

coleção
SAÚDE & EDUCAÇÃO

**PARTICIPAÇÃO
POPULAR
E SAÚDE**

**Victor Vincent Valla
Eduardo N. Stotz**



CDDH / CEPEI

1

1989© Victor Vincent Valla - Eduardo Navarro Stotz

Conselho editorial:

- Dulce Bastos
- J. Thomaz Filho
- Victor Vincent Valla
- Eduardo Navarro Stotz
- Fernando Gonçalves Rodrigues
- Cândido Evangelista Neto
- Maria de Fátima da Cunha
- Celerino Carroconde
- Adair Rocha

Revisão

- J. Thomaz Filho

Ilustração

- Kita Etlter

Diagramação e Arte Final

- Mauricio Planel-Mao

Fotocomposição, Fitolito, Impressão e Acabamento

Editora Gráfica Serrana Ltda.
Petrópolis — RJ

CDDH. Centro de Defesa dos Direitos Humanos
Cx. Postal 90.581
25.680 — Petrópolis — RJ. — Tel.: (0242) 42-2462

CEPEL. Centro de Estudo e Pesquisa da Leopoldina.
Rio de Janeiro — RJ.

O Brasil está adoecendo aos poucos. A cada 30 minutos, surge um novo caso de lepra no país — os leprosos já somam 217 mil. A doença de Chagas atormenta a vida de seis milhões de brasileiros. Nada menos que 20 milhões de pessoas estão expostas ao risco de um contato com o barbeiro. Outra multidão de oito milhões se debate com a esquistossomose. Um prazo de 12 meses é suficiente para que 583 mil pessoas engrossem as fileiras do exército de vítimas da malária. As estatísticas sobre leishmaniose engordam seis mil novos casos a cada ano.

Os dados estão armazenados nos computadores da Sucam, Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde.

Previsões oficiais indicam que o Brasil terá 500 mil aidéticos no ano de 1993 (*Folha de São Paulo*, 10/10/88, p. A-2).

1. APRESENTAÇÃO

Inicialmente gostaríamos de oferecer ao leitor algumas explicações sobre a forma como foi escrito este caderno. O termo “participação popular” é um dos mais usados hoje em nossa sociedade. Não é por acaso que lançamos esse caderno justamente num momento em que a participação das classes trabalhadoras e do movimento popular está em recesso diante da ofensiva das classes dominantes no Brasil. É esta contradição que nos preocupa: por que há tão pouca “participação” exatamente numa época em que mais se fala de “participação”?

Na realidade, o tema desse caderno não deve ser considerado o ponto de partida da discussão. O ponto de partida deve ser, a nosso ver, a sociedade brasileira no atual momento. Termos como “participação popular”, “saúde”, “educação”, quando deixam de ser situados num debate mais amplo sobre qual o entendimento que se tem a respeito das relações entre as classes sociais em nossa sociedade, acabam mais ocultando do que podem revelar. Certamente que se as autoridades governamentais quisessem ou aceitassem uma maior participação da população na definição e realização das políticas públicas não precisariam falar tanto sobre a questão. Bastaria deixar que os movimentos populares pudessem se exprimir com liberdade e que houvesse menos repressão.

O que está em jogo, portanto, é um embate de diferentes forças da sociedade sobre o que se quer dizer quando se fala em participação popular. Há várias definições e todas obedecem a uma determinada concepção da sociedade e, logo, expressam diferentes interesses em termos de sua organização. Se não tivermos essa questão clara não é possível tratar do assunto com profundidade e significação para a prática.

Essas foram as razões pelas quais escrevemos o caderno na forma como se apresenta. Tratamos da participação popular como uma forma de participação social e procuramos discutir suas várias definições. Em seguida buscamos compreender quais são as condições históricas e estruturais da participação popular no Brasil. Para melhor entender como se dá a participação popular em saúde, dedicamos uma parte à política e às reformas na área da saúde. Finalmente entramos na discussão sobre os limites e as possibilidades da par-

ticipação popular em saúde. Com o intuito de ajudar o leitor a dominar conceitos utilizados ao longo do texto, elaboramos um pequeno dicionário de termos.

Sabemos que a leitura pode ser um pouco trabalhosa mas, ao mesmo tempo, não queremos deixar o leitor com a idéia de que a discussão sobre o tema seja simples. Se assim fosse, a questão da participação popular já teria sido resolvida há muito tempo.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL: AS DIVERSAS DEFINIÇÕES

Antes de tratar sobre participação popular julgamos necessário falar de participação social. Quando falamos em "participação social" estamos nos referindo às múltiplas ações que diferentes *forças sociais* desenvolvem para poderem influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das *políticas públicas* na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.).

Chamamos a atenção para o fato de que é difícil saber o que as pessoas estão querendo dizer quando falam de participação social. Entretanto, é muito comum utilizar o conceito como se tivesse apenas um sentido. Assim, apesar de representantes do governo federal, estadual ou municipal, da Igreja Católica, da União Democrática Ruralista (UDR), das Associações e Federações de Associações de Moradores, dos Sindicatos de Trabalhadores Rurais e Urbanos e de Partidos Políticos falarem de "participação social", estão querendo dizer coisas diferentes. O uso do termo "participação social" conforme cada um desses representantes ou entidades expressa uma concepção particular da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e da exploração das classes trabalhadoras no Brasil. Vejamos, pois, algumas das definições mais comuns sobre "participação social".

2.1. Modernização

O termo modernização tem o sentido de superar "atrasos" tecnológicos e culturais de uma determinada sociedade. Equivale ao desenvolvimento de novas formas de produzir e de consumir, pressupondo uma mudança profunda na sociedade. Exemplos de inovações tecnológicas são as comunicações telefônicas por discagem direta por um "orelhão" (DDD), a transmissão de imagens televisivas por satélite, o uso de robôs industriais nas fábricas de automóveis, as caixas instantâneas com uso de cartões para sacar dinheiro no banco, etc. Em relação às questões culturais, podemos citar a introdução do divórcio, os hábitos de fazer lanches rápidos em redes como o McDonald's e de adquirir eletrodomésticos, a apresentação de programas internacionais (esportes, política) na televisão nacional, a apresentação constante de "shows" de artistas internacionais. A concepção de modernização é a de que com a introdução de mudanças desse tipo o país estaria passando por profundas mudanças e a população como um todo delas participaria. Nesse sentido, haveria uma "participação social" na construção de um novo país (lembramos do programa do governo Juscelino Kubitschek, de modernizar o Brasil, "50 anos em 5"), participando das mesmas inovações e atividades de países como os Estados Unidos, Europa Ocidental e Japão.

Está implícito na proposta de modernização que a melhoria de vida da população é

decorrência das inovações introduzidas. Ora, o padrão de vida da população melhora quando os salários conseguem maior poder de compra, quando há boas condições de trabalho, quando os direitos sociais existem e são respeitados, a exemplo do transporte público rápido, eficiente e barato ou do saneamento básico em todos os bairros. Embora no Brasil as inovações acima citadas tenham sido introduzidas, não há nenhuma indicação de que tenham permitido uma maior participação da população em termos do acesso a elas, de que o padrão de vida da maioria melhorou, de que a população trabalhadora tenha aumentado a participação na riqueza. Os dados indicam justamente o contrário.

Segundo o Relatório do Banco Mundial, de 1981, metade da população, ou seja, 70 milhões de brasileiros detêm apenas 15,47% da renda nacional, enquanto que apenas 135 mil brasileiros ficam com 16,35% da renda. Não é por acaso, então, que grande parcela da população brasileira tem um baixíssimo padrão de vida. A título de ilustração, citamos alguns dados recentemente publicados pela Folha de São Paulo (edição de 17.7.88):

- há no Brasil, de 3 a 5 milhões de abortos por ano, nos quais morrem 400 mil mulheres devido às precárias operações;
- 65,10% dos trabalhadores ganham até 1 (um) salário mínimo por mês;
- mais de 71% da população não têm rede de água;
- mais de 85% não têm esgoto;
- 65% não dispõem de filtros;
- mais de 50% das casas não têm luz elétrica;
- mais de 79% não têm geladeiras.

2.2. Integração dos grupos “marginalizados”

A proposta de integrar os “marginalizados” na sociedade parte do pressuposto de que a grande massa da população, devido à sua pobreza, encontra-se “fora” da sociedade. Esta idéia procura dar conta de que a maioria da população não tem participação no consumo de mercadorias nem acesso a todos os serviços básicos e dentre estes principalmente os de educação e saúde. Só que isto é uma ilusão ótica, pois essa maioria não está fora da sociedade, e sim dentro da sociedade mas com uma participação extremamente desigual.

