

# PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA\*

CARLOS MANUEL SOTO GUEVARA\*\*

EFRAIN LAZO MÉNDEZ\*\*\*

ELIO FRANCISCO SIERRA ANDINO\*\*\*\*

FRANCISCO EDUARDO CAMPOS\*\*\*\*\*

PEDRO ENRIQUE BRITO QUINTANA\*\*\*\*\*

PEDRO LUIS VALENCIA GIRALDO\*\*\*\*\*

*1. Breve relato histórico; 2. Categorias analíticas dos processos de participação popular nos programas de saúde; 3. Proposta metodológica para a análise da participação comunitária em saúde na América Latina; 4. Discussão.*

## 1. Breve relato histórico

Numa primeira abordagem consideramos, para a análise, vários critérios de referência que são, em nosso entender, suficientemente relevantes para serem levados em conta e que contêm elementos de natureza econômica, social e política. Procuramos fazer com que tais critérios conseguissem articular esses elementos com categorias englobadas na caracterização do setor saúde.

Tais critérios seriam cronologicamente os seguintes:

- a) intervenção do estado capitalista na área social (estado do bem-estar social);
- b) desenvolvimento econômico e planejamento para a saúde na América Latina;
- c) a III Reunião de Ministros da Saúde das Américas e a Extensão da Cobertura.

### 1.1 Intervenção do Estado capitalista no bem-estar social

A devastação produzida pela II Guerra Mundial impulsionou os governos a intervirem direta e decididamente tanto na área econômica quanto na área so-

\* Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Orientação da Prof.<sup>a</sup> Sonia Maria Fleury Teixeira, do Proasa — EBAP — FGV. (Praia de Botafogo, 190 — S/527 — 22253 — Rio de Janeiro, RJ.)

\*\* Diretor do Centro de Investigación y Capacitación en Administración Pública, Ministerio de Salud. (Apartado 745 — San José, Costa Rica.)

\*\*\* Diretor-geral da Oficina General de Información y Estadística, Ministerio de Salud. (Av. Brasil, 2.309 — Lima, Peru.)

\*\*\*\* Chefe de División de Planificación. (Ministerio de Salud Pública de Tegucigalpa, DC, Honduras.)

\*\*\*\*\* Coordenador do Curso de Especialização Social. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. (Av. Alfredo Balena, 190 — Belo Horizonte, Minas Gerais.)

\*\*\*\*\* Professor na Universidade Peruana Cayetano Heredia. (La Alvorada, 1.799 — Urb. Las Brisas — Avep — Lima, Peru.)

\*\*\*\*\* Professor na Faculdade Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. (Calle 62 ≠ 52 — 19 — Medellin, Colômbia.)

cial (habitação, alimentação, saúde etc.). Devemos considerar que, com a crise de 1930, consolida-se o modo de produção capitalista na sua fase monopolista, que entra num período eminentemente expansionista, depois da II Guerra, com a hegemonia norte-americana.

Um caso de particular importância é o da Inglaterra, onde se formulou a proposta de direitos sociais mínimos, consolidada no Plano Beveridge. O Plano Beveridge teve um papel importante a ponto de suas conclusões adquirirem caráter internacional. Suas recomendações servem de base para a criação de ministérios da saúde em diversos países da América e para a formação de instituições encarregadas de proporcionar sistemas de Previdência Social.

Foi nessa época, que os EUA promoveram programas de reconstrução na Europa Ocidental (o Plano Marshall), que pressupunham a exigência do planejamento para ter acesso à ajuda norte-americana. Por intermédio de investimentos diretos, do controle do comércio e das finanças internacionais, os monopólios norte-americanos chegaram a controlar de maneira hegemônica a economia ocidental.

Ao mesmo tempo, e dirigida fundamentalmente para o setor saúde dos países latino-americanos dependentes, algumas fundações e instituições públicas norte-americanas patrocinam a formação de sanitaristas nos EUA, com uma orientação preventivista, com ênfase na medicina tropical e nas doenças infecciosas (relacionadas com graves problemas em zonas de atividade econômica primária), com especial dedicação ao combate a endemias tais como a malária, o mal de Chagas, a febre amarela etc. São assinados convênios especiais com governos latino-americanos e impulsionada a criação de infra-estrutura sanitária para proteger plantações de bananeiras na América Central, borracha na zona amazônica, café etc. Assim se desenvolvem as grandes campanhas sanitárias contra as doenças infecciosas.

No recente pós-guerra, ocorre um fato jurídico de grande importância política e social no contexto deste breve resumo: o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e o dever do Estado de propiciá-la.

