo e da administração regional para iniciativas como da criação do conselho de saúde, nos faz refletir sobre a forma como se constitui o conselho de saúde: um espaço de lutas e resistência de interesse das classes subalternas, dos sujeitos sociais populares ou uma concessão do governo/Estado para legitimar as propostas, ações e de perpetuação da cooptação e manipulação? Se, por um lado, o apoio da administração regional amplia a possibilidade de criação do conselho, por outro, será que a constituição de um conselho atrelado aos interesses político-administrativos, e sem base orgânica, tem possibilidade de constituir-se em espaço efetivo de luta pelo direito à saúde? Esses são alguns questionamentos que nos inquietam diante de processos como esses, em que o espaço institucionalizado sobrepõe-se a outras formas de organização política das classes subalternas, de modo que a participação de uma visão instrumental passa para uma perspectiva gerencial como já explicitado em outros momentos do estudo.

- **A participação social vista por meio da estratégia conselhistas**

Como já mencionado, as entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2011, momento em que se cria o primeiro Conselho de Saúde de Itapoá. Talvez por esse motivo, a presença do conselho em todas as falas dos sujeitos da pesquisa tenha sido tão relevante.

No conjunto das falas, a participação social via conselho se coloca tanto como uma expectativa de ampliação de espaços de diálogo com a população, como também como espaço para melhorar as condições de trabalho, ampliação de acesso e garantir melhorias no posto e CS.

Assim dois sujeitos da pesquisa do segmento dos usuários se referiram ao conselho:

O conselho de saúde agora vai fazer a reunião junto com o Centro de Saúde para ver qual é a demanda. A gente tem que saber a raiz do problema para encontrar a solução, né. O conselho de saúde agora está formado e eles vão brigar mais. Então, ele vai brigar por melhorias, aumentar mais pessoas. O centro de saúde ali é grande, enorme. Então, precisa de mais funcionários, mais agentes. (Entr. 12).

Espero como conselho abranger mais o atendimento à comunidade. Abranger setores que estão em situações bem precárias especialmente junto com os agentes de saúde. (Entr. 13).

A expectativa da gente um mês atrás era em primeiro lugar ter um conselho. [...] O que a gente espera de um conselho é isso, é brigar, reclamar. A gente vai reivindicar uma Upa. E, por exemplo, essa Upa só vai inaugurar quando estiver todo equipado, entendeu? Geralmente, acontece isso, não tem nada, não tem raio x, não tem bebedor, não tem um banheiro e inaugura. Para o governo, está funcionando, mas para a população não está. A gente está conversando... não deixar fazer o que eles querem. O nosso maior objetivo do ano que vem é a Upa. [...] O conselho estar por dentro do valor, para que serve cada coisa, saber tudo isso e passar para a população. [...] É igual o centro de saúde, não tem telefone, não tem internet, né. Se precisar de uma ambulância, não tem como chamar uma ambulância. Então, tudo isso a gente tem que saber e brigar. (Entr. 12).

Já um dos profissionais sujeitos dessa pesquisa e conselheiro eleito para o conselho, assim coloca a expectativa da sua atuação como conselheira eleita:

O foco é justamente estar direta ou indiretamente acelerando esse processo da implantação das equipes porque eu estou do lado do profissional, da necessidade do profissional. Lógico que eu não vou deixar de olhar para a saúde da população, nem das unidades, mas o meu foco com certeza é ajudar nessa implantação dessas novas equipes porque vai melhorar muita coisa e obviamente vai melhorar as outras questões, não é só isso, mas seria o que a população sempre pede, que é ter médico disponível no horário que a unidade está aberta e a gente está tentando conversar com os colegas e ver, na medida do possível, o cumprimento dos horários, porque essa é uma questão bem delicada, porque é o que a população mais reclama. Fui na unidade e não tinha médico. Então, são questões assim delicadas que a gente tem que ir comendo pelas beiradas até conseguir os objetivos. (Entr. 10).

Nesse momento inicial, fica muito evidenciada a perspectiva reivindicativa do conselho, de forma mais localizada, em torno de reivindicações pontuais relacionadas ao cotidiano do atendimento no serviço de saúde. As precárias condições de trabalho, de acesso da população ao serviço, num quadro em que o direito aos cuidados primários à saúde é negado, o conselho tende a uma ação pontual reivindicativa, para exigir do Estado a resolução dos problemas imediatos. No entanto, diante de um contexto, de desmonte do papel do Estado na responsabilização das políticas sociais, porque, na história da APS no DF, pode-se visualizar esse desmonte nos seguidos governos, no descumprimento do dever no atendimento das necessidades e direitos humanos básicos de saúde, a centralidade na perspectiva reivindicatória poderá gerar um sentimento de incapacidade e de impotência do conselho, caso não alcance as respostas às denúncias e solicitações apresentadas aos órgãos e instâncias governamentais. Daí a importância da capacitação/formação e organização política mais orgânica dos conselheiros, como sinalizado por um dos sujeitos da pesquisa.

Então agora já está pronto. E aí vai ser outro processo porque nós vamos ter que sentar com esse povo dar uma informação, trabalhar com eles, dar um certo suporte para eles poderem caminhar. Por isso que o processo é demorado e é por isso que a mobilização também é demorada, porque as lideranças que nós temos, elas precisam ainda ser bastante trabalhadas para que elas venham a trabalhar com a comunidade. Nós, assim, temos uma experiência maior, porque nós vivenciamos isso o tempo inteiro. Trinta e seis anos nós vivenciamos isso e até hoje a gente precisa de formação. Você já imaginou essas pessoas que não tem essa história de vida, não passou por isso, sabe. Então, elas precisam mais ainda de formação, para que elas venham fazer um trabalho na comunidade. Eu me preocupo muito com isso, com essa questão da formação das pessoas porque, para mim, não basta formar o conselho, o que vai me deixar contente são essas pessoas com uma boa atuação com a comunidade. (Entr. 7).

No conjunto das falas, seja na narrativa do processo de criação do conselho de saúde do Itapoã ou na expectativa de ampliar a participação social na APS pela via do conselho, a formação dos conselheiros se coloca como um aspecto fundamental. A formação, muitas vezes, é vista pelo enfoque individual, ligada a uma atitude de o indivíduo desenvolver competências, conhecimento, para atuar no conselho, mas também de forma coletiva, numa perspectiva de formação política como explicitado na fala de um dos sujeitos.

O conselho e as conferências que acontecem, tal, eu acho que são espaços muito bons, né, de participação, de controle social, quanto para formação dos companheiros nossos. Amadurecer, tal, romper aí a solidão que o sistema impõe a gente ficar sempre atomizado, cada um cuidando só da sua vida. Então, a pessoa despertar para uma participação mais coletiva e seguindo essas ideias. (Entr. 11).

O repasse das informações discutidas no conselho, assim como a articulação do conselho com outros segmentos organizados na comunidade, também aparece em dois depoimentos,

Então, precisa acostumá-los à ideia de uma participação maior, mas eu acho que tem que ser principalmente fortalecendo o conselho e fazendo uma articulação com os movimentos sociais e ONGs também. (Entr. 11).

O conselheiro tem de passar para a comunidade o que está acontecendo na questão da saúde. Marcar reunião com a prefeitura, dividir com a prefeitura. E é a hora da prefeitura mostrar que é prefeitura mesmo, que é uma liderança, chamar o povo “teve reunião tal dia e foi falado sobre isso, isso e isso”. A comunidade começar a participar também, só assim que vai mudar. Sozinho a gente não consegue nada. É igual o sistema da prefeitura, tem o prefeito ali, mas não é ele que resolve nada, é o grupo. Se tem uma reunião, vão todos. (Entr. 12).

Os depoimentos acima apontam para um aspecto importante com relação à atuação do conselho que, articulado organicamente com outros segmentos populares locais, pode contribuir na requalificação da participação social na saúde, num processo contínuo de formação política, com clareza das estratégias de dominação e controle político que se fazem presentes em todos os espaços da vida social e, neste, na política de saúde, na qual se expressam cotidianamente traços do patrimonialismo e clientelismo, em que o Estado brasileiro se fundamentou e que se reproduz nos governos até os dias atuais.