Esta concepção é tão enraizada na sociedade capitalista que, por muitos anos, vêm se desenvolvendo programas governamentais, e também religiosos, que propõem a incorporação dessas “populações marginais” aos benefícios do progresso econômico e cultural. Como citou um autor, “animação social, ação comunitária, educação de base, cursos os mais variados, autogestão, além de inúmeros incentivos às atividades cooperativas, constituíam as principais formas de atuação”.¹

Nessa concepção de “integrar os marginalizados” está implícita a idéia de que, de uma forma ou de outra, os pobres mesmos são os culpados pela situação em que se encontram. Aí os animadores “de fora” entram em cena para “animar”, “incentivar”, “esclarecer”, “motivar”, “encorajar”, enfim, “despertar os ignorantes e passivos” sobre os caminhos que deveriam tomar para poderem participar da sociedade de consumo.

1. KOWARICK, Lúcio. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, p. 41.

Mas quem diz que os chamados “marginalizados” estão realmente “fora” da sociedade capitalista? Ou será que a imagem de que estão fora não passa de uma ilusão ótica, já que na realidade sempre estiveram dentro da sociedade? Em outros termos, justamente porque estão dentro é que podemos compreender melhor as razões pelas quais a distribuição da renda, os serviços básicos, o emprego e o desemprego existem da maneira como estão organizados. Esta organização exige que a maioria da população sustente a minoria, que os 70 milhões trabalhem com baixíssimos salários para garantir a renda altíssima de 135 mil pessoas. Mais ainda: ameaça os que têm emprego para não reivindicarem demais, pois muitos estão sem emprego. E essa grande reserva de mão-de-obra que vive em condições de vida precárias serve para ser deslocada ora para ocupar a Amazônia, ora para construir a barragem de Itaipu, ora para construir o metrô.

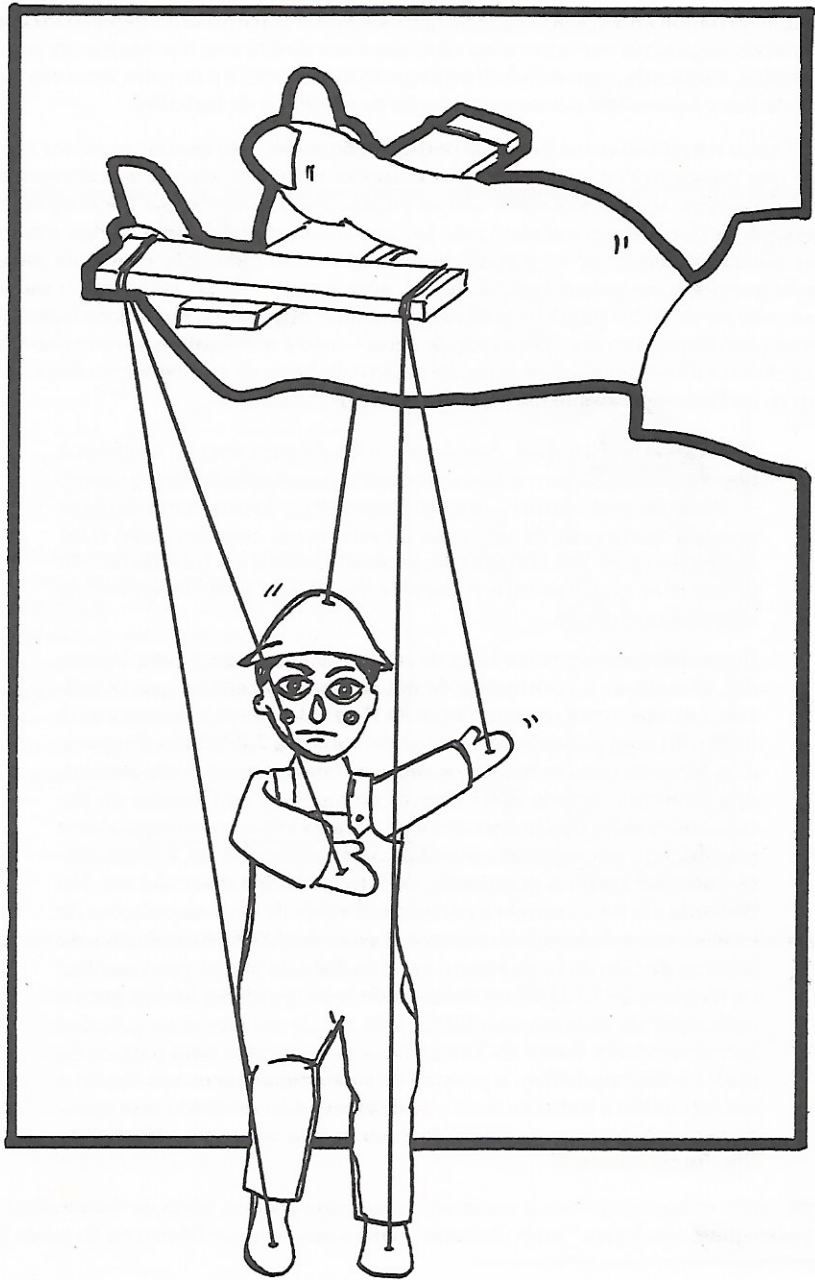
Talvez a pergunta mais importante a fazer quando se discutem programas que procuram “integrar” a população marginalizada dentro da sociedade brasileira seja se esses programas garantem empregos e melhores salários, escolas públicas e serviços de saúde de qualidade.

Um pequeno exemplo pode ser útil para compreender essa questão. Imaginemos que um governo de um país capitalista rico compre bananas de um governo de um país capitalista pobre e que este último compre máquinas do primeiro. Vamos supor que uma tonelada de bananas tenha o valor de US\$ 1000, que é o mesmo valor das máquinas. Aí o governo do país rico decide pagar apenas US\$ 500 pelas bananas, mas insiste em receber US\$ 1000 pelas máquinas. Na hora da troca, o governo do país pobre fica devendo US\$ 500; para pagar esta dívida o governo usa os recursos que deveriam ser aplicados em serviços básicos como educação, saúde, saneamento básico. É o que se chama de troca desigual dentro do *sistema capitalista mundial*. Nessa situação, o governo do país rico oferece “ajuda” com um “empréstimo” de US\$ 500 e técnicos para o governo do país pobre “melhorar” o padrão de vida da sua população e, deste modo, integrar o país no rol dos países ricos.

2.3. Mutirão

Trata-se de um apelo, de um convite feito à população trabalhadora que mora nos bairros periféricos e nas favelas, para realizar, com seu próprio trabalho, tempo e lazer e, às vezes, seu dinheiro, obras que são da responsabilidade do governo. Quem faz o convite são os governos, grupos políticos e religiosos. Usam frequentemente imagens como “povo independente”, “povo que não precisa de ajuda de ninguém”, “auto-suficiente” e “pioneiro”. Ou seja, apelam para a imagem de uma população que não é “preguiçosa” e que “toma a vida nas próprias mãos”. O mutirão tem as mais variadas formas, desde as mais grosseiras até as mais sofisticadas, mas transmite sempre a idéia de uma participação social da população trabalhadora.

Para entender as várias formas de mutirão tomemos o exemplo da construção de uma escadaria pra dar acesso a uma favela. A forma mais grosseira seria aquela em que a população compra o cimento e faz a escadaria no fim de semana. A forma mais sofisticada é aquela em que o governo dá o cimento e a população desempregada recebe um pagamento de biscateiro para realizar a obra durante a semana. Embora as várias formas tenham vantagens e desvantagens para a população da favela, o que está em jogo é o fato de que a



população já pagou antes pela escadaria que está sendo construída. O mutirão faz com que a população pague três vezes por uma obra que é um direito seu: a primeira vez paga com os impostos, a segunda, com o dinheiro que gasta no material e a terceira vez, com o uso do tempo de lazer necessário para a *reprodução de sua força de trabalho*.