No campo do social começa a ocorrer, a partir da década de 40, na maioria dos países latino-americanos, o deslocamento em massa de camponeses para as cidades. Eles vão alimentar a arrancada industrial de vários países que recorreram a uma estratégia de substituição de importações, ao ser interrompido o fluxo de mercadorias e capitais das potências comprometidas no conflito bélico.

Junto com o impacto que poderiam ter as iniciativas estatais no campo das necessidades sociais, tornava-se necessário procurar outras soluções que fossem além da ajuda econômica. A estratégia fundamental, nesse sentido, é a de criar uma sólida opinião pública, bem-informada, com bases suficientes para opinar e com peso nas decisões que a afetam.

Assim, concebe-se nessa época uma incipiente proposta de participação na solução de seus problemas. Em 1945, ao ser constituída a Organização Mundial de Saúde, ressaltava-se:

“Uma opinião pública bem-informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para a melhoria da saúde do povo.”<sup>1</sup>

Com o tempo, essa proposta deu lugar às de participação da comunidade, que começam a ter o seu apogeu a partir dos anos 50, dentro de um esquema

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. Discusiones técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, p. 1, enc. 1974.

de organização para que a própria comunidade participe da solução de seus problemas.

Na década seguinte, produz-se a consolidação das propostas segundo as quais os problemas sociais podem ser solucionados mediante a cooperação da comunidade, pela participação que resulta da ação conjunta dos diversos componentes da comunidade e desta, como um todo, com o governo.

Nas Nações Unidas expressou-se “a convicção de que o desenvolvimento da comunidade representa um instrumento valioso e eficaz para atingir o desenvolvimento econômico e social”. Com base nisso se “convidou os Estados-membros a utilizarem e aproveitarem a referida ação comunitária ao máximo possível, como fator do desenvolvimento econômico e social, principalmente nos setores onde existe população não-ocupada, e em coordenação com a reforma agrária.”<sup>2</sup>

Nos primeiros anos da década de 60 surge, nos EUA, uma estratégia para diminuir as tensões sociais criadas pelos níveis de pobreza atingidos por massas “marginalizadas” (negros, latinos etc.). O postulado fundamental é o mesmo; os problemas da população são passíveis de serem solucionados, se se conseguir a participação ativa da comunidade, sob a égide do Estado, sem necessidade de impulsionar transformações de fundo na sociedade que os criou.

Esse tipo de cooperação faz com que a comunidade traga diretamente mão-de-obra, material e às vezes dinheiro para a instalação de serviços básicos. O Estado contribui com técnicos, auxílio financeiro e a definição do que é preciso fazer.

Na mesma década, iniciou-se na América Latina o planejamento econômico como instrumento destinado a racionalizar o processo de mudança social. Nesse processo deve-se destacar o papel da Cepal, organismo criado em 1948 por recomendação das Nações Unidas, com as suas propostas de desenvolvimento baseadas na industrialização por substituição de importações e no planejamento, como medidas para enfrentar a desigualdade nas relações de intercâmbio entre o país central e os países periféricos.

## 1.2 Desenvolvimento, no plano econômico, e planejamento para a saúde, no campo social

O impacto político da Revolução Cubana leva a classe dirigente da América Latina e dos EUA a refletir sobre o que pode significar a manutenção das enormes desigualdade sociais, o perigo da liberação da enorme energia acumulada pela injustiça transformada em *status quo*.

A Cepal contava já vários lustros de trabalho e tinha teorizado bastante sobre o problema do desenvolvimento para a América Latina. A reunião de Punta del Este, marcada pela proposta do Presidente Kennedy, concluiu que era necessário derramar recursos sobre os países subdesenvolvidos da América Latina, sob a condição de que tal ajuda fosse concedida apenas quando estivesse respaldada por estudos e planos de desenvolvimento. Tratava-se, em suma, de impulsionar reformas para evitar revoluções.

Os problemas de saúde, em consequência dessas novas abordagens, passam a ser preocupação dos governos. Em 1961, em Punta del Este, os países da

<sup>2</sup> Id. *ibid.* p. 3.

América Latina se comprometeram a preparar sistematicamente programas a nível setorial. O planejamento era considerado uma alternativa, “diante do comunismo marxista e do capitalismo liberal”. Surge, assim, a metodologia de planejamento OPS/Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes). Em 1963, formulou-se o I Plano Decenal de Saúde para as Américas, que fixava com base nas propostas aprovadas em Punta del Este, as metas a serem atingidas.