5.4 LIMITES E POSSIBILIDADES DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA APS

No conjunto das falas, os limites e possibilidades da participação social na APS se entrecruzam, de modo que as possibilidades dependem, em boa parte, da superação de limites que ora se apresentam no âmbito da organização dos serviços, na falta de capacitação e formação para usuários e profissionais de saúde e da baixa capacidade organizativa e de adesão da população ao processo político-participativo.

No que se refere aos limites que se apresentam no âmbito da organização dos serviços, foi comum, na fala dos profissionais e do gestor, a presença de dois modelos de atendimento⁹⁸, ou seja, ESF (área coberta pelas ESF) e modelo tradicional (área não coberta pela ESF), num mesmo CS, fato que, para os entrevistados, dificulta no acesso, na implantação de um modelo de saúde na lógica da ESF e na constituição de ações e serviços que venham a oportunizar processos mais participativos, a exemplo das seguintes falas:

Uma das maiores dificuldades é que nós trabalhamos aqui no centro de saúde de acordo com dois modelos. Nós temos a parte do centro de saúde e nós temos cinco equipes de estratégia de saúde da família, porém não são equipes separadas. Eu tenho membros da minha equipe que não podem trabalhar só na equipe saúde da família. [...] Então, nós perdemos muito da força de trabalho com eles (técnicos de enfermagem) estando voltados para outro modelo que não o que eles foram lançados aqui para isso. (Entr. 3).

Eu acho que a grande dificuldade é aqui serem dois modelos de atenção, centro de saúde e programa de saúde da família, porque, como eu te falei, aí, nenhum funciona bem, [...] entra na dificuldade que é centro de saúde e PSF, é a marcação de consulta que as pessoas não conseguem marcar pelo centro de saúde e aqui não tem telefone, aqui não tem internet. Então, a pessoa que é aqui do Itapoã ela tem que ir no centro de saúde do Paranoá para poder tentar essa marcação e a gente sabe lá como é feita essa marcação, mas algumas pessoas conseguem e algumas não conseguem. Então, é complicado. (Entr. 8).

A baixa cobertura da ESF, com diferentes formas de atendimento no CS, resulta, para o usuário, na falta de acesso ao serviço, descrédito e distanciando entre população e serviço/profissionais de saúde e vice versa.

⁹⁸ Dificuldade já mencionada no item que trata da estrutura organizativa da atenção à saúde no Itapoã.

Assim um dos usuários coloca esta questão:

Na fazendinha, nós não temos visita de agente de saúde, de enfermagem, só quem tem direito é o Del Lago. Eles não podem participar das reuniões porque eles não moram naquele lado. Uns tem direito, outros não tem direito. O pessoal procurava médico, sem poder ser atendido. A população quer que mude alguma coisa para melhor e nós estamos vendo que está muito longe. É uma luz no fim do túnel, essa esperança. Muitos não conseguem chegar no CS, tem os idosos, uns andam de muletas, outros de cadeira de rodas e é muito longe. (Entr. 9).

Associam-se a esta questão, na visão dos usuários, os profissionais e o gestor, a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, já aqui expresso e a dificuldade de aproximação entre equipe de saúde e população. Sobre esse último aspecto, chama a atenção à fala de uma das usuárias:

Com o pessoal da saúde há uma dificuldade de aproximação, ora a gente não consegue ver e essa transparência, ora a gente não consegue ver esse desprendimento de realmente querer mudar. (Entr. 7).

Por outro lado, observa-se, na fala de alguns profissionais de saúde, dentre os aspectos dificultadores do processo participativo em saúde, e de ampliar a relação com a população, a falta de formação profissional que oportunize habilidade técnico-política para corresponder a essa necessidade, expresso da seguinte forma:

Eu não sei caminhar, para onde que eu tomaria um rumo para que a gente pudesse fazer alguma coisa. Eu lhe confesso que não sei nem onde procurar. (Entr. 1).

A gente não sabe o que fazer muito para incluir a comunidade nas coisas, porque eu não sei se a gente que não faz o que eles tem interesse ou se não é porque não existe esse espaço de conversa. (Entr. 8).

Eu não sei como fazer isso. (Entr. 4).

O “não saber” expresso nas falas acima não se trata de uma atitude individual dos profissionais, aqui está evidenciada a necessidade de formação profissional acadêmica e educação permanente que oportunize “desentortar o estilo de pensar do setor saúde, ainda hegemônico no Brasil” (DA ROS, 2006). Muitas vezes, o profissional, ou a própria equipe em si mesma, é responsabilizada pelo sucesso ou fracasso de seu trabalho, como se essas questões passassem apenas pelo querer individual dos sujeitos. O “desentortar” o estilo de pensar, as nossas práticas em saúde, requer, além de qualificação técnica, também qualificação política dos profissionais, e aí a dificuldade de equacionar essas duas dimensões, seja na educação formal, seja na educação permanente.

Outro aspecto presente nas falas foi a dificuldade de participação como consequência da baixa capacidade organizativa da população e de adesão em processos político-participativos locais.

A pouca participação social é vista como consequência da falta de educação e cultura, para um dos profissionais de saúde,

Dificuldade maior é educação, e é cultural. As pessoas não estão no nível de entender, de falar em prevenção. (Entr. 1)

Para outros sujeitos, profissionais de saúde, tem relação com acomodação, desmobilização e desinteresse da população,

Aqui tem uma questão de desmobilização mesmo, de falta de interesse. É uma coisa mais acomodada e isso que tem que quebrar, isso é o mais difícil, quebrar a acomodação política da população de Itapuã e do Paranoá também. E aí é complicado, porque você lida com a vontade. Mas com a população o mais difícil é isso a falta de adesão nas coisas e a mobilização política que é uma coisa que a gente tem que trabalhar com eles todo tempo de alguma maneira. (Entr. 2).

Então, aqui, a maioria das pessoas recebe benefício e que se acomoda. Então, eles têm o costume de achar que tem que receber as coisas. Eles não têm o costume de achar que eles têm que procurar, que construir, que correr atrás, que brigar e só sabem abrir a boca para reclamar de coisas erradas com as pessoas erradas. [...] Então, não se dirigem às instâncias corretas, da forma correta, para tentar conseguir as coisas, que seria fazer abaixo-assinado para pedir, fazer passeata, fazer reunião, participar do conselho de saúde. Então, ele vem aqui e pega o remédio e continua recebendo o remédio de graça para ficar em casa continuando com a mesma vida sem precisar se mobilizar para nada. (Entr. 4)

Então, eu ouço as reclamações e eu falo que seria importante que a pessoa participe também das decisões do posto. Mas, quando a gente convida para a reunião, pouquíssimos aparecem. (Entr. 6)

O desinteresse e a acomodação, expressos nas falas dos profissionais, vêm carregado de frustração, uma vez que têm a relação com o que realizam “para a comunidade” e pela falta de adesão, tendem a uma auto-culpabilização ou à culpabilização da população. Visto por esse ângulo, a participação parece voltar-se para um caráter moral, nos termos de Kliksberg (1999):

A participação sempre teve, na América Latina, uma legitimidade de caráter moral. A partir de amplos setores foi com frequência proposta como um direito básico de todo ser humano, com apoio nas cosmovisões religiosas e éticas predominantes na região. (Apud TATAGIBA, 2006, p. 142).

O caráter moral vem colocado numa roupagem apolítica, que oculta conflitos, interesses em disputa e reafirma o clientelismo, a repressão e reatualiza a lógica do favor.

Outra profissional apresenta a questão do “interesse” em participar, questionando as condições objetivas da população para inserir-se em espaços participativos.