Ao criticar o mutirão como forma de participação social, não queremos deixar a impressão de que nunca se deva praticá-lo. Há situações extremas em que sua necessidade se coloca. Exemplos dessas situações são as vividas em países como a Nicarágua, onde a perseguição ao Governo Sandinista pelo Governo dos Estados Unidos obriga a reduzir os gastos sociais e aumentar as verbas destinadas à defesa do país contra os invasores. Quando governos em países como o Brasil, seja a nível federal, estadual ou municipal, alegam não ter dinheiro para obras de necessidade e interesse da população trabalhadora — como escadarias, saneamento e rede de água — não é que estejam sempre mentindo. O que precisa ser dito é para onde e como foi gasto o dinheiro de que o governo dispunha. Por exemplo, na Baixada Fluminense (Rio de Janeiro):

O Governo Estadual, depois de vários debates em que também a população esteve envolvida, optou por uma solução de 'baixo custo'. — sistema condominial — cuja primeira etapa do programa de obras prevista tem prazo de execução de seis meses com um custo total orçado em Cz\$ 180.000.000,00, prevendo atingir um total de 66.700 moradores como mostra o encarte distribuído pela Secretaria de Obras à população.

Enquanto isso, do outro lado da região na chamada 'Costa Dourada', discute-se a construção de um emissário oceânico que beneficiará diretamente os moradores da Barra da Tijuca e Jacarepaguá (500 mil) com previsões de gastos em torno de 2,2 bilhões de cruza-dos. Nota-se que em ambos os casos os financiamentos são assumidos diretamente pelo BNH através de repasses ao Governo do Estado. Mas além de chamar atenção para as cifras e correspondente população pretensamente atendida pelas obras citadas, é importante observar como a população, de fato, participa deste debate. Na Baixada ela foi chamada a participar através de suas associações de moradores e federações, como é o caso da ABM (Associações de Bairros de São João de Meriti) em São João de Meriti, para auxiliar os técnicos da CEDAE no desenho da rede, condição básica para a aplicação do sistema escolhido, pois a rede atravessa as próprias residências. Na Barra da Tijuca, onde se concentra uma parcela de maior poder aquisitivo, a questão do saneamento como um direito a ser estendido a todos encontra-se desde o início resolvida sem questionamento quanto ao seu custo e sem que se apliquem soluções de tipo 'mais barato'.²

O exemplo acima ajuda-nos a entender o problema porque, além de demonstrar as razões pelas quais não havia "mais dinheiro" para o saneamento básico na Baixada Flumi-

2. NAJAR, Alberto Lopes; MELAMED, Clarice; e FISZON, Judith Tiomny. "O plano nacional de saneamento: as desigualdades encobertas", in MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo/FASE, 1986, p. 68-72.

A CARTEIRA DE

Por men
dê ao Inter
cumento indispa

FORÇA DE TRABALHO

Elemento de e de habilitação
profissional, a carteira representa também título
originário para a colocação, para a inscrição sin-
dical e, ainda, um Instrumento prático do contrato
Individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, con-
figura a história de uma vida. Quem a examina,
logo verá se o portador é um temperamento aqui-
etado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou
ainda não encontrou a própria vocação; se andou
de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou per-
maneceu no mesmo estabelecimento, subindo a es-
cala profissional. Pode ser um padrão de honra.
Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

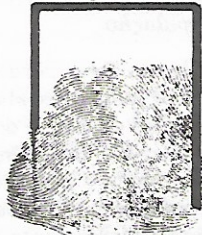
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Série 008RJ



Polgares Direito

Número 87711



ASSINATURA DO PORTADOR
João da Silva

nense, acaba, ao mesmo tempo, incentivando a proposta de mutirão na própria Baixada.

Do nosso ponto de vista, o mutirão deve ser a última opção de como realizar uma obra necessária numa favela ou bairro periférico e, uma vez escolhida, deve realizar-se no espírito de mutirão de "protesto". Com isso queremos dizer que diante da falta de alternativa a obra de mutirão deve ser feita como protesto, no sentido de deixar as autoridades tomarem conhecimento de que a obra está sendo feita com o dinheiro e lazer dos trabalhadores quando deveria ser realizada com o dinheiro público já arrecadado dos trabalhadores através dos impostos por eles pagos.³

2.4. Desenvolvimento comunitário

Trata-se de associativismo, de comunitarismo, isto é, de uma forma sofisticada de mutirão, onde a população planeja e toma suas próprias decisões com pequena participação financeira do Estado. Na verdade é uma das formas que os grupos dominantes têm para convidar a população trabalhadora a aderir aos planos de desenvolvimento sem aumentar sua participação na riqueza produzida. A proposta

... é sutil e, ao nosso ver, contém uma meia-verdade, pois é efetivamente a população trabalhadora que deve decidir suas próprias condições de vida, só que deve também fiscalizar os especialistas, determinando para quem as melhorias são desejáveis e para quem terão efeitos mais definidos. Na verdade, o que falta mencionar na proposta é que os recursos do Governo são provenientes da própria população.

Talvez fosse pertinente perguntar, neste ponto da discussão, por que os moradores abastados dos bairros como Ipanema e Leblon (na zona sul da cidade do Rio de Janeiro) não precisam de alguém para lhes ensinar o espírito de esforço próprio e auto-ajuda. Como falar de auto-ajuda e iniciativa própria se na raiz do problema estão o desemprego e os baixos salários e as greves para aumentar os salários são freqüentemente reprimidas?⁴

2.5. Participação popular

Diferencia-se das demais formas por ser uma participação política das entidades representativas da *sociedade civil* em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas na área social. Esta participação implica uma contradição: de um lado legítima a política do Estado diante da população; por outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública. A resolução dessa contradição faz parte de um processo onde as entidades populares precisam manter sua independência, de modo a poderem lançar mão de formas de luta que lhes são próprias

3. VALLA, Victor Vincent. "A ponte do povo: protesto de uma comunidade periférica", in *Proposta*: Revista a serviço da educação de base. Rio de Janeiro, FASE (9-10) 1978: 71-82.

4. VALLA, Victor Vincent (org.). *Educação e favela*: políticas para as favelas do Rio de Janeiro, 1940-1985. Petrópolis, Vozes, 1986, p. 103 e 107.

e a garantirem a mais ampla participação das massas, orientando sua participação naquelas instituições do Estado destinadas prioritariamente a atender as necessidades da classe trabalhadora, que representa 70% da população brasileira. Nesta perspectiva, a participação popular pode significar uma prática transformadora. Evidentemente, o Estado e as entidades da sociedade civil que defendem os interesses das classes dominantes buscarão sempre bloquear, desviar e impedir esse desenvolvimento do movimento popular, seja restringindo o acesso às informações, fragmentando a participação, limitando o campo das atribuições, retardando decisões ou remetendo-as para instâncias superiores, seja através da cooptação das lideranças do movimento popular para aceitarem esses procedimentos em troca de benefícios pessoais ou políticos.

3. CONDICIONANTES HISTÓRICO-ESTRUTURAIS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

3 O governo brasileiro sistematicamente vem assumindo o papel que caberia à iniciativa privada desempenhar dentro do sistema capitalista. Chamamos a atenção para o fato de que a verba pública freqüentemente utilizada para fins industriais é exatamente aquela verba que deveria fornecer os serviços básicos para a população.

Sabe-se que praticamente todos os investimentos públicos para o *consumo coletivo* são necessários. Questiona-se, por isso, a necessidade e o montante de recursos destinados à *infra-estrutura industrial*. Este não é um problema de hoje. Historicamente, os governos brasileiros gastaram verba pública mais com a infra-estrutura industrial do que com o consumo coletivo, pois os interesses dominantes no Brasil fazem fortes pressões sobre os governos para gastarem a verba pública dessa forma. Seguem-se alguns exemplos que ilustram melhor essa questão. Houve gastos muito grandes com a construção das usinas nucleares em Angra dos Reis. Apesar de muitos protestos de técnicos, pesquisadores e professores que entendem do assunto, o governo federal da época da ditadura militar gastou bilhões de cruzados na construção de uma usina que hoje está cheia de ferrugem e é vista por muitos como perigosa para a saúde coletiva. Para tanto dinheiro público ser gasto, aliás, o governo de então tinha que tomar empréstimo dos bancos estrangeiros, mas não perguntava à população se queria, mais tarde, pagar essa "dívida externa" com o dinheiro dos impostos. O governo construiu novas estradas, pontes e gastou grandes somas do dinheiro público para fornecer luz, água e esgotos para a usina poder funcionar.