A II Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas em 1968, recomendou “que se considerem as condições sociais e culturais, principalmente as das comunidades rurais tradicionais, para definir as atividades nos programas de saúde”. Recomendou, também, que “se intensifiquem as atividades de educação para a saúde em todos os programas que contribuam para o desenvolvimento econômico e social da comunidade rural.”<sup>3</sup>

A participação da comunidade passa para um plano secundário; não se considera a participação comunitária em saúde como uma estratégia básica para solucionar os problemas do setor.

Nessa época, aceita-se que a problemática de saúde gira em torno dos seguintes pressupostos indiscutíveis:

- os gastos com saúde são e serão historicamente crescentes;
- o crescimento desses gastos será sempre superior ao crescimento dos recursos;
- o setor saúde gasta enormes cifras de dinheiro, mas há pulverização dos recursos, descoordenação, paralelismo, objetivos não definidos claramente, concorrência interinstitucional etc.;
- os problemas de saúde podem ser resolvidos através de uma boa gerência;
- a lógica econômica alimenta o planejamento em saúde e lhe empresta diversas categorias.

O I Plano Decenal para a Saúde e a Metodologia de Planejamento OPS/Cendes cobrem a década.

A arrancada desenvolvimentista dos países periféricos, entretanto, não elevou automaticamente o nível de saúde das populações. Naqueles países que conseguiram aumentar o seu produto bruto, mediante uma estratégia de desenvolvimento dependente, a concentração da renda em poucas mãos e a marginalização, de amplos setores sociais em relação aos benefícios do crescimento econômico, pareceram ter influenciado o estado de saúde das populações de modo diferente do esperado. Segundo Cardoso, mesmo os “autores que ressaltam os êxitos do avanço econômico, evidentes em alguns países, consideram que o desenvolvimento em si não assegura a integração da maioria da população ao mercado e à cidadania.”<sup>4</sup>

### 1.3 A III Reunião de Ministros da Saúde das Américas: extensão da cobertura

Dez anos depois da reunião de Punta del Este, o balanço mostra que nem a metodologia de planejamento tinha funcionado como fora previsto, nem o plano

<sup>3</sup> II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. *Documento Oficial de la OPS*, n. 89. Washington, 1969.

<sup>4</sup> Paim J. & Almeida, N. Participação comunitária em saúde: realidade ou mito? In: *Introdução à crítica do planejamento de saúde*. Textos didáticos. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Salvador, 1982. p. 80.

decenal tinha atingido suas metas. O balanço mostrava que os indicadores de saúde não tinham melhorado.

Por outro lado, quanto ao aspecto econômico, o “desenvolvimentismo” não só não tinha solucionado as enormes desigualdades econômico-sociais, mas até as tinha agravado. A crise do desenvolvimentismo era bastante evidente, mesmo aos olhos dos seus mais ardentes defensores.

Impunha-se uma mudança nas estratégias. Na área da saúde, processa-se um deslocamento da dimensão de *estado de saúde* (inerente ao desenvolvimentismo), para a questão dos serviços de saúde, ou seja, não se podendo alterar, significativamente, o estado de saúde das populações, dadas as dificuldades de atuar sobre os “complexos causais”, passa-se a atuar sobre o “complexo de efeitos”, produzindo-se constantemente uma população “necessitada de serviços de saúde”. Nesse sentido, procura-se novas estratégias capazes de garantir a extensão dos serviços de saúde para as populações excluídas.

A Cepal, em relação à segunda década para o desenvolvimento, da ONU, ressaltara em 1969: “A participação como instrumento de desenvolvimento se refere, em última instância, ao empenho em conseguir a integração de todos os setores da população e representa uma via para abordar a integração rápida dos grupos marginais.”<sup>5</sup> Nessa afirmação está presente a idéia da existência de grupos marginais na sociedade. Esses grupos são caracterizados a partir dos limites de sua participação no sistema social, que estão restritos aos níveis sócio-econômicos, em face de outros grupos da mesma sociedade e aos quais se vinculam. A localização e os limites ecológicos e sociais desses grupos marginais (pobres rurais e urbanos periféricos) também os caracterizam no sistema, assim como a sua incapacidade de participar ou de superar, por si, os limites da sua marginalização. Observa-se que se atribui à participação o poder de induzir setores da população a superar o subdesenvolvimento ou a marginalização em que vivem, através de sua integração no processo de desenvolvimento.