Possibilidade tem, mas será que tem essa pessoa da comunidade para vir aqui discutir, entendeu? Isso que eu penso, será que tem essa pessoa e será que essa pessoa sabe as necessidades da comunidade, entendeu? Porque tudo bem, também tem a parte do espaço, cadê o espaço para essa pessoa entrar ? [...] Mas, às vezes, eu me pergunto isso, será que a comunidade está interessada em vir discutir sobre isso? Por exemplo, na reunião que eu te falei, da preconferência de saúde, tinha duas pessoas da comunidade, uma que falou: "Olha, eu estou aqui, nem sei porque, que mandaram falar que tinha uma reunião e eu vim" e a outra não falou muito e não deu muito a sua opinião. Então, isso que eu fico pensando: será que tem essa pessoa da comunidade e será que a comunidade consegue estar organizada para isso? Aqui é um local que as pessoas trabalham o dia inteiro. Então, tem muito essa dificuldade, se tem essa pessoa, ela tem que trabalhar, porque ela tem filho, tem família e ela não acha que isso seja prioridade dela vir aqui para discutir alguma coisa que eles estão desacreditados de saúde e tudo. (Entr. 12).

A dificuldade de participação por causa das condições objetivas da população também é explicitada por um dos usuários:

A velocidade de mobilização das entidades e segmentos populares não é tão grande, pois as pessoas trabalham e desenvolvem o trabalho com a comunidade no momento de folga. (Entr. 7).

Os dois últimos depoimentos nos reportam ao atual contexto de aprofundamento das desigualdades sociais, que vem acompanhado por profundas mudanças no mundo do trabalho, que afetam não somente a economia e a política, mas também as formas de sociabilidade humana (IAMAMOTO, 2008). O fracasso, ou o sucesso de estratégias de participação, não pode vir dissociado desse contexto em que se dilaceram os direitos sociais de homens e mulheres, que, tomados pelo processo de miserabilidade e pobreza, sua principal luta é por sua própria sobrevivência.

As dificuldades de participação da sociedade também são associadas à história política do DF, do processo de ocupações no Itapoã, que se deu num contexto de cooptação e assistencialismo, assim como os interesses individuais e político- partidários.

Existe em todo o DF uma característica dos movimentos populares terem um perfil de luta mais difícil de você achar, os movimentos populares de luta mesmo, é muito mesclado com fisiologismo, tal, por conta de toda a história do Roris, história mais recente, aí, do governador que cooptava muito movimento, que entrava muito na lógica do toma lá, dá cá, isso é muito ruim, assim, para a consciência do povo, assim, consciência de organização do povo, né, noção que o povo tem de organização. E, aqui no Itapuã, então, mais ainda, porque surgiu de ocupações ou de invasões, né, ocupações de terra. Só que nada parecido com o movimento organizado, popular organizado. Tinham lá os seus caudilhos que puxavam o povo e vinha a galera, né, tinha aí os líderes e tal, mas eram caudilhos, eles não tentavam organizar o movimento com a consciência de organização popular. [...]

Então, eu acho que o motivo da dificuldade das pessoas participarem mais é a política de toma lá dá cá, que existia sempre nos governos anteriores. E é um pouco o lance do coronel, né, do pai dos pobres, que existia desde antes assim. (Entr. 11).

[...] relação com ganho pessoal desses líderes, há politicagem muito grande. A gente está tendo muito cuidado ao ter esse contato. (Entr. 3).

A constituição de espaços de participação política das classes subalternas, a organização sociopolítica da sociedade civil, é profundamente marcada pela forma como se configura o Estado capitalista brasileiro, que, assim como nos coloca Ianni (2004), sobre a clássica discussão da Revolução Burguesa no Brasil, de Florestan Fernandes, diante de uma economia colonial periférica e dependente, mantém-se a lógica do que está posto, sem romper com o passado; fortalecem o patrimonialismo, o clientelismo e o favoritismo, traços tão presentes em nossa cultura política e utilizada para garantir os privilégios das classes dominantes. Tais traços permanecem nos sujeitos, nas organizações da sociedade civil, produzindo tensões e contradições, de modo que podem vir a responder ao mero interesse de certa elite política de se reproduzir como grupo no poder, o fisiologismo. (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006).

Dominantes em um momento determinado em certos setores da sociedade civil, as diferentes formas de cultura autoritária (faccionalismo, caudilhismo, clientelismo, autoritarismo, personalismo, falta de transparência) podem destruir as novas práticas cívicas, solidárias e participativas que emergiram depois das transições. Mais ainda, as práticas não-civis podem afetar seriamente a capacidade e legitimidade de alguns atores da sociedade civil de contribuir para os processos de democratização. (DAGNINO, OLVERA, PANFICHI, 2006, p. 30).

No entrelaçamento com esse contexto, as possibilidades da participação social na APS se colocam em relação a uma conjuntura de não garantia do direito à saúde, sobretudo quando a saúde vinculada ao mercado promovido pelo projeto neoliberal gera precarização dos serviços públicos e das condições de trabalho.

A organização política das entidades, a exemplo da recém-criada Central dos Movimentos Populares (CMP) de Itapoã, são identificadas como formas de enfrentamento e de articulação, assim colocado por um dos sujeitos:

Hoje a CMP tem três movimentos. Associação dos skatistas, a prefeitura, e o grupo Maria Flor, que é um grupo de artesãs. [...] A ideia é articular os movimentos para lutar por questões maiores, que dizem respeito ao direito à cidade mesmo. Um dos lemas da CMP é pelo direito à cidade, direito integral, né, não é só o lote, também asfalto, segurança, lazer, saúde, cultura, né.[...] uma das questões que é transversal a todo mundo é a saúde, nessa lógica que a gente fez a mobilização para participação na conferência regional de saúde, ... elegemos delegados, participamos da conferência distrital de saúde e elegemos dois delegados para a nacional. (Entr. 11).

A expectativa para os sujeitos da pesquisa recai no Conselho de Saúde, sendo este concebido como importante mecanismo de ampliar a participação social, conforme explicitado na seguintes falas:

Eu acho que é fortalecendo mesmo o conselho, é o espaço privilegiado para isso. Só que aí é aquela questão do contexto, né, do contexto que está inserido, a gente precisa superar uma série de visões recuadas do povo em relação à participação popular, né. E aí também por parte da equipe, dos profissionais, eles terem uma paciência maior ou uma prática também, né, que o cara que trabalha na saúde as vezes mora aqui ou ele está acostumado com a falta de interesse de participação do povo aqui. Então, precisa acostumá-los à ideia de uma participação maior, mas eu acho que tem que ser principalmente fortalecendo o conselho e fazendo uma articulação com os movimentos sociais e ONGs também. (Entr. 11).

Agora nós temos o conselho, estamos esperando a primeira reunião do conselho para nós relevarmos esse problema, ou seja, o conselho tem que ver isso aí que está acontecendo [...] por isso que é bom ter no conselho alguém que cuida da comunidade, o que a comunidade quer, o que está acontecendo. (Entr. 9).

Também foi abordada a importância da relação entre profissional/equipe de saúde e comunidade:

troca de experiências, porque eu acredito que o profissional não é Deus, ele precisa de determinadas informações concretas e reais para que ele possa atuar bem e para ele se sentir bem na comunidade para tratar bem o outro também. Então, eu acho que é uma mão dupla, se conseguirmos uma boa relação entre o profissional de saúde e a comunidade, os serviços de saúde de uma forma geral melhoram e o trabalho do profissional também. (Entr. 7).

Para outros, as possibilidades de participação estão atrelados à responsabilidade governamental na resolutividade de problemas atuais na prestação do serviço de saúde,

A outra possibilidade mesmo acho que é só mesmo o secretário de saúde mesmo, ele correr atrás mesmo dos problemas, eu não tenho outra visão porque, como eu te falei, de baixo, eu pedi o gerente do posto de saúde, fui até onde pude, tipo, fui até a sub-secretaria e foi a mesma coisa. (Entr. 9).

Olha, eu visualizo que se os gestores fossem, no futuro, menos políticos e mais administradores, nós vamos conseguir implantar, sim, o programa saúde da família em todo centro de Itapuã. (Entr. 10).