Houve o mesmo tipo de gastos, por exemplo, para a instalação da fábrica de automóveis FIAT perto de Belo Horizonte e para a construção da rodovia Transamazônica. Hoje em dia pode-se acrescentar a construção da Ferrovia Norte-Sul. Todo esse dinheiro gasto sem uma consulta popular desviou as verbas públicas que poderiam ser empregadas em serviços de saúde e para outras necessidades sociais. De uma forma ou de outra, é a população trabalhadora que "paga o pato", pois na ausência de serviços básicos como os de saúde, as classes média e rica, embora também tenham o direito aos serviços públicos, podem "pagar" por sua saúde Golden Cross, Amil, etc.

Embora a tendência dos governos brasileiros sempre tenha sido de relegar os gastos com o consumo coletivo a um segundo plano, isso agravou-se muito a partir do regime militar de 1964. De certa forma, a ditadura militar oficializou a *privatização da verba pública*. Foi durante esses anos que a repressão dos governos impediu que a população organizada protestasse contra a abertura da rodovia Transamazônica, a construção das usinas nucleares e a entrada de muitas indústrias multinacionais que só vieram buscar

mão-de-obra e matéria prima baratas e infra-estrutura industrial gratuita. Foi durante esses anos que os governos tomaram muitos empréstimos sem a autorização do Congresso, resultando hoje na questão da dívida externa. E hoje a dívida externa é paga também com os impostos que devem financiar o consumo coletivo.⁵

Passados os anos mais críticos do regime militar (1968-1974), começou-se o que os próprios governos militares chamaram de uma “distensão lenta e gradual”, ou seja, a “transição para a democracia”. As palavras “lenta e gradual” e “transição” são importantes, pois indicam a intenção dos grupos dominantes de permanecerem com a hegemonia do Estado brasileiro. As palavras “democratização” e “democracia” oferecem o mesmo problema que “participação social” — têm várias definições e, sem especificar, não fica claro qual é a definição que se pretende utilizar. Esse uso ambíguo de palavras não é por acaso e serve aos interesses de quem não quer que os interesses da população trabalhadora prevaleçam.

Não há apenas democracia: há democracia liberal e democracia popular. De qualquer forma, toda democracia implica em desigualdade, pois se todos os homens tivessem direitos iguais, não haveria razão para a democracia. A democracia existe justamente para mediar as desigualdades, através de eleições. Neste sentido, não basta proclamar que todos os homens são iguais, que têm direitos iguais, pois se não há fiscalização para garantir isso então a democracia proposta não contempla todos os homens.

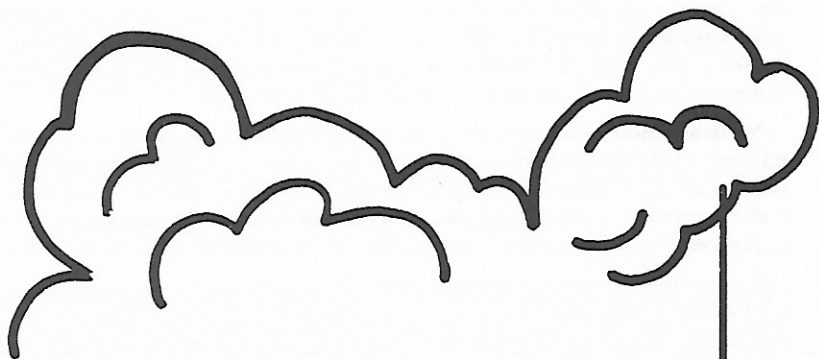
Na realidade, são os interesses do capital (infra-estrutura industrial) e do trabalho (consumo coletivo) que estão em jogo. E o que vem sendo proposto pelos grupos dominantes é a democracia liberal, onde se declara que todos os homens são iguais, têm direitos iguais e que é pelas eleições e pelo voto livre que se resolvem as diferenças. Mas os recursos que os grupos dominantes têm para utilizar nas eleições são muito grandes. Não somente durante as eleições, mas durante o ano todo, os grupos dominantes, os representantes do capital, têm mais acesso aos grandes jornais, à televisão e aos próprios governantes que se elegeram justamente com esses meios.

Na realidade, nem todos têm acesso igual ao dinheiro público, embora todos sejam obrigados a contribuir com seus impostos para que exista o dinheiro público. A proposta de participação popular se coloca justamente na contra-mão desse estado de coisas.

A democracia apresenta a proposta de que os direitos “individuais” de cada cidadão sejam respeitados. Mas essa proposta somente teria sentido se todos os cidadãos brasileiros tivessem acesso pleno aos serviços básicos. Como garantir o “direito de ir e vir”, por exemplo, se o transporte coletivo ou não existe (obrigando a longas caminhadas a pé), ou é extremamente precário, com horário irregular, poucos ônibus, etc.? O dinheiro que os governos gastam com o consumo coletivo está longe de ser suficiente para proporcionar a toda a população tudo o que a Constituição garante, dessa forma prejudicando o exercício pleno dos direitos individuais.

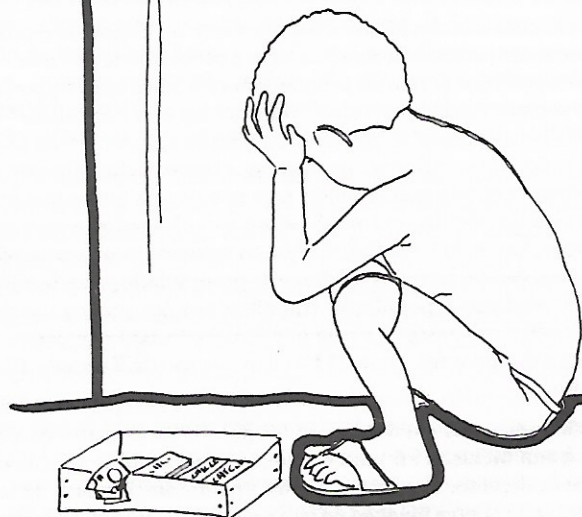
Na realidade, tentar responder a essas questões, é falar de *cidadania*. Mas a discussão da cidadania no Brasil é um problema, porque a idéia que tem sido divulgada é a de uma cidadania do 1º mundo, dos Estados Unidos, da Europa Ocidental. Todos nós ouvimos falar desses países onde todo mundo tem água encanada em casa, esgotos, pode beber água da bica da pia, onde os carros dão passagem ao pedestre quando ele atravessa uma

5. VALLA, V. V. *Movimentos sociais, saúde e a questão da verba pública*. Petrópolis, Centro de Defesa dos Direitos Humanos, 1987, p. 7-8.



CENTRO DE SAÚDE

ESCOLA PÚBLICA



rua. Este tipo de cidadania, aliás, altamente desejável para qualquer população, já existe nesses países, e lá não há necessidade de se reivindicar água ou esgotos. Os cidadãos desses países “vigiam” os governos para garantir que esses serviços continuem existindo. Trata-se de uma *cidadania de abundância, de vigilância*.

No Brasil, porém, uma grande parte da população não pode vigiar o governo, porque não há o que vigiar; se um bairro não tem água, esgotos, ruas asfaltadas, postos de saúde, essa população vai vigiar o quê? A população desse bairro, como é o caso de muitos bairros, terá é de pressionar as autoridades para realizarem essas obras básicas com o dinheiro dos impostos.

É importante chamar a atenção para o fato de que as reivindicações da população são reivindicações de direito, ou seja, as autoridades já têm o dinheiro dos impostos da população, mas não realizam os serviços exigidos e acabam gastando os impostos em outros projetos, como foi visto anteriormente. Na realidade, o que a população reivindica quando exige os serviços básicos é apenas sua sobrevivência, pois, não havendo esses serviços, muitas pessoas correm o risco de morrer.

Então essa é uma *cidadania de sobrevivência*, uma *cidadania de escassez*, que pode ser assim colocada: ou o governo respeita os direitos da população e devolve seu dinheiro na forma de serviços, ou grandes parcelas da população continuarão a ter problemas muito sérios de saúde.⁶

A distribuição desigual da verba pública é consolidada por um complexo sistema de burocracia. A presença e ação dos técnicos desta burocracia faz com que essa distribuição desigual seja vista como algo impessoal, neutro, apenas uma questão administrativa.