A III Reunião de Ministros da Saúde para as Américas, realizada em 1972, depois de analisar o fracasso dos objetivos instituídos em 1963 ressaltou claramente, no Plano Decenal de Saúde para as Américas:

“Nosso plano consiste em prover com serviços 37% dos habitantes que atualmente não recebem atenção (...).”<sup>6</sup>

Daquela reunião emergiu, como preocupação, a extensão da cobertura e, para isso, “a organização da comunidade será o elemento decisivo para aproveitar o inesgotável potencial da população, canalizando suas inquietações para atividades de verdadeiro serviço social. (...) o fundamental é ouvir o que desejam e fazê-los participar das decisões e da execução das obras, inclusive do financiamento.”<sup>7</sup>

Além disso ressalta-se a importância de:

“Assegurar a participação ativa da comunidade, o que representa um recurso de saúde de maior produtividade, ao longo de todo o processo de organização do sistema, utilizando diversas técnicas, tais como os comitês de saúde, que integram os setores agrícolas, de educação e habitação, segundo as condições próprias dos países.”<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. op. cit. p. 6.

<sup>6</sup> Organização Pan-Americana de Saúde. Plan Decenal de Salud para las Américas. *Documento Oficial de la OPS*, n. 118. Washington, 1973. p. 24.

<sup>7</sup> Id. *ibid.* p. 12-3.

<sup>8</sup> Id. *ibid.* p. 13.

A partir de 1972 e até 1978, quando foi realizada a reunião de Alma/Ata, ocorreram vários pronunciamentos sobre a importância da participação comunitária. Entretanto, devemos ressaltar os conceitos apresentados na XXII Reunião do Conselho Diretor da OPS, em que se aponta o “*papel da participação da comunidade como instrumento do plano de saúde*”:

“Implica a escolha da participação como instrumento para a consecução de fins concretos relacionados com o setor (...). Para que a participação seja efetiva, são necessárias pelos menos duas condições adicionais: que exista vontade de participação no sistema político e que essa vontade se traduza no esboço de uma verdadeira política de participação que inclua todos os setores afetados pelo processo de planejamento. Nesse processo deverão ser considerados os seguintes elementos: população, serviços de saúde, meio-ambiente (global), conteúdo da participação (as ações concretas), níveis dos mecanismos de participação e os recursos de todo tipo.”<sup>9</sup>

A proposta oficial de participação comunitária em nível institucional tem o seu auge no período de crise e fracasso das propostas desenvolvimentistas, quando a maioria dos países da América Latina e muitas nações capitalistas do mundo estão imersos em aguda crise econômica e financeira. As propostas dos modelos neoliberais encamparam as propostas econômicas e abandonaram, conseqüentemente, as políticas sociais, provocando a deterioração progressiva das condições de vida das populações e o abandono dos serviços de cunho social. É nessa conjuntura que as propostas de participação comunitária, que tinham sido implementadas limitadamente por organizações públicas e privadas, vão ser incorporadas aos planos e programas governamentais. Isso se deu com maior ênfase a partir da reunião de Alma/Ata sobre a atenção primária de saúde.

A declaração de Alma/Ata ressalta:

“Os cuidados primários de saúde (...) exigem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, na organização, na operação e no controle dos cuidados primários de saúde.”<sup>10</sup>

Por outro lado, o relatório conjunto do diretor-geral da OMS e do diretor-executivo do Unicef aponta:

“Participação comunitária é o processo pelo qual indivíduos e famílias assumem a responsabilidade pela saúde e pelo bem-estar próprios e da comunidade e desenvolvem a capacidade de contribuição para o desenvolvimento pessoal e comunitário (...). Isso dá a eles condições de serem os agentes do seu próprio desenvolvimento, em vez de beneficiários passivos da ajuda para fins de desenvolvimento.

Numerosas são as formas de possível participação comunitária em cada etapa dos cuidados primários de saúde. Inicialmente, a comunidade deve participar do processo de avaliação da situação, da definição dos problemas e da fixação de prioridades.

Em seguida, ajudará a planejar as atividades relacionadas com os cuidados primários de saúde prestando, depois, sua cooperação integral na execução de tais atividades. Essa cooperação inclui a aceitação, pelo indivíduo, de um alto grau de responsabilidade para a manutenção de sua própria saúde — traduzido, por exemplo, pela adoção de um estilo de vida saudável, pela aplicação de princípios de boa nutrição e higiene ou pela utilização de serviços de imunização. Os mem-

Organização Pan-Americana da Saúde. Discusiones técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, cit.

<sup>10</sup> Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância — Unicef. *Cuidados primários de saúde*. Alma/Ata, 1978.

bros da comunidade também podem contribuir para os cuidados primários de saúde com recursos humanos, financeiros ou de outra natureza.”<sup>11</sup>

Da mesma forma que evoluiu o conceito de participação comunitária para a saúde, ocorreu também o fato de que a defasagem entre a capacidade tecnológica e científica diante dos problemas de saúde foi superada em países onde ocorreram profundas transformações político-econômicas e sociais. Para muitos, constituiu uma prova o fato de a saúde na América Latina ter um alto ingrediente de tipo social, mais que técnico e científico. As novas estratégias propostas nutrem-se dessa “descoberta”.