Outro sujeito da pesquisa coloca que tem poucas esperanças:

Infelizmente, acho que nisso ainda é uma coisa assim meio utopia. Tenho poucas esperanças. Acho que ainda vai continuar por muito tempo assim. Levando em consideração que são poucos os profissionais que tem vontade de fazer diferente, tem muitos que já são acomodados, [...] o desestímulo foi muito grande, as dificuldades aqui dentro são muito grandes. Tudo o que você vê aqui construído somos nós. [...] eu continuo aqui e espero que um dia essa política nossa venha a mudar porque é uma população carente demais, que sofre muito, precisa muito mesmo. Muita coisa poderia ser feita. (Entr. 1).

Contudo, para os sujeitos da pesquisa, as possibilidades de participação social vinculam-se à superação da precarização dos serviços e das condições objetivas para a garantia do direito à saúde, ao mesmo tempo em que concebem que os mecanismos de participação social, por meio dos conselhos, podem vir a contribuir na superação das condições precárias atuais dos serviços de saúde e ampliar a organização sociopolítica das classes subalternas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Com o pessoal da saúde há uma dificuldade de aproximação, ora a gente não consegue ver e essa transparência, ora a gente não consegue ver esse desprendimento de realmente querer mudar.
(Entr. 7).*

Na construção desta tese, percorremos caminhos na tentativa de analisar as expressões e tendências da participação da sociedade na APS, assim como seus limites e possibilidades.

Nesse percurso, adentramos no contexto sócio-histórico do processo de constituição da APS em interação com as demais políticas de saúde e com os contextos econômico, social, cultural e político resultantes das contradições no processo de acumulação capitalista. Partimos da primeira proposta governamental formal de APS, em Dawson, passamos pela Conferência de Alma-Ata, realizada na década de 1970, momento em que eclodiu a “crise mundial” com esgotamento da onda expansiva do capitalismo e se instaurou um período de processo recessivo, que se articula pela reestruturação produtiva, a financeirização e ideologia neoliberal. (NETTO e BRAZ, 2006).

Tal conferência representou um marco significativo no debate da APS, resultando em propostas que se articularam em torno de dois polos principais: tanto expressou respostas a necessidades de ordens econômicas, política e social, como também demandas oriundas dos movimentos sociais. (CONILL, 2008). Nessa dualidade de interesses e disputas de projetos e concepções, fica evidenciada a superposição da política econômica. Para fins de interesse do capital, traços nas proposições que apontavam para uma perspectiva mais abrangente da APS preconizados em Alma-Ata, foram fortemente criticados por agências internacionais, desdobrando-se numa perspectiva seletiva de APS, que desde então se tem mostrado hegemônica nas últimas décadas.

A recuperação dessa história é fundamental para o entendimento de que uma política de saúde, universal, integral, democrático-participativa e de qualidade, colide

com a conjuntura política de ajuste macroeconômico que, sob a égide neoliberal, reduz o papel do Estado nas políticas sociais, encolhe os direitos sociais e expande o espaço do mercado.

Assim, a reforma do sistema público de saúde no Brasil, luta do movimento sanitário, apesar de alguns avanços no âmbito legal, não alcança concretude universal, um direito dos brasileiros. Como bem mostrou a presente pesquisa, persiste a desigualdade de acesso, a precarização das condições de trabalho, o modelo de gestão terceirizado, a precarização dos serviços de APS, modelo de atenção biologicista e centrado na doença.

A reconstituição histórica da APS no Distrito Federal expressa tais perspectivas, uma vez que está caracterizada por diferentes configurações, descontinuidade, baixa cobertura e inexpressiva participação da população; retrata traços da cultura política autoritária, de base patrimonialista, clientelista e caudilhista, em que o Estado capitalista brasileiro se fundamentou e que se reproduz nos governos e em nossa cultura política até os dias atuais.

Assim corrobora-se a tese aqui anunciada do aprofundamento da despolitização das expressões da questão social no âmbito da saúde, com reflexos nos modos de organização, operacionalização de ações/serviços e que tendem à impermeabilidade da política de saúde à participação da sociedade na Atenção Primária à Saúde, acentuada pela hegemonia neoliberal.

A centralidade na doença, como forma prioritária da organização e implementação dos serviços de atenção primária à saúde, reforça a abordagem individual, focalizada e, por conseguinte, reducionista e coerente com os valores neoliberais.

A pesquisa revelou a predominância de um modo tradicional, numa perspectiva biomédica, de construir as ações e serviços de saúde na APS, que, em alguns momentos, se assemelha ao modelo sanitarista, com ênfase nas campanhas e programas específicos e, em outros, com o modelo médico hegemônico fortemente centralizado na doença.

A dimensão participativa se entrecruza nesses dois modelos, com tendências à participação da sociedade nos programas e ações, num padrão normativo entre equipe e população, de caráter instrumental, utilizada como meio técnico, para implementação dos programas, adesão dos usuários, redução dos custos e alcance das metas estabelecidas.

Tal tendência, em alguns momentos, assemelha-se à concepção de participação comunitária nos moldes colocados por Carvalho (1995) explicitado no decorrer do estudo, mas adquire novos contornos, assumindo tanto uma dimensão participativa de caráter individual como coletiva, complementares e não excludentes entre si. A primeira caracteriza-se pela adesão na ação, na busca de informação, na possibilidade de opinar e dar sugestões, no autocuidado e empoderamento do usuário. Já o caráter coletivo, menos presente na fala dos sujeitos da pesquisa, volta-se para ações em que a população e/ou o serviço de saúde colabora de alguma forma em sua realização, como, por exemplo, quando o serviço de saúde oportuniza a participação dos profissionais em alguma ação de saúde realizada pelas entidades locais.

A tendência da participação de caráter individual se fortalece diante da supervalorização dos programas predeterminados, e a potência adquirida por estes, no cotidiano dos serviços, ao que parece, vem impedindo os profissionais, no âmbito da APS, a terem um olhar sobre o sujeito e maior imersão na realidade. Sob enfoque prioritário em programas e critérios de riscos, os serviços tendem a uma ação voltada prioritariamente para a doença do que para os indivíduos em seu contexto, numa realidade deglutida, onde se oculta o seu próprio viver. O enfoque nos programas em si tendem a desconsiderar as dimensões político-cultural e socioeconômica, a ponto de levar à apatia e manipulação da população. Nessa perspectiva, ganha força a retórica da autonomia do usuário na decisão relacionada à utilização dos serviços, na aceitação das orientações e recomendações pelos profissionais de saúde, o autocuidado e alcance de estilos de vidas saudáveis.

Com uma conjuntura adversa à garantia do direito à saúde, em relação às novas manifestações e expressões da questão social, de transformações contemporâneas e hegemonia neoliberal, presencia-se um conjunto de novas demandas e necessidades humanas de saúde que nos desafiam a construir novos modos de fazer, novas estratégias, perante a complexidade do processo saúde – doença e seus desdobramentos na vida das pessoas.

Nesse sentido, propostas alternativas de atenção são fundamentais para solidificar princípios e diretrizes preconizados legalmente, no âmbito do SUS, como a universalidade, integralidade e participação social. No decorrer do estudo, elencamos algumas propostas que surgiram a partir da década de 1980, como foi o

caso dos Silos, modelo de vigilância em saúde, linhas de cuidado, projeto assistenciais, ESF como modelo organizativo da APS, dentre outros.