Nessa discussão de direitos sociais e verba pública, é importante ter claro que o próprio Estado brasileiro e a Constituição têm como seu eixo principal a propriedade privada. Com isso, queremos dizer que a concepção que se tem da propriedade privada é mais importante do que a questão dos direitos sociais. Assim, nem uma “reforma agrária capitalista” será possível, porque a maioria dos constituintes se opuseram à distribuição de terras improdutivas mas particulares. Como consequência, as favelas crescem diariamente nas cidades, o índice de desemprego continua aumentando e os preços dos alimentos continuam subindo. Grandes parcelas da população trabalhadora são obrigadas a morar em favelas ou em bairros periféricos, longe do trabalho, porque os terrenos mais acessíveis já têm donos. Poder-se-ia pensar em vender terrenos baldios e de propriedade privada para as prefeituras para depois serem vendidos à população trabalhadora por preços módicos. Mas uma solução deste tipo implica em gastar a verba pública que já está comprometida em obras de interesse dos grupos dominantes, como já foi visto no caso da Barra da Tijuca, no município do Rio de Janeiro.

Mesmo que se possa identificar avanços em determinados pontos da Constituição, não devemos perder de vista que a sua inclusão foi uma consequência das lutas sociais e da correlação de forças que, através do voto, se cristalizou na Constituinte. A posse da terra juridicamente justificada, a proteção contra invasão da sua própria residência, o direito de fazer greve ou de não ser preso a não ser por crime cometido, são todos direitos conquistados na Constituição. Tais direitos podem tornar-se letra morta e a Constituição virar apenas um pedaço de papel escrito caso não sejam reivindicados e defendidos pelas

6. *Ibidem*, p. 10-11.

classes trabalhadoras, única forma de exigir que o Estado faça por onde cumpri-los e respeitá-los. Em última instância, a democracia, mesmo liberal, depende da fiscalização permanente dos cidadãos que vivem apenas do seu trabalho.

4. SAÚDE: POLÍTICA E SISTEMA

4.1. Da “reprodução da força de trabalho” à “dilapidação da força de trabalho”

A classe trabalhadora, para poder reproduzir sua força de trabalho de um dia para o outro, necessita de serviços básicos abundantes, eficientes e de qualidade. Um dos requisitos para que haja serviços básicos, abundantes, eficientes e de qualidade é que a verba pública seja prioritariamente utilizada para estes serviços.

O fato de a economia brasileira ser uma expressão do capitalismo dependente faz com que a verba pública não esteja sempre disponível para os serviços básicos, pois os interesses dos capitalistas nacionais e internacionais disputam a mesma verba que mantém as escolas públicas, os centros de saúde, os hospitais e os serviços de água, luz e transporte público.

Na realidade o que está em discussão é como fazer com que os governos socializem a verba pública em vez de a privatizarem. Até agora foi demonstrado que na medida em que os governos não investem no consumo coletivo, há prejuízos para a população trabalhadora. Na medida em que esses serviços não existem, os trabalhadores são obrigados a achar alternativas às suas próprias custas. É o que muitos chamam de “reprodução da força de trabalho a baixo custo”. Isso quer dizer que os gastos que os governos deveriam fazer, através da verba pública, são absorvidos pelos trabalhadores e feitos com seus minguados salários, ou seja, freqüentemente eles mesmos acabam “criando os serviços”: autoconstrução, morar em favela, puxar luz da rua, medicina popular, etc.

A população trabalhadora, por exemplo, tendo de sobreviver com um ou dois salários mínimos, tenta escapar do aluguel, construindo a sua casa própria num lote longe do centro da cidade. Se, de um lado, os gastos com o aluguel podem terminar, de outro lado, os trabalhadores são obrigados a gastar mais com a passagem de ônibus ou trem para o trabalho. E enquanto a casa está sendo construída (e é geralmente o pai quem constrói sua própria casa nos fins de semana), a família é obrigada a suportar sacrifícios muito grandes. A construção já por si traz muitos problemas, pois além de eventualmente se gastar com a compra do terreno, gasta-se muito com o material de construção, que acaba tirando parte do salário utilizado para a comida da família. Além disso, o pai da família e construtor da casa, que já tem pouco tempo para descansar durante a semana, é obrigado a usar seu tempo livre para trabalhar mais ainda. Assim, aumentando o trabalho além de 44 horas por semana, diminuindo os gastos com a alimentação e tendo pouco tempo para “descansar a cabeça”, os trabalhadores e suas famílias começam a ter problemas com a saúde. Todo esse caminho de trabalhar muito e dormir pouco, comer mal e não ter tempo de descanso provoca um desgaste muito grande para o corpo do trabalhador, o que alguns chamam de *dilapidação da força de trabalho*.

Mesmo depois da construção da casa própria, os problemas continuam, pois, justamente porque o lote é longe do centro, é muito comum não haver serviços de água e luz, esgoto, posto de saúde ou hospital, além de o ônibus passar longe e ser mais caro porque a viagem é longa.

4.2. As políticas sociais e a reprodução da força de trabalho

Os problemas de saúde da população trabalhadora estão, como vimos, ligados às suas condições de vida e de trabalho. Chama atenção, entretanto, o fato de que a política social do Estado setoriza, fragmenta, separa em diferentes esferas de competência governamental o que está indissolúvelmente integrado na vida, na realidade social.

Exatamente por isso usa-se a expressão políticas sociais, trata-se daquelas medidas governamentais destinadas a garantir, em níveis mínimos, a reprodução da força de trabalho. A política de saúde faz parte da política social do Estado, é uma política setorial voltada para a *preservação e/ou recuperação* da saúde dos trabalhadores. No primeiro aspecto, a política de saúde orienta-se principalmente para a *contenção* de epidemias e endemias* capazes de comprometer em larga escala os investimentos produtivos, uma vez que tais investimentos dependem da exploração de centenas de milhares de trabalhadores e isso significa dispor de pessoas em “condições saudáveis”. No segundo aspecto, a política de saúde orienta-se para a *assistência médica*, objetivando curar os doentes e permitir sua rápida volta ao trabalho. Esses dois aspectos — preservação/recuperação — da política de saúde estão até hoje separados, na legislação e nas instituições do Estado. De um lado, a saúde é encarada do ponto de vista coletivo e sua gestão é atribuída ao Ministério da Saúde. Por outro, a saúde é encarada do ponto de vista individual e de responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social. Com a nova Constituição buscou-se superar essa dicotomia, através da criação de um sistema único de saúde.

Historicamente, observamos um declínio da medicina coletiva ou da saúde preventiva, uma vez que o problema das grandes epidemias como a febre amarela e a tuberculose foi controlado ou mesmo erradicado. O que passou progressivamente a se impor foi a medicina assistencial curativa. O golpe militar de 1964 aprofundou essa tendência e cristalizou o “modelo de atenção à saúde” ainda hoje dominante.

Esse “modelo” tem os seguintes traços característicos:

- ênfase para a medicina curativa, em detrimento da saúde preventiva;
- privilegiamento das empresas privadas de produção de serviços de saúde, através da compra, pela Previdência Social, desses serviços;
- tendência à universalização do atendimento médico em caráter emergencial, realizando-se porém de modo desigual; e
- tendência ao desequilíbrio financeiro crônico.

O que garante tal modelo é a contribuição compulsória (obrigatória, descontada em folha) dos trabalhadores à Previdência Social. O dinheiro que o “INPS” recolhe de cada trabalhador brasileiro e dos capitalistas (que normalmente atrasam o recolhimento ou simplesmente deixam de pagar a contribuição), constitui uma fantástica soma de recursos.

Ao lado dessa contribuição compulsória para o “INPS”, existem outras fontes de recursos que financiam a saúde no Brasil: o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), administrado pela Caixa Econômica Federal e formado com dinheiro proveniente das rendas líquidas das Loterias Esportiva e Federal, dotações do orçamento da Caixa e da União; o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), arrecadado no percentual de 0,5% da receita bruta das empresas públicas e privadas; e finalmente os recursos do Tesouro

* Epidemia: doença que atinge a muitos num curto espaço de tempo, por exemplo, dengue ou meningite. Endemia: doença, que atinge a muitos num prolongado espaço de tempo; a doença pode atingir o indivíduo por curto espaço de tempo, mas sua persistência no tempo a diferencia da epidemia; malária e doença de Chagas, por exemplo, são endemias.

Nacional, de natureza orçamentária, com percentual baixíssimo (o percentual mais alto nos últimos anos foi alcançado em 1985, quando atingiu 2,10% do total do orçamento da União).