Com base em diversas experiências em nível mundial e na América Latina, e diante do fracasso oficial já explicado, procura-se novos caminhos que permitam chegar a uma cobertura básica de 100% em cada país. Parte-se, além disso, do pensamento de que cobrir 100% da população com serviços hospitalares é utopia ou demagogia.

Diante da necessidade de preservar a força de trabalho a baixo custo, ao mesmo tempo que de manter a hegemonia, os ideólogos da ordem em nível internacional propõem como saída a participação consciente da comunidade na solução dos seus próprios problemas de saúde.

## 2. *Categorias analíticas dos processos de participação popular nos programas de saúde*

Recentemente, as propostas de participação da população em programas de saúde vêm sendo feitas de maneira oficial, como uma das estratégias para a extensão de cobertura dos serviços. Já observamos que tais propostas tomam grande alento a partir das recomendações de Alma/Ata.

Entretanto, as propostas de participação da população encobrem uma grande diversidade de situações e têm, na maioria das vezes, significados bastante diferenciados e heterogêneos, de acordo com o contexto em que são utilizadas. Tentaremos estabelecer algumas categorias analíticas que nos possam ajudar a esclarecer o significado das diversas propostas, sem que tenhamos, não obstante, a pretensão de esgotar o assunto.

Os modelos polares de utilização da proposta são, por um lado, aqueles que derivam dos projetos de desenvolvimento das comunidades e que têm um nítido sentido de preservação da ordem estabelecida, através da introdução de reformas secundárias, em geral modernizantes. No outro pólo estão as propostas feitas por países que atravessaram transformações mais radicais na sua estrutura político-econômica, em que o povo organizado tomou o poder. Entre esses modelos polares abre-se uma série de possibilidades de programas que podem assumir configurações intermediárias, admitindo alguns, inclusive, a hipótese de que as modalidades de participação também podem instrumentalizar a luta política da população, rompendo as barreiras inicialmente colocadas e entrando em contradição com as finalidades para as quais foram iniciadas.

A tendência do Estado capitalista moderno é o reconhecimento de que a população tem direito à saúde, direito inerente à própria condição de cidadania. Ora, se existe o direito à saúde existe, conseqüentemente, o dever de proporcionar e assegurar saúde que, no caso, é dever do próprio Estado.

<sup>11</sup> Id. *ibid.* p. 42.

Ao reconhecer o direito à saúde, o Estado se legitima e se coloca aparentemente numa posição acima das classes, na procura do bem comum de todos os seus cidadãos. Dessa maneira, a saúde, dentro do conjunto das políticas sociais, está destinada a aliviar as tensões geradas no processo de produção da riqueza social. A determinação ideológica das políticas sociais na busca da legitimação e do consumo é parte essencial da constituição dessas políticas, sendo o campo da saúde certamente muito utilizado para a consecução dos seus fins, o que o insere no projeto de hegemonia das classes dominantes, ao mesmo tempo que o transforma em campo de luta das classes dominadas.

Assim, pode-se encontrar, nessa procura de consenso, uma primeira contradição toda vez que a saúde é simultaneamente uma reivindicação das classes dominadas — e nesse sentido sua conquista refletiria um avanço nas lutas populares — e um instrumento de manipulação das classes dominantes por via do Estado — e nesse caso refletiria um refluxo dessas mesmas lutas. Essa contradição apontada acima apresenta talvez uma das oportunidades para que, inclusive no interior de um Estado representante dos interesses de uma minoria, torne-se fértil o campo de trabalho em saúde num sentido transformador.

Assim, vimos como interessa ao Estado promover a saúde como um elemento estratégico de sua própria legitimação e como elemento cada vez mais necessário para garantir o aumento da produtividade da força de trabalho. Uma segunda contradição que será enfrentada por esse Estado refere-se à própria organização da prática médica. Com efeito, devido à crescente incorporação da tecnologia com um sentido intensivo, a medicina experimenta uma tendência a ter o custo de seus atos aumentados. Como poderá o Estado proporcionar ao conjunto da população uma medicina que se torna cada vez mais cara? Pior, ainda, como poderá conseguir realizar tal objetivo sem atentar profundamente contra o modelo de acumulação de capital, que exige taxas crescentes de reinvestimento no sistema produtivo?