No entanto, essas propostas não podem vir descoladas das presentes ameaças à garantia do direito à saúde. Importante manter-se atento às condições objetivas de sua implementação e os contornos que possam incorporar diante de um contexto, em que há constante ressignificação e apropriação de conceitos e propostas, que, antes utilizadas em favor das classes subalternas, sob forte influência da perspectiva neoliberal, tendem a assumir, como enfatiza Dagnino (2002) com relação à participação cidadã, uma confluência perversa, mencionado na introdução desta tese. A participação, colocada também sob a lógica individual, a exemplo da ampliação da autonomia do sujeito por meio das propostas atuais ligadas à clínica ampliada, são aqui reconhecidas como possíveis alternativas de participação na APS, mas essas não devem sobrepor ou dissociar-se das múltiplas determinações da totalidade social, sob o risco de ocultar, em meio a essas “novas modalidades”, o mau funcionamento dos serviços, a desresponsabilização estatal, a escassez de recursos e reatualização da responsabilização e culpabilidade individual e familiar da saúde dos indivíduos. Qualquer que seja a modalidade participativa deve estar entrelaçada à dimensão política, de modo a contribuir no acúmulo para a politização das relações sociais e aprofundamento da democracia.

Assim, a concepção do processo saúde *versus* doença e os modelos de atenção à saúde adotados no âmbito da APS se entrelaçam, e podem influenciar no fortalecimento ou não de processos participativos com contornos mais ou menos políticos críticos.

Alinhada a essas tendências, encontra-se a perspectiva da participação cidadã/social, por meio de canais específicos, como os conselhos de saúde. Essa foi a tendência que mais ficou evidenciada nos documentos oficiais, como a Renovação da APS nas Américas, as normativas do Ministério da Saúde e nas falas dos sujeitos da pesquisa empírica. No primeiro, aparece a ideia de participação como possibilidade de “parcerias ativas” na tomada de decisões sobre recursos, definição de prioridades e responsabilização, na fiscalização e no planejamento. Nas normas do Ministério da saúde, incluindo as NOBs, Noas, Pacto pela Saúde, Decreto 7.508/2011, e as políticas nacionais definidas pelo MS e CNS analisadas, com muita ênfase, aparece estratégias institucionalizadas (conselhos e conferências de saúde) para o fortalecimento da gestão local e do controle social, para o planejamento,

execução e avaliação das ações. E, na pesquisa empírica, tal tendência fica evidenciada nas falas dos sujeitos, ao reportarem-se à formação do conselho de saúde, com a expectativa de ampliar o espaço de diálogo com a população, como espaço para melhorar as condições de trabalho, ampliar o acesso e garantir melhorias na UBS e centro de saúde.

Nas referências utilizadas nesta tese, tal tendência da participação social/cidadã no âmbito das políticas sociais, vem caracterizando um conjunto de práticas e ações de caráter gerencial, voltada para melhorar a eficiência e eficácia das políticas, garantir legitimidade, otimizar recursos escassos, dentre outros aspectos. Por outro lado, mesmo reconhecendo os seus limites, os consideram importantes para o fortalecimento do processo democrático. No âmbito da APS, Além das questões apontadas, um dos limitadores da estratégia conselhistas é o caráter consultivo dos conselhos de saúde nesse nível de gestão, bem como a inexistência de mecanismos de cobrança das propostas apresentadas pelos conselhos ao poder público, prejudicando o processo participativo enquanto garantia de direitos, legando-lhes uma condição de submissão e de impotência, o que tem como consequência o descrédito e o esvaziamento das possibilidades de exercício efetivo de poder.

Nessa direção, também aparece a tendência da participação da sociedade por meio de rede social. Na pesquisa empírica, tal tendência aparece presente na rede social do Paranoá e Itapoã e nos documentos oficiais, a Política Nacional de Promoção da Saúde, que de forma contundente apresenta como perspectiva a construção de redes de compromisso e corresponsabilidade. No âmbito da APS, essa perspectiva pode se constituir em importante espaço de qualificação política das iniciativas dos segmentos populares locais, como das próprias equipes e serviços de saúde, porém sob a vigilância permanente, para não cair nas amarras neoliberais de reforço a responsabilização dos sujeitos, pela situação de saúde e das respostas necessárias para seu enfrentamento. A forma como expresso na Política Nacional de Promoção da Saúde, “redes de compromisso e corresponsabilidade com a qualidade de vida da população”, se associado á ideia de “parcerias ativas” presente no documento de Renovação da APS nas Américas, dá a impressão da intencionalidade que caminha na direção de uma APS fortemente seletiva e focalizada que, na contramão do direito à saúde, tende a solidarizar-se na atenção aos cuidados primários à saúde, por motivações voluntaristas, colaborativas

e apolíticas.

Cabe ressaltar que nas políticas nacionais analisadas e no Pacto pela Saúde (Pacto em Defesa do SUS) aparece a necessidade de ampliação das estratégias de participação e mobilização social no SUS para além dos espaços institucionalizados. Na Política Nacional de Atenção Básica, a participação aparece também como vínculo entre equipe e população e por meio do desenvolvimento de ações educativas para interferir no processo saúde-doença e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. Na Política Nacional de Promoção da Saúde, aparece a implementação de novos mecanismos de mobilização social e processos de educação popular em saúde. Na Política Nacional de Humanização, evidencia-se o protagonismo de sujeitos e coletivos, ainda que focado na gestão. O Pacto em Defesa do SUS recomenda ações no âmbito da articulação e mobilização social, educação popular na saúde, e na relação com movimentos sociais.

São proposições importantes que, devidamente apropriadas e configuradas num sentido político-crítico, tendem a oportunizar experiências de participação para além das correlações de causalidade articuladas à ideia de eficiência, da boa governança, do autocuidado.

Contudo, na presente tese aponta-se para a falta de permeabilidade na política de saúde à participação da sociedade na APS. Há esvaziamento dos processos participativos locais, a luta pela saúde passa a ser quase que exclusivamente pelos canais institucionais, limitando-se às questões de financiamento, organização, gestão. Há que se considerar a constituição de diferentes espaços na luta pela saúde. Aqui, para agregar elementos às análises realizadas apontamos duas dimensões do processo participativo em saúde considerados relevantes no âmbito da APS: o primeiro refere-se aos espaços institucionalizados, como conselhos e conferências, na formulação, fiscalização, controle das políticas de saúde. O segundo diz respeito ao campo de execução da política de saúde. É importante reconhecer a utilização de estratégias de participação em saúde, com clareza dos seus limites, nos diferentes espaços das ações e serviços, de modo a valorizar o seu componente político-educativo, de repolitização da saúde, que contribua para a ampliação das bases política e social na luta pelo direito à saúde, com a formação de novos sujeitos individuais e coletivos.

Trata-se, aqui, de enfrentar e considerar os limites das estratégias participacionistas, que por si só não são portadoras de capacidade de transformação, mas que podem contribuir na construção de soberania popular e vontade coletiva, quando combinadas a outras lutas populares, de organização e mobilização em torno da defesa e expansão da democracia. Esse parece ser um caminho que se descortina para revigorar a capacidade de participação, controle social, contestação política e de resistência aos mecanismos de subalternização social, tendo por horizonte novos padrões de civilidade e novas formas de sociabilidade humana, conforme o referencial teórico utilizado e a leitura dos sujeitos da pesquisa:

Eu gostaria sinceramente que a população fosse detentora do poder, ela tem de exigir o que ela gostaria que fosse exigido por mais simples que fosse o atendimento. (Entr. 10)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACANDA, Jorge Luis. Hegemonia e cultura revolucionária. In:_____. *Sociedade civil e hegemonia*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 185-214.

ACIOLI, Moab Duarte, CARVALHO, Eduardo Freese de. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cad. Saúde Pública*, 1998, v.14, supl.2, p. S59-S68. ISSN 0102-311X.

AGUILERA, C. E., BAHIA, L. História das políticas de saúde no Brasil. *Cadernos Didáticos UERJ*. Temas de políticas de saúde, n. 6, 1993.

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.

ANTUNES, Ricardo. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. *Capacitação em serviço social e política social: Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: Cfess, Abepss, Cead/NED-UNB, 2000. p.17-31.

AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In. PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: Ipea, 2011, v. 7. 372 p.

BAKHTIN, Mikhail. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006. Disponível em:
http://www.geografia.fflch.usp.br/graduacao/apoio/Apoio/Apoio_Gloria/2011/MARXISMO_E_FILOSOFIA_DA_LINGUAGEM.pdf

BEHRING, Elaine R., BOSCHETTI, Ivanete. *Política social: fundamentos e história*. Biblioteca Básica/ Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

BETTIOL, Liria Maria. *Atualizando o debate: formação profissional, trabalho em saúde e serviço social*. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2010.