Para termos uma idéia da grandeza dos valores envolvidos, basta observar que enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinha um orçamento estimado em Cz\$ 190 bilhões (maio de 1986), o Ministério da Saúde contava apenas, no mesmo ano, com a ridícula quantia de Cz\$ 8,4 bilhões.

Os recursos que saem diretamente do bolso do trabalhador ("INPS") não são totalmente aplicados na saúde. Na realidade, a maior parcela é destinada a benefícios pecuniários (aposentadoria, pensões, auxílio doença, etc.). A composição provável das despesas do sistema previdenciário no Brasil é a seguinte:

- benefícios pecuniários — 70%
- assistência médica — 20%
- assistência social — 5%
- administração — 5%

Esses percentuais vão variar conforme o desenvolvimento da luta social, das conquistas que os trabalhadores alcançam ou perdem, etc.

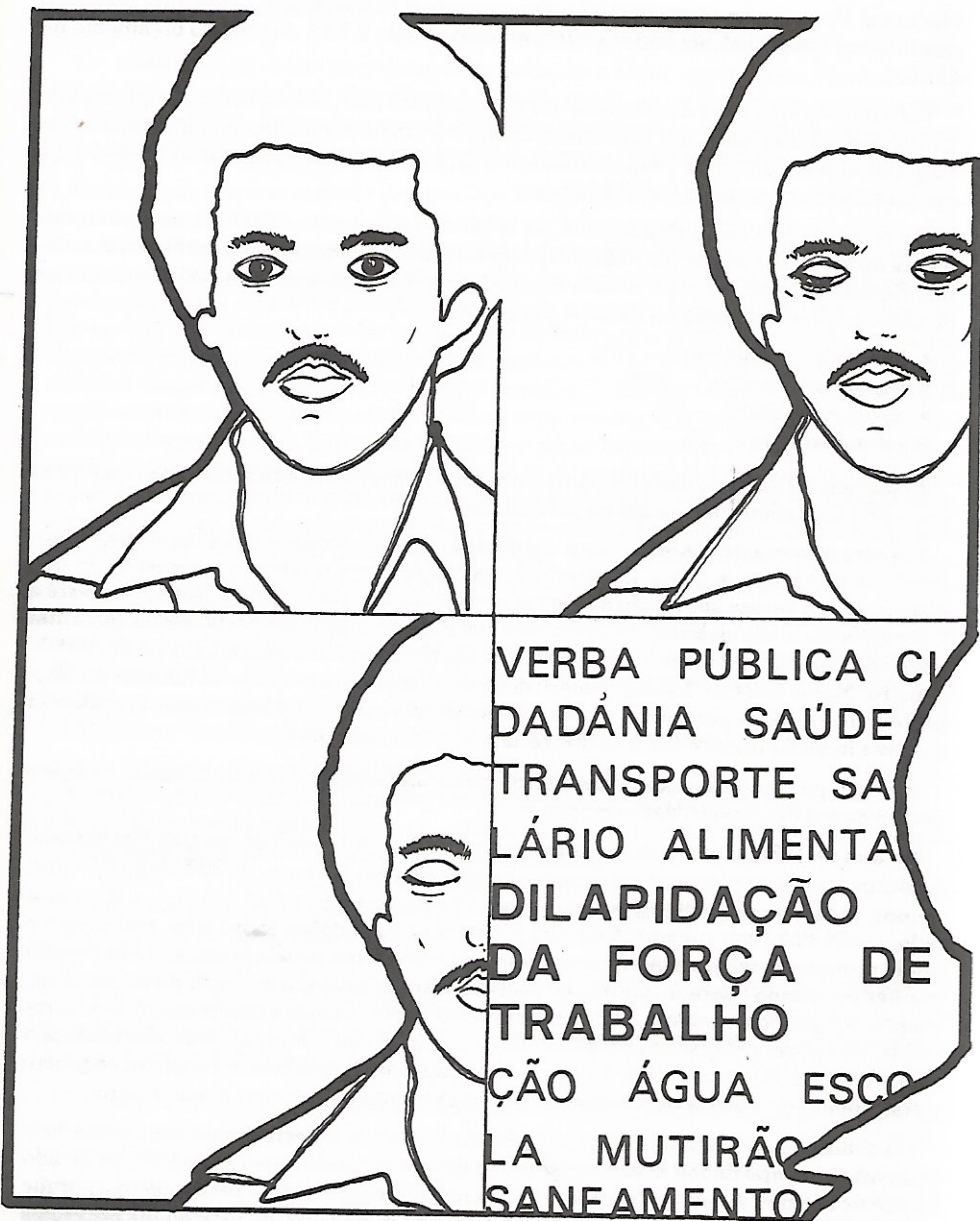
É muito importante observar que a distribuição dos recursos para a saúde segue o "modelo" de que falamos atrás. O Ministério da Saúde, com o ridículo orçamento de que dispõe, aplica verbas sobretudo nas áreas mais pobres do país, como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde estão os "reservatórios" de mão-de-obra e os trabalhadores mais mal pagos do país. Já o Ministério da Previdência gasta na Região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo) duas vezes mais do que em nove Estados do Nordeste. Em termos de percentual, apenas na *assistência médica*, o Ministério da Previdência gastava mais da metade (52,6%) dos recursos na Região Sudeste.

A verba pública destinada à assistência médica privilegiou, historicamente, as ações curativas em detrimento das preventivas.

No ano de 1986, como vimos, o orçamento do MPAS foi estimado em Cz\$ 190 bilhões. As despesas com assistência médica representavam algo em torno de 20% daquele valor. Temos, então, que a medicina curativa e individualizada utilizou Cz\$ 38 bilhões. Por outro lado, o MS tinha um orçamento de Cz\$ 8,4 bilhões para cobrir todas suas atribuições e ainda remunerar seu pessoal técnico e administrativo. Com aquela quantia, o MS deveria manter programas para o controle de doenças transmissíveis, a exemplo da tuberculose, exercer a vigilância sanitária de produtos farmacêuticos, sangue e outros insumos do setor saúde, promover campanhas para o combate ao câncer, etc. Os problemas relacionados à saúde coletiva, à prevenção da doença, receberam a menor parcela de recursos, enquanto o tratamento da doença ou a assistência médica curativa ficou com a maior parte.

Uma ilustração desse descaso com a saúde pública e especialmente com ações preventivas no campo da saúde foi a epidemia de dengue ocorrida no verão de 1986 no Estado do Rio de Janeiro. As autoridades sanitárias foram "surpreendidas" pela epidemia porque o controle do vetor (o mosquito *Aedes Aegypti*) deixara há muito de ser feito. As principais vítimas da epidemia foram os trabalhadores que moram na periferia do Rio de Janeiro, onde a falta de água encanada favorecia a criação de focos do mosquito.

Porém a quem interessa uma política de saúde tipicamente assistencial, curativa e individualizada? Se nós prestarmos atenção para a rede hospitalar, para o número de leitos



VERBA PÚBLICA
CIDADANIA
SAÚDE
TRANSPORTE
SALÁRIO
ALIMENTAÇÃO
DILAPIDAÇÃO
DA FORÇA DE
TRABALHO
CÃO
ÁGUA
ESCOLA
MUTIRÃO
SANEAMENTO

que opera e para a utilização do dinheiro do "INPS" nas hospitalizações, vamos nos dar conta de que o *setor público financia o setor privado*. Este é o segundo aspecto do "modelo" de atenção à saúde" ainda dominante de que falamos nas páginas anteriores.

A rede médico-hospitalar abrange cerca de 5.000 hospitais, sendo 895 do setor público (INAMPS, Estados, Municípios, Universidades, etc.), operando 108 mil leitos. Já o setor privado conta com 4.180 hospitais e opera 350 mil leitos (Mcgreewey, 1986). O que chama a atenção é que o setor privado, apesar de controlar a maior parte da rede hospitalar, recebe em torno de 65% dos recursos do INAMPS. Ou seja, o setor público é quem financia o setor privado. E isto até o momento se deu através do sistema de convênios e compra de serviços. A nova Constituição estabeleceu o contrato público.

Outra forma de subsidiar o setor privado (não-filantrópico) é a destinação de recursos do FAS (advindo das loterias esportiva e federal, etc.) para a construção de hospitais e aquisição de equipamentos hospitalares.