A estratégia proposta nesse caso é a redução dos custos dos procedimentos por meio da simplificação da medicina. Ao lado da medicina tecnológica que permanece intacta, introduz-se uma medicina de segunda categoria — simplificada e barata — que estará destinada àqueles que não podem, individual e coletivamente, pagar os custos da sofisticação.

Consegue-se tal prodígio através da modificação, tanto dos agentes de saúde, que passam a ser formados através de mecanismos mais baratos, quanto da simplificação dos insumos e equipamentos.

Cria-se, então, um feito paradoxal. Existe uma possibilidade efetiva de ampliação de cobertura, embora às custas do estabelecimento de um acesso diferencial aos serviços de saúde. Esse fato equivale, na prática, ao estabelecimento de uma cidadania de segunda classe para aqueles segmentos da população que só têm acesso aos serviços “simplificados” de saúde.

E, ainda assim, esses “cidadãos de segunda” têm que colaborar com o seu próprio trabalho para poder ter acesso aos serviços.

Essas considerações sobre os direitos da cidadania nos levam a refletir sobre a essência do processo de participação. A participação como uma atividade prática do homem, que se dá em todos os instantes da vida social e primariamente no processo de geração e consumo da riqueza social é caracterizada por De los Ríos.<sup>12</sup> Com a complexidade progressiva do processo de trabalho tornar-se-iam

<sup>12</sup> Ríos, R. de los. Notas y reflexiones sobre la participación popular en salud (una aproximación al problema). Trabajo presentado en el *II Seminario Latino-Americano de Medicina Social*. Manágua, Nicarágua, set. 1982. mimeogr.

possíveis dois modelos polares de participação. O primeiro se expressaria sob a categoria de homem-sujeito e o segundo sob a de homem-objeto. Enquanto este último contempla a participação do homem na atividade transformadora, o primeiro inclui também a participação na gestão dos processos sociais.

A participação igualitária ou diferencial da população, conforme pertença a determinada classe social nos dois diferentes níveis execução-decisão, dar-se-á, nas sociedades, segundo as possibilidades de cada uma das classes de exercer o poder.

A população poderá ter uma participação meramente instrumental, na realização de tarefas simples como a construção de melhorias em unidades de saúde ou redes de água e esgoto, com o interesse básico de diminuir os custos do programa; ou, no pólo oposto, poderá ela mesma traçar prioridades, decidir, gerenciar, executar e avaliar seu programa de saúde. Tentando aprofundar um pouco mais a análise, podemos concluir que o conceito de população e, na mesma linha, o conceito de comunidade que o antecedeu, para fins de participação, são conceitos abstratos.

Uma população ou uma comunidade não existem como tais, a não ser apenas na concreção de formações sociais históricas. Os homens concretos se diferenciam no processo de trabalho, onde se apropriam da natureza, para garantir a sua sobrevivência e, especificamente, no capitalismo, as duas classes fundamentais — burguesia e proletariado — proprietários respectivamente dos meios de produção e da força de trabalho, têm interesses antagônicos.

Num capitalismo “selvagem”, onde o poder de negociação ou pressão da classe trabalhadora seja inexistente ou nulo, torna-se possível, inclusive, o não-reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Nesse caso, as intervenções do Estado em saúde só teriam sentido para poder manter o nível de exploração imediata da classe trabalhadora.

Um segundo momento teórico seria aquele em que avança a consciência política dos trabalhadores. A saúde já deve ser vista como um direito, embora eventualmente só em nível discursivo. Pode-se chegar a modelos racionais de prestação de serviços de saúde, admitindo-se, no caso, a cidadania restrita ou diferencial.

O grande desenvolvimento das forças produtivas pode criar, dentro do próprio capitalismo, associado à conscientização crescente da classe trabalhadora, a equalização dos direitos de cidadania, como acontece atualmente em alguns países socialdemocratas europeus. Saúde é, nesse caso, um direito disponível igualmente para toda a população. O que possibilita o fato é a existência ou a criação de uma grande acumulação de capital ou um nível avançado da luta de classes.

Por fim, poderia acontecer, inclusive, a ruptura desse modelo baseado nas relações de concorrência e na exploração do homem pelo homem, com a subsequente substituição por um modelo baseado nas relações solidárias entre os homens. A extinção das classes sociais promoveria, por motivos óbvios, a igualdade de todos os cidadãos em deveres e direitos, em execução e gestão.

Nesse caso, os homens pertenceriam a uma nova categoria, dentro da abordagem feita por De los Ríos: seriam homens-sujeito-objeto.