BODSTEIN, R. Assistência médica na agenda pública. In: _____. *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumaré, 1993. p. 15-36.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.

_____. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. *Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: UnB/Cfess, 2009.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães, AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de saúde. *Cad Saúde Pública*, v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, jun. 1998.

BRASIL. *Constituição Federal*, 1988.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. *Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. *Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica nº 1/91. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. *Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social*. Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica nº 1/92. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1992. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm Acesso em 10 de outubro de 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. 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 União*, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm Acesso em: 08 de outubro de 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde, NOB - SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 64, n.21 6, p.22932, 6 nov. 1996. Disponível em http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm Acesso em: 10 de outubro de 2011

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001. http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm Acesso em: 04 agosto de 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria nº 373/2002. Anexa a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 03 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – *Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS> Acesso em: 03 de outubro de 2011.

BRASIL. 7.508, de 28.6.2011 Publicado no DOU de 29.6.2011 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. Disponível em <http://www4.planalto.gov.br/legislacao> Acesso em: 10 de outubro de 2011.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008.

BRASIL.. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. *Ministério da Saúde*. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis> Acesso em: 28 set. 2011.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria n.648/GM de 28 de março de 2006. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006A.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: política nacional de humanização. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Portaria n. 687 MS/GM de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf> Acesso em 10 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde/ Conselho Nacional de Saúde *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf Acesso em 10 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf Acesso em 10 de junho de 2011

BRASIL. Ministério da saúde. *Diretrizes do Nasf*: núcleo de apoio à saúde da família. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno de Atenção Básica, n. 27, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: Conass, 2011, Coleção para Entender a Gestão do SUS, v. 3.

BRASIL. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta o par. 5º do art. 198 da constituição federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Abepss/Opas, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: _____, LABRA, Maria Eliane (Org.). *Sistemas de saúde: continuidade e mudança*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 1995. p. 61-102.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho 1993. *Diário Oficial do Governo do Distrito Federal*. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://www.cl.df.gov.br/cldf/legislacao/lei-organica-1/>>. Acesso em: 8 jan. 2012.

CAMPOS, Edval Bernardino, MACIEL, Carlos Alberto Batista. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, n. 55, p. 143-155, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, GWS. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup), 2007.

_____. et al Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild – Hucitec, 2010.

_____, DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [on-line], v.23, n.2, pp. 399-407. ISSN 0102-311X, 2007b. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2012.

CARDOSO, Andréia dos Santos, NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. Saúde Coletiva* [on-line]. 2010, v.15, suppl.1, pp. 1509-1520. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/063.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Ibam/Fase, 1995.

CARVALHO, Gilson. Vinte anos de SUS-CESSO. In: ICAPONI, Sandra et al. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010.

CHAUI, Marilena. *Convite à filosofia*. 13ª Edição. São Paulo: Editora Ática, 2008.

COELHO, Ivan Batista. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild – Hucitec, 2010.

COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo M. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. 3. ed., São Paulo: Cortez, 1999.

_____. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 225-244.

_____. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 315-327.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 12 de set. 2011.

CONILL, Eleonor Minho. 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. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, supl.1, Rio de Janeiro, 2008.

CORTES, Soraya M. Vargas. As origens da idéia de participação na área de saúde. *Saúde em Debate*, n. 51, Londrina, Paraná, junho, 1996.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTTA, Ana Elizabete et al. (Org.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M.I.S., MENEZES, J. S. B. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UEERJ, Rede Sirius, 2011.

COSTA, N. et al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p. 13-38.

COSTA, N. R. O banco mundial e a política social nos anos 90 – a agenda para reforma no setor saúde no Brasil. In: _____, RIBEIRO, J. M. *Política de saúde e*

inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 13-29.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2008.

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

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DA ROS, Marco Aurélio. *Um drama estratégico: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina*. Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro, 1991.

_____. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BRAGRICHEUSKY, Marcos, PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco. *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Novalettra, 2006.

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

_____. OLVERA, A. PANFICHI, A. *A disputa pela construção democrática na América latina*. São Paulo: Paz e Terra, Campinas: Unicamp, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi et. al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n 4, p. 531-540, out. dez.1996.

DIAS, João Carlos Pinto. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 1998, v.14, supl.2, p.S19-S37. ISSN 0102-311X.

DRAIBE, Sonia M. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. *Revistausp*, nº 17, São Paulo: 1993. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/17/SUMARIO-17.htm> Acesso em: 08 de julho de 2011.

DRUMOND Jr. Marcos. Epidemiologia em serviços de saúde. In: Campos, GWS. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SCOREL, Sarah, TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1923: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.) et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 3: Política Social* Brasília: Cfess, Abepss, Cead/NED-UNB, 2000, p. 41-56.

FORRESTER, Viviane. *O horror econômico*. São Paulo: Unesp, 1997.

FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In. CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André

Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild – Hucitec, 2010

GDF, Codeplan. Companhia do desenvolvimento do Planalto Central. *Distrito Federal: síntese de informações socioeconômicas*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000005.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

GENTILI, Pablo. Como reconhecer um governo neoliberal? Um breve guia para educadores. In: SILVA, L. H., AZEVEDO, J. C. (Org.). *Reestruturação curricular no cotidiano da escola*. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inclusa - um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, Ligia, MENDONÇA, Maria Helena Guimarães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et. al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____, ALMEIDA, Patty Fidelis. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.8, Rio de Janeiro, ago. 2008.

_____. et. al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2009.

GOMES, Luciano Bezerra, MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, jan. 2011, v.27, n.1, p.7-18. ISSN 0102-311X.

GÖTTTEMS, Leila Bernardo Donato et. al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, Rio de Janeiro, jun. 2009.

_____. PIRES, Maria R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Rev. Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 2, p.189-198, 2009.

_____. *Análise da Política de Atenção Primária à Saúde Desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de Saúde (1979 a 2009)*. Tese (Doutorado em Administração). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (Seplan). *Plano plurianual/PPA 2012 -2015*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.seplan.df.gov.br/planoplurianual/118.html>>. Acesso em: 5 jan. 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano diretor de regionalização*. Brasília, DF, versão 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Estabelecimentos da Secretaria de Estado de Saúde do DF*. Brasília, DF, versão abril 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório estatístico da SES e HUB*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009669.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2011.

_____. Secretaria de Estado de Cultura. *Prefeitos e governadores do Distrito Federal 1960-2008*. Brasília: Arquivo Público do Distrito Federal, 2008. Disponível: <http://www.arpdf.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=13282>. Acesso em: 6 jan. 2011.

_____. Codeplan/ Seplan. *Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Itapoã – Pdad - 2010/2011*. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Codeplan/ Seplan. *Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Paranoá – Pdad 2011*. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

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

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana S. B. *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

HILDEBRAND, Stella Maris. *O modelo político-tecnológico da atenção a saúde da família no Distrito Federal: 1997-2006*. 2008. 318 f.. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

IANNI, Octavio (Org.). *Florestan Fernandes: sociologia crítica e militante*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

IAMAMOTO, Marilda V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro. Trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2008.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Brasil: o estado de uma nação*. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão/Ipea, 2005. Disponível em: <<http://en.ipea.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

JARA, Felipe H. de La. A institucionalização da participação cidadã: análise dos marcos legais da participação na América Latina. In: DAGNINO, Evelina, OLVERA, A. PANFICHI, A. *A disputa pela construção democrática na América latina*. São Paulo: Paz e Terra, Campinas: Unicamp, 2006.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, SILVA, Raimunda Magalhães da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc. Saúde Coletiva*, jul. 2010, v.15, n. 4, p.2133-2143. ISSN 1413-8123.

MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARTINELLI, Maria Lúcia, RODRIGUES, Maria Lúcia R., MUCHAIL, Salma T. (Orgs.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. (Org.). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras editora, 1999.