O resultado de toda essa política não podia ser outro se não o de provocar o "sucateamento" da rede hospitalar pública, estimular a chamada "dupla militância" dos médicos, o péssimo atendimento aos usuários, as "filas", enfim, tudo direcionando os pacientes para a rede privada e estimulando a falsa consciência, entre os trabalhadores, de que "o que é de graça é ruim". Falsa, pois na realidade a rede hospitalar pública, como os outros serviços de saúde pública, não são "de graça", pois são mantidos com os impostos dos contribuintes. Podemos então fazer uma descrição do sistema de saúde vigente no Brasil como um sistema composto por três setores inter-relacionados, onde o setor público e, dentro dele, o INAMPS, financia outros dois: o setor privado e o setor filantrópico.

Compõem esses setores:

- Público: rede hospitalar e ambulatorial do INAMPS, rede hospitalar estadual e municipal, hospitais universitários e escolas isoladas de medicina;
- Privado: empresas médicas, como Golden Cross, AMIL, UNIMED, EBAN, etc., laboratórios, bancos de sangue, empresas de equipamentos médico-hospitalares, centros de atividade médica do Serviço Social da Indústria, etc.;
- Filantrópico: também composto por instituições privadas mas sem finalidade de lucro, como os hospitais beneficentes, a Santa Casa de Misericórdia, etc.

4.3. Um pouco de história: as reformas na área da saúde e a participação popular

O sistema previdenciário de saúde, que determina a política de saúde em nosso país, começou a entrar em crise no início dos anos 80, crise que permanece até os nossos dias. A manifestação mais imediata da crise foi de caráter financeiro: em 1981 a despesa superava a receita em Cr\$ 290 bilhões. O motivo básico era a situação da economia que entrava numa fase de recessão. Os principais contribuintes — os trabalhadores — estavam sendo desempregados pelas empresas e, ao mesmo tempo, o governo havia ampliado em muito o número de pessoas cobertas pela assistência médica.

Outro motivo do déficit eram as fraudes. Estas, provocadas pelas empresas médicas conveniadas com a rede do INAMPS, consistiam em dois tipos: o "superfaturamento real", através da realização de exames suplementares mais caros e desnecessários, internações e cesarianas desnecessárias, ou seja, aumento do número e do valor dos atos médicos a serem pagos pelo INAMPS; o "superfaturamento fictício", como o acréscimo de atos não realizados, internações fantasmas e até a criação de "hospitais de carimbo", caracteri-

zando as fraudes que ganhavam manchetes nos jornais e na TV.

O controle sobre os atos médicos pagos pelo INAMPS e a diminuição das fraudes “escandalosas” teve uma pequena repercussão em termos do déficit da Previdência mas rendeu dividendos políticos ao governo militar de plantão (general Figueiredo) junto à opinião pública. O assunto rendeu ainda dividendos nos anos seguintes, mesmo quando a economia se reativou e a receita da previdência aumentou.

Como conseqüência da crise financeira, eclodiu a discussão sobre as alternativas econômico-financeiras para resolvê-la. O problema, na realidade, era político, pois se tratava de saber quem (quais os grupos e classes sociais) seria penalizado. O Ministério da Previdência propõe cortar os gastos com assistência médica, estabelecer o limite de 60 anos para aquisição do direito à aposentadoria e aumentar a arrecadação.

Desenrola-se então uma acirrada luta, onde entram em disputa diversas forças sociais. Inicialmente os sindicatos de trabalhadores resistiram à proposta do Ministério, que foi apoiada pelos partidos de oposição. Como se vivia uma situação eleitoral, a resistência acabou provocando cisões dentro do próprio governo militar. Os empresários também se manifestaram contra, porque o aumento da arrecadação implicaria deduções sobre seus lucros. No processo de discussão, o Deputado Carlos Chiarelli do PDS, responsável pelo Departamento trabalhista desse partido governista, propõe mudar o critério de contribuição das empresas, mas isto também não é aceito pelo governo. Outra proposta foi a de aumentar a contribuição do governo federal para o sistema previdenciário, que era de apenas 5% (enquanto o padrão mundial era de 40%), mas foi igualmente negada.

O impasse conduziu à criação do CONASP (Conselho de Administração de Saúde Pública), institucionalizando a participação do Ministério da Saúde, da Fazenda, do Trabalho e das entidades da “sociedade civil”, como as confederações de trabalhadores e empresários (por onde entrou a Federação Brasileira de Hospitais) e o Conselho Federal de Medicina. Foi uma espécie de “intervenção branca” na Previdência: o fórum político criado retirava do Ministério o poder de decidir autonomamente.

O Plano do CONASP, de 1982, propôs basicamente um novo sistema de contas hospitalares e as chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS).

O Ministério da Previdência conseguiu manter sob seu controle o sistema de contas hospitalares, ficando nas mãos da Secretaria de Medicina Social da Previdência. Os interesses das empresas privadas e da burocracia ficavam, assim, à margem de “pressões políticas”.

As AIS retomavam a proposta do nati-morto PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), de 1980. O que era o PREV-SAÚDE? Tratava-se de um projeto, elaborado por técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência, que buscava traduzir as orientações formuladas pela Organização Mundial de Saúde na Conferência de Alma Ata (1978). A meta “Saúde para todos no ano 2000” deveria ser alcançada pelos governos por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária, pressupondo-se um certo grau de integração entre as diversas instituições do Estado responsáveis pela saúde. Assim, a nível nacional, o PREV-SAÚDE propunha a integração entre as instituições previdenciária e de saúde com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Para orientar o sistema de saúde na direção indicada pela Conferência de Alma Ata, o PREV-SAÚDE foi buscar sua inspiração na experiência da Medicina Comunitária, de oferecer serviços de saúde a baixos custos para ampliar a cobertura da população a ser assistida, sobretudo no Nordeste.

A proposta de oferecer serviços de saúde a baixo custo não se dirige a qualquer população, mas essencialmente às grandes parcelas da população brasileira que moram na periferia das grandes cidades e que trabalham nos serviços básicos (transportes públicos, água, luz, limpeza urbana) ou são biscateiros.

É dentro dessa proposta que surge um novo profissional: o agente comunitário de saúde.* Geralmente é um morador ou moradora da própria comunidade onde se pretende desenvolver o trabalho. Esses agentes, na maioria mulheres que de uma forma ou outra já tinham desenvolvido algum trabalho de saúde (associações de moradores, partidos políticos, grupos religiosos) na comunidade, agora teriam uma vinculação mais formal com o Centro ou Posto de Saúde local.

Neste sentido, esses agentes seriam “intermediários” entre os Centros de Saúde ou as Secretárias Municipais de Saúde e a população das comunidades de baixa renda, desenvolvendo práticas preventivas de verificação de pressão arterial, cuidados primários simples, orientação básica e encaminhamento para o Centro de Saúde local. Essa inserção no sistema de saúde do país é diversificada: às vezes funcionários contratados pelo serviço público, às vezes voluntários sem nenhuma remuneração. De qualquer forma, o surgimento desse novo tipo de trabalhador de saúde representa parte da concretização da proposta de gastar uma parcela menor da verba pública com a atenção à saúde da população trabalhadora, o que acarreta oferecer um atendimento de segunda classe. Esses agentes, geralmente com formação escolar que quase nunca supera a do 1º grau completo, quando remunerados, percebem baixos salários, exemplificando claramente o que falamos no início deste trabalho com relação a “desenvolvimento comunitário” e “mutirão”.

Esse modelo de racionalização da assistência à saúde pautava-se em certos princípios: o acesso à rede de serviços deveria obedecer à hierarquização dos níveis de atendimento (“entrada” no nível primário — Centros de Saúde e Postos Ambulatoriais de Emergência, buscando resolver os problemas de saúde a esse nível; “encaminhamento”, via Postos Ambulatoriais, com autorização para internação, nos Hospitais Gerais, de nível secundário; e daí para Hospitais Especializados, de nível terciário, como os Hospitais Universitários) e ser organizado regionalmente, em termos de uma rede auto-suficiente para atender a demanda por saúde nos três níveis citados.

A hierarquização e a regionalização enquanto princípios ordenadores do novo sistema de saúde pressupunham um arranjo institucional adequado. Era indispensável integrar as diversas instituições que cuidavam da saúde, desde o nível federal (Ministério da Saúde, da Previdência e do Trabalho) até o municipal, passando pelo estadual.

A estrutura interinstitucional das AIS passou a ser composta pela *Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) a nível nacional*, com a participação dos superintendentes regionais do INAMPS, delegado federal do Ministério da Saúde, dos secretários estaduais de Saúde e representante de Hospital Universitário; nas regiões, essa estrutura reproduzia-se nas *Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS)* e, nos municípios, nas *Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS)*. Em cada um dos níveis haveria um grupo técnico capaz de coordenar as ações.