Muitos autores latino-americanos acreditam que existe uma contradição básica entre capitalismo e saúde. Pode ser que não. Mas, se para que exista saúde em países subdesenvolvidos, é necessário que haja participação, podemos afirmar que certamente será mais difícil a convivência entre o capitalismo atrasado e a participação. Eibenschutz chega a afirmar que “participação popular é o

exercício real do poder por parte do povo organizado e não a colaboração do povo no desenvolvimento de atividades decididas pela classe dominante ou pelas estruturas do poder classista.”<sup>13</sup>

Conclui-se que o entendimento das propostas de participação da população passam por uma infinidade de análises. Dentro das formações sociais latino-americanas, com o propósito de individualizar as experiências e evitar generalizações afastadas da realidade, talvez fosse importante o levantamento dos dados ressaltados na proposta metodológica que se segue.

### 5. *Proposta metodológica para a análise da participação comunitária em saúde na América Latina*

#### 3.1 Análise sócio-política do país em estudo

- Elementos históricos fundamentais da formação social, apontando as formas organizacionais tradicionais e sua vigência.
- Diferenças internas — histórico-culturais e ecológicas — mais relevantes.
- Aspectos econômicos:
  - produção agrária, industrial ou agroindustrial;
  - dívida externa: estrutura e peso;
  - participação das multinacionais na indústria nacional;
  - comércio exterior.
- Estrutura social:
  - composição: classes sociais;
  - organizações populares: partidos políticos, organizações sindicais, organizações religiosas, organizações de habitantes.
- Estrutura do emprego: características básicas da PEA.
- Estrutura e dinâmica populacional:
  - Regime político e jurídico: real e formal;
  - Estado dos direitos sociais: níveis real e formal;
- Caracterização do sistema de saúde:
  - políticas explícitas do sistema formal;
  - modelos de planejamento: centralização ou participação;
  - estrutura do sistema: múltiplo ou único;
  - descentralização e regionalização de serviços;
  - grau de integração de ações;
  - organização sindical no interior do sistema;
  - existência ou não de agentes comunitários sanitários;
  - financiamento do sistema.

#### 3.2 Caracterização da participação comunitária em saúde

Para a caracterização da participação comunitária em saúde é necessário o esclarecimento dos seguintes aspectos:

<sup>13</sup> Eibenschutz, C. Participación popular en salud. Trabajo presentado en el *II Seminario Latino-Americano de Medicina Social*. Manágua, Nicarágua, set. 1982. p. 2. mimeogr.

1. Se a participação comunitária está restrita ao setor saúde ou se, pelo contrário, ocorre também em outros setores. Formas de participação comunitária em tais setores.
2. Se a participação comunitária existe e abarca os diversos níveis de atenção ou se está restrita apenas ao âmbito de atenção primária.
3. Se a participação comunitária obedece a um processo democrático real ou só o é formalmente.
4. Se a população participa realmente do processo de tomada de decisões e do controle de ações e recursos, ou apenas contribui com mão-de-obra e/ou material.
5. Se os diversos segmentos ou camadas da população influem igualmente na tomada de decisões e na execução e controle das ações ou se ocorre o contrário. Quais são as camadas de maior influência?
6. Quais são as fontes de financiamento dos programas onde ocorrem processos de participação comunitária?
7. Se a cobertura dos programas de saúde de que participa a comunidade é de âmbito nacional ou de caráter restrito-experimental.
8. Se o acesso aos serviços exige uma contribuição específica ou direta ou, pelo contrário, é um direito reconhecido e de toda a população, sem pagamento.
9. Se os responsáveis pela comunidade participante são eleitos por esta ou indicados pelo sistema formal.
10. Se a população tem capacidade para transformar o sistema de prestação de serviços. Nesse caso é importante a análise de casos em que a participação comunitária possibilitou processos de rejeição ou mudança nos serviços.
11. Se existem sistemas de prestação de serviços diferenciados e a que segmentos de população atendem.

#### 4. *Discussão*

Pederíamos dizer que são dois os aspectos mais importantes apontados no decorrer do enriquecedor debate realizado após a apresentação: em primeiro lugar, elementos que complementam a proposta de caracterização das experiências de participação comunitária e, em segundo lugar, discussão sobre a participação comunitária e o poder político.