_____. *Serviço social: identidade e alienação*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. *Revista Serviço Social e Saúde*. Nº 6 (VI), p. 21 – 34, maio, 2007.

_____. Os métodos na pesquisa. A pesquisa qualitativa. *Temporalis/ABEPSS*, ano V, n. 9, jan. a jun., 2005.

_____. *Reflexões sobre o serviço social e o projeto ético-político profissional*. Emancipação. Paraná. Ponta Grossa. nº 6, p. 9 – 23, maio, 2006.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações Básicas para a Pesquisa. In. MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Abepss/Opas, 2006.

_____, IBAÑEZ, Nelson, IANNI, Aurea Maria Zöllner. *A experiência do Pró-Saúde na faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. In. PIERANTONI, Célia Regina e VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Educação & Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MARZARI, Carla Kowalski, JUNGES, José Roque, SELLI, Lucilda. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciênc. Saúde Coletiva [on-line]*. 2011, v.16, supl.1, pp. 873-880. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a19v16s1.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

MARX, Karl. *A questão judaica*. 6. ed. São Paulo: Centauro, 2007.

MASSUDA, Adriano. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild-Hucitec, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) *Distrito sanitário: processo social de mudanças das políticas sanitárias do SUS*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

_____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Opas/Conass, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, Regina Célia, NOGUEIRA, Vera M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Abepss/Opas, 2006.

_____. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. Abepss/Opas, 2006b.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. In. *Ser Social: revista do Programa de Pós – graduação em Política Social- UnB*. Vol. 11, n. 25. Brasília: 2009.

NETTO, José Paulo. *Democracia e transição socialista: escritos de teoria política*. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

_____. *A construção do projeto ético político do serviço social frente à crise contemporânea*. CAPACITAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL, módulo 1. Brasília: Cfess/ Abepss/Cead/UnB, 1999.

_____. Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Org.). *Política social: alternativas ao neoliberalismo*. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Política Social – SER/UnB, 2004.

_____. Movimento de reconceituação 40 anos depois. *Revista Serviço Social e Sociedade*, n. 84, São Paulo: Cortez, 2005.

_____. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, Francis M., RISSOTTO, Maria Lúcia F. (Orgs.). *Estado e políticas sociais*, Cascavel-PR: Edunoeste, 2006. pp 11-28.

_____, BRAZ, Marcelo. *Economia política: uma introdução crítica*. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, Otávio Cruz, MOREIRA, Rasga Marcelo, SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. *Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002.

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

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2002, v.18, n.6, pp. 1639-1646. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2012.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE. *Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia*. Tradução e impressão, Ministério da Saúde do Brasil/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2010.

OLIVEIRA, Andréia de. *A participação popular nos conselhos populares de saúde no município de Criciúma – SC*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2000.

OLIVEIRA, A. Jaime. Reforma e reformismo: para uma teoria política da Reforma Sanitária. In: COSTA, N. et. al. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p. 13-38.

OLIVEIRA, Gustavo N., FURLAN, Paula G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, Gastão W. Souza, GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild-Hucitec, 2010.

O'DWYER, Gilson Cantarino, MOYSÉS, Neuza M. N. Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil? *Cad. Saúde Pública*, n. 14, Rio de Janeiro, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção do SUS*. Série Técnica de Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, Opas, 2011a.

_____, OMS. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS. Washington, 2007 (em inglês), publicação em português, 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5575.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011b.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador-BA: ISC, 2002.

_____. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

_____. *Modelos de Atenção à saúde no Brasil*. GIOVANELLA, Lígia (Org.) et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASCHE, Dário Frederico. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI, Sandra et al. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010.

PEREIRA, Potyara A. P. *Política social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Ottawa-Canadá, Nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2011.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social – caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

_____, WANDERLEY, L. E. Desafios de uma gestão pública democrática na reintegração regional. *Serviço Social e Sociedade*, ano XXV, n. 78, São Paulo: Cortez, jun. 2004.

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 329-344.

REIS, Renato Hilário dos. *A constituição do sujeito político, epistemológico e amoroso na alfabetização de jovens e adultos*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP: 2000. Disponível : <<http://www.forumeja.org.br/df/teses>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

SALTMANN R. B., RICO, A., BOERMA, W. (Eds.). *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas. Open University Press, Ministério da Saúde do Brasil/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2006.

SCHERER, Magda D. A. *O trabalho da equipe no programa de saúde da família*. Possibilidades de construção da Interdisciplinaridade. Tese (Doutorado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2006.

SEMERARO, Giovanni. A concepção de sociedade civil. In: _____. *Gramsci e a sociedade civil*. PETrópolis: Vozes, 1999. p. 69-101.

SIMIONATTO, Ivete. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: Cfess/Abepss, 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TATAGIBA, Luciana. Os desafios da articulação entre Sociedade Civil e Sociedade Política sob o marco da democracia gerencial. O caso do Projeto Rede Criança em Vitória/ES. DAGNINO, E. OLVERA, A. PANFICHI, A. (Orgs.). *A disputa pela construção democrática na América latina*. São Paulo: Paz e Terra, Campinas: Unicamp, 2006.

TEIXEIRA FLEURY, Sonia (Org.). *História das políticas de saúde no Brasil: antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.

_____. (Org.) *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumaré, 1992.

_____. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

TEIXEIRA, Maria Lucia, WERNECK VIANNA. Participação em saúde: do que estamos falando. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. 2009, p. 218-251.

TESTA, Mário. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB (FS-FM) /SES-DF. *Análise participativa da situação de saúde da Regional de Saúde do Paranoá, Distrito Federal*. Jul. set. 2008. UnB (FS/FM) – SES –DF (Regional do Paranoá), Brasília, 2008.

VAITSMAN, Jeni. Saúde, Cultura e Necessidades. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumaré, 1992.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. *Physis* (Rio J.) 2004; 14:67-83.

_____. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia, LOBATO, Lenaura V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

_____. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. 5ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular nos serviços de saúde: uma questão de perspectiva. *Cad. de Saúde Pública*, n. 14, p. 7-18, Rio de Janeiro, 1998.

_____. STOTZ, Eduardo. *Participação popular e saúde*. 2. ed. Coleção Saúde & Educação. PETrópolis (RJ): CDDH/Cepel, 1991. 40p.

_____. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. *Cad. Saúde Pública*, mar. 1992, v.8, n.1, p.30-40. ISSN 0102-311X.

VAZ, Alexander Cambraia N. Da participação à qualidade da deliberação em fóruns públicos: o itinerário da literatura sobre conselhos no Brasil In: PIRES, Roberto Rocha C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: Ipea, 2011. v. 7 (372 p.)

VIANA, Ana Luiza D'ávila e Dal Poz Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.

VIEIRA, Evaldo Amaro. *Os direitos sociais e a política social*. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. *Estado e miséria no Brasil: de Getúlio a Geisel*. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

WANDERLEY, L. E. Desafios da sociedade civil da brasileira em seu relacionamento dialético com o Estado e o mercado. In: RAICHELIS, R., RICO, E. *Gestão social: uma questão em debate*. São Paulo: Educ, IEE, 1999.

WENDHAUSEN, Águeda. *Micropoderes no cotidiano de um conselho de saúde*. Tese (Doutorado em Enfermagem/Área de Concentração Filosofia e Saúde)-Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18(6):1621-8.

WERNECK VIANNA, Maria Lucia. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan: Ucam, Iuperj, 2000.

WESTPHAL, Marcia faria. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: CAMPOS, GWS. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Cfess/Abepss, 2009. p. 143-163.