Em primeira instância, ressaltaram-se alguns elementos importantes que poderiam completar o quadro da proposta metodológica para a análise das experiências de participação comunitária na América Latina. Esses elementos, que já foram incorporados na proposta final, poderiam tornar mais explícitas algumas características do país em estudo: em relação à estrutura social, dever-se-iam apontar elementos referentes a organizações sociais tais como o movimento sindical, organizações religiosas (sobretudo em formas participativas de organizações de base), organizações de habitantes (o que se relacionaria com um elemento mais estrutural, como os processos de urbanização), a abordagem que, em relação às propostas de participação comunitária, realizam as agências e os organismos internacionais, considerando que boa parte das experiências de participação comunitária recebem financiamento externo. Em relação à descrição do sistema de saúde, observou-se a conveniência de ressaltar os seguintes aspectos:

— políticas explícitas do sistema formal, observando em que medida incorporam propostas de participação comunitária;

— modelos de planejamento, observando quais os que dão lugar à participação comunitária, isto é, formas centralizadas ou excludentes *versus* formas participatórias.

— financiamento do sistema;

— análise da estrutura do sistema múltiplo *versus* único;

— a problemática de descentralização e regionalização dos elementos do sistema de saúde;

— presença de organizações sindicais no interior do sistema.

Outros aspectos do sistema de saúde, num nível macro, também foram objeto de preocupação, tais como a existência ou não e as características do agente sanitário da comunidade.

Talvez a parte mais substantiva do debate e certamente a de maior duração tenha sido a que foi suscitada pelo problema que a participação comunitária coloca em relação ao poder político no seio das formações sociais latino-americanas.

O germe dessa preocupação ocorreu na segunda parte da apresentação, ao se ressaltar a proposta de Eibenschutz, mas é claro que esse interesse já estava na cabeça e nas experiências concretas da maioria dos participantes. Foi assim que se colocou a experiência de fracassos de participação comunitária, ao se enfrentar frontalmente as estruturas do poder estabelecido, sobretudo naquelas experiências que encaravam a possibilidade da participação comunitária como um meio de mudança social ou como um espaço a trabalhar com vistas a tomar o poder. Também se apontou essa preocupação ao se colocar em dúvida a viabilidade de formas ou propostas de participação comunitária, como possibilidades de exercício efetivo do poder, enfatizando a estrutura do poder político nas sociedades capitalistas.

O levantamento dessas questões fez com que se chegasse à análise mais profunda da definição de Eibenschutz, ressaltando-se a natureza eminentemente ideológica da formação, com claros limites para contribuir para a interpretação da realidade. Ao pôr em relevo a primeira frase da definição (“participação popular é o exercício real do poder por parte do povo organizado”), aponta-se a natureza de *meta* a atingir e não de instrumento de análise, tendo-se destacado o aspecto não-dialético dessa fórmula.

A discussão se centralizou no que era a problemática principal: participação comunitária implicava o exercício do poder político e, como tal, ao ser exercido pelos setores populares a partir da sua experiência, com a sua própria perspectiva e com a sua estratégia de classe, entrava em conflito antagônico com o poder do Estado capitalista. Dessa perspectiva apontaram-se algumas experiências de participação comunitária e as suas conotações no campo do político: manipulação e artificialismo das propostas e práticas de participação comunitária (especificamente experiências com saneamento ambiental, no campo materno-infantil, que terminaram como clubes de mães dedicadas a trabalhos manuais e programas de controle da natalidade), o que levou a ressaltar as experiências de participação comunitária como espaços de luta hegemônica *versus* hegemonia. Também se salientou como a ideologia norte-americana do desenvolvimento comunitário descaracteriza a essência política da participação comunitária, para abri-la à possibilidade de se constituir em simples portas de acesso aos benefícios do sistema capitalista.

Tentou-se desenvolver uma definição de participação comunitária, ao apontá-la como um processo pelo qual a comunidade, através de suas formas organizativas, altera a distribuição do poder vigente na sociedade, seja por meio da

participação em diferentes níveis do poder estatal, seja da elaboração de contrapropostas que constituem um projeto alternativo de hegemonia. A análise dessa proposta deu lugar a um enriquecimento do debate, ressaltando-se, entre os conceitos mais importantes, que, sem tentar uma definição, porque é dispensável, participação comunitária é um espaço político para a luta no campo da saúde; que se deve denunciar a natureza meramente racionalizadora (e não transformadora) das propostas de participação comunitária de alguns técnicos.

Ao encerrar-se a reunião, surgiram algumas idéias que estiveram subjacentes à discussão durante todo o seu curso. Eram sobre o papel dos técnicos e intelectuais no campo da saúde, campo que cada vez se revela mais político do que se quer fazer acreditar. A esse respeito, devemos observar que as necessidades e os interesses dos setores populares que avançam em organização política não podem ser suplantados pela consciência política dos técnicos.

## **Reembolso Postal: uma livraria em cada cidade**

**prático, rápido, seguro**