_____. Estado, Políticas Sociais e Implementação do SUAS. *Brasil. CapacitaSuas*, v. 1 (2008) SUAS: Configurando os Eixos de Mudança / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1.ed. Brasília: MDS, 2008, 136 p.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Roteiro de entrevista com profissionais de saúde - Unidade e Centro Saúde

Data da entrevista:

Unidade/Centro de Saúde:

Equipe vinculada:

a) Características gerais do sujeito de pesquisa:

- Idade: _____ Sexo: _____
- Formação profissional
 - área de graduação e ano de formação:
 - Pós-graduação (área e ano):
- Locais onde já atuou profissionalmente e período:
- Quanto tempo atua na APS:
- Quanto tempo atua na equipe da Unidade / Centro Saúde:
- Tipo de vínculo funcional:
- Já participou de alguma instância de participação (institucionalizada ou não) no âmbito do SUS? Qual?(ex. conselho, conferência, fóruns...)
- Já integrou alguma entidade, organização coletiva? (sindicato, ONGs...)

b) Dimensão da Participação em Saúde na Atenção Primária à Saúde

- Que atividades você realiza em seu trabalho e como são organizadas com a equipe de saúde a que pertence?
- Como são definidas as prioridades para a unidade/centro de saúde? Existe a participação da população/usuários?
- Existe algum tipo de relação entre a equipe de saúde e a População/usuários na definição das atividades da equipe/CS – Unidade de Saúde? Se sim, como ocorre?
- A equipe tem conhecimento da existência de movimentos, segmentos populares organizados, entidades sociais locais? Vocês desenvolvem ações envolvendo a participação desses movimentos e entidades?
- Que tipo de ações você e a equipe consideram importantes realizar com a população, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais locais?
- Quais dificuldades a equipe encontra na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde local?
- Quais possibilidades a equipe encontra na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde local?

APÊNDICE II - Roteiro de entrevista com Gestor Local

Data da entrevista:

a) Características gerais do sujeito de pesquisa:

- Idade:
- Sexo:
- Formação profissional
 - área de graduação e ano de formação:
 - Pós-graduação (área e ano)
- Locais onde já atuou profissionalmente e período:
- Quanto tempo atua na APS:
- Quanto tempo atua na equipe da Unidade / Centro Saúde:
- Tipo de vínculo funcional:
- Já participou de alguma instância de participação (institucionalizada ou não) no âmbito do SUS? Qual?(ex.conselho, conferência, fóruns...)
- Já integrou alguma entidade, organização coletiva? (sindicato, ONGs...)

b) Dimensão da Participação em Saúde na Atenção Primária à Saúde

- Que serviços são realizados na unidade de saúde e como são organizados com a equipe de saúde?
- Como são definidas as prioridades para a unidade/centro de saúde? Existe a participação da população/usuários?
- Existe algum tipo de relação entre a equipe de saúde, gestão da unidade/centro de saúde com a População/usuários na definição das atividades da equipe/unidade/centro de saúde? Se sim, como ocorre?
- Você tem conhecimento da existência de movimentos, segmentos populares organizados, entidades sociais locais? Você e a equipe de saúde desenvolvem ações envolvendo a participação desses movimentos e entidades sociais?
- Que tipo de ações e estratégias você considera importante de realizar com a população, segmentos organizados da sociedade, entidades locais no processo de gestão e na assistência à saúde prestada pela unidade?
- Quais dificuldades você e a equipe de saúde encontram na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades locais nas questões relacionadas à saúde local e na gestão do serviço?
- Quais possibilidades você e a equipe de saúde encontram na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde local e na gestão do serviço?

APÊNDICE III - Roteiro de entrevista com profissionais de saúde – NASF

Data da entrevista:

Unidade/Centro de Saúde:

Equipe vinculada:

a) Características gerais do sujeito de pesquisa:

- Idade: Sexo:
- Formação profissional
 - área de graduação e ano de formação:
 - Pós-graduação (área e ano)
- Locais onde já atuou profissionalmente e período:
- Quanto tempo atua na APS:
- Quanto tempo atua na equipe da Unidade / Centro Saúde:
- Tipo de vínculo funcional:
- Já participou de alguma instância de participação (institucionalizada ou não) no âmbito do SUS? Qual?(ex.conselho, conferência, fóruns...)
- Já integrou alguma entidade, organização coletiva? (sindicato, ONGs...)

c) Dimensão da Participação em Saúde na Atenção Primária à Saúde

- Qual é a proposta da equipe do NASF a que pertence para as equipes de ESF?
- Que atividades você realiza em seu trabalho e como são organizadas com a equipe do NASF e ESF?
- Como são definidas as prioridades para o trabalho? Existe a participação da população/usuários?
- Existe algum tipo de relação entre o NASF, equipe de saúde da ESF e a População/usuários na definição das atividades? Se sim, como ocorre?
- A equipe do NASF tem conhecimento da existência de movimentos, segmentos populares organizados, entidades sociais locais? A equipe desenvolve ações envolvendo a participação desses movimentos e entidades sociais locais?
- Que tipo de ações e estratégias você considera importante de realizar com a população, segmentos organizados da sociedade, entidades locais? (Entrevista com Assistente Social: Qual e como poderá ser a contribuição do Assistente Social do NASF?)
- Quais dificuldades a equipe do NASF encontra na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas a saúde local?
- Quais possibilidades a equipe do NASF encontra na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde local?

APÊNDICE IV - Roteiro de entrevista com usuário/ segmento organizado/movimento social local

Data da entrevista:

Unidade/Centro de Saúde a que pertence como usuário:

Equipe a que pertence como usuário:

a) Características gerais do sujeito de pesquisa:

- Idade:
- Sexo:
- Naturalidade:
- Há quanto tempo reside na comunidade:
- Ocupação:
- Escolaridade:

c) Dimensão participativa (geral)

- Participa ou já participou de alguma instância de movimento social? Qual?
- Participa ou já participou de algum movimento, fórum, organização, na área da saúde? Qual? (ex.conselho, conferência, fóruns...)
- Qual sua avaliação desses espaços?

d) Dimensão da participação em Saúde/ APS

- Que serviços são realizados na unidade de saúde e como são organizados?
- A população interfere na definição das atividades, serviços da equipe de saúde e do CS/ unidade de saúde? Se sim, como?
- Existe alguma forma de articulação entre os movimentos organizados no âmbito local e de outras entidades locais que contemplem questões relacionadas à saúde? E com outras organizações regionais e distritais, há alguma articulação?
- Você considera necessária a participação da população nas questões relacionadas a saúde? De que forma?
- Quais dificuldades você e a população encontram na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde?
- Quais possibilidades você e a população encontram na participação da população, usuários, segmentos organizados da sociedade, entidades sociais nas questões relacionadas à saúde?

ANEXOS

ANEXO I - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal SES/DF - CEP/SES Nº 356/2011



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 356/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 400/11- A defesa de princípios democráticos na política de saúde: um estudo sobre a relação da equipe de saúde com a população no contexto da atenção primária à saúde.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 29/08/2013.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 29 de agosto de 2011.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: A defesa de princípios democráticos na política de saúde: um estudo sobre a relação da equipe de saúde com a população no contexto da Atenção Primária à Saúde, que se refere a um projeto de Doutorado da acadêmica Andréia de Oliveira, vinculada ao Programa de Estudos Pós - Graduados em Serviço Social da PUC/SP, orientado pela Professora Dra. Maria Lucia Martinelli.

O objetivo desta pesquisa é analisar as potencialidades e limitações da defesa de princípios democráticos na política de saúde, por meio da participação em saúde na APS, tendo como lócus da pesquisa empírica a Unidade e Centro de Saúde de Itapoã, localizados na regional do Paranoá – SES/GDF.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será por meio de entrevista, previamente agendada e gravada, onde o(a) senhor(a) será convidado a responder questões relacionadas a defesa de princípios democráticos no âmbito da APS no DF, com um tempo estimado para sua realização. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa de Estudos Pós - Graduados em Serviço Social da PUC/SP, podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, com responsável principal: Andréia de Oliveira E-mail: andreiazimba@hotmail.com ou pelo telefone 0xx (61) 81080161 no horário das 9h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Ao aceitar participar da pesquisa, o (a) senhor(a) deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora, termo do qual ficará com uma cópia.

Nome / assinatura do participante

Nome/ assinatura Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