O que se deve observar é que a participação da sociedade civil limitava-se à instância municipal, nas CIMS.

* Ao mesmo tempo, é também importante chamar a atenção para o fato de que muitos desses agentes têm adquirido conhecimentos valiosos para a população e expressam posturas cívicas/políticas que permitiram que fossem elos de propostas de participação popular em determinadas conjunturas.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) começou a enfrentar a questão de superar as AIS, consideradas um passo adiante e ponto de partida, mas, ao mesmo tempo, uma estrutura que não integrava efetivamente o sistema de saúde. Daí veio a proposta da Reforma Sanitária, cujos princípios básicos são os da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), com um nível de comando único em cada estado (descentralização centralizada) de ações integradas (prevenção e cura), sustentado financeiramente com um fundo comum de recursos. Considerava indispensável para a implementação das mudanças a participação da população organizada.

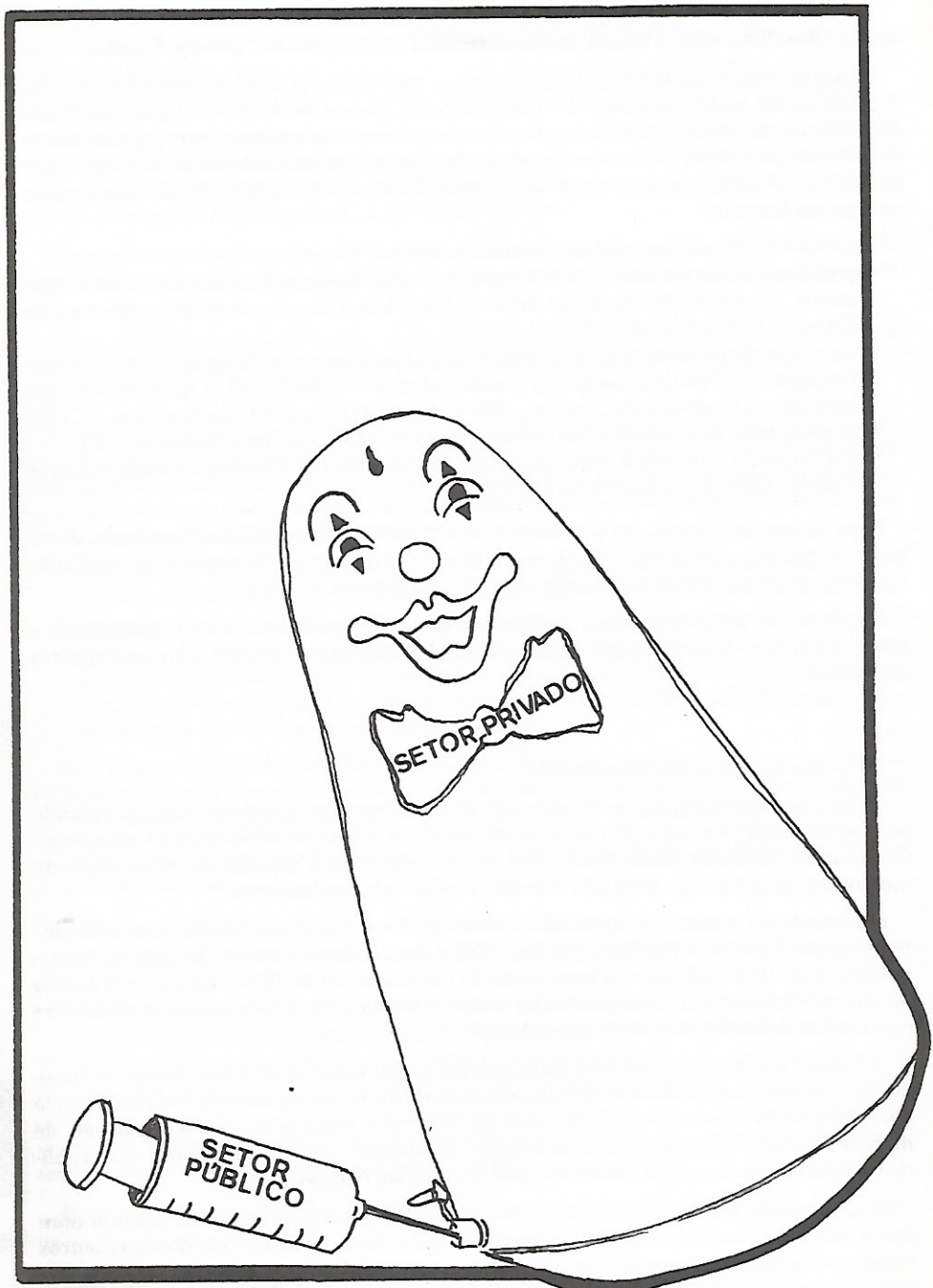
Enquanto o processo de discussão desenrolava-se na Assembléia Nacional Constituinte e, paralelamente, no Plenário Pró-Participação Popular e na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a parte mais progressista da burocracia da Previdência vinculada à assistência médica (INAMPS) e ao Ministério da Saúde começava a transformar em atos as proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde relativas à integração administrativa, capaz de gerar um Sistema Único de Saúde (compreendido aí o setor público). Em 1987 começam a se implantar, em todo o país, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), através de convênios entre o INAMPS, via superintendências regionais, e as Secretarias Estaduais de Saúde. Os vultosos recursos do INAMPS oriundos da contribuição previdenciária dos trabalhadores e empregadores, são repassados às secretarias estaduais e, destas, às municipais. Uma nova rede de relações com a sociedade civil começa então a ser montada. Surgem os Conselhos Estaduais de Saúde, com representação paritária do Estado e da sociedade civil. As Comissões Municipais ampliam-se em várias cidades do país.

Para finalizar essas considerações históricas, cabe observar que a interferência da população, seja através de associações de moradores, seja de sindicatos, não alcançou o nível federal. A programação orçamentária integrada (POI) que entrelaçava os recursos oriundos da contribuição previdenciária aos dos Estados e Municípios ficava nas mãos da burocracia governamental a que fizemos referência quando falamos do SUDS. Outro aspecto diz respeito à permanência das relações entre o setor público e o setor privado de prestação de serviços. Quer dizer que a proposta de um Sistema Único de Saúde não representou a estatização da saúde mas apenas a integração (marcada por inúmeras contradições) da rede pública de serviços de saúde.

4.4. Participação popular em saúde: limitações e possibilidades

Devemos lembrar mais uma vez que a participação popular legalmente aceita limita-se, via de regra, à representação civil em setores da administração pública responsáveis por determinada política setorial (ver item 4.2.). Assim, fala-se de participação popular em saúde mas não de interferência da população organizada sobre o conjunto das políticas sociais do Estado.

Uma vez tendo clara essa definição, vamos resumir as diversas propostas de participação popular no sistema, serviços e ações de saúde elaboradas ao longo do debate que precedeu a votação da Assembléia Nacional Constituinte. O Jornal da Reforma Sanitária PROPOSTA, nº 02, de abril de 1987, apresenta a participação como "controle social" enquanto um princípio político e doutrinário que deveria nortear a construção jurídico-institucional do Sistema de Saúde. A idéia de que o Estado seja controlado pela população, não apenas através dos seus representantes políticos no Congresso Nacional mas igualmente pela participação direta, constitui um dos postulados da democracia burguesa de



nossos dias. Esta idéia é resumida na expressão “controle social” sobre o Estado.

Vejamos, então, quais são as propostas de participação. As 11 propostas apresentadas naquele jornal, podemos agrupá-las por categorias que vão desde um nível genérico, fluido e impreciso até aquelas que caracterizam concretamente quem deve estar representando no sistema de saúde. Excluindo a posição da Confederação Nacional da Indústria, que considerou a participação popular *incompatível* com qualquer texto legal, temos cinco categorias básicas:

- envolvimento da comunidade (Comissão Afonso Arinos);
- participação da sociedade civil (Deputado Carlos Santana, Conselho Federal de Medicina, Comissão Nacional da Reforma Sanitária e Secretaria de Planejamento do Governo Federal — SEPLAN);
- participação de entidades representativas da população e/ou de usuários (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva — ABRASCO, e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência — SBPC, Central Única dos Trabalhadores — CUT);
- participação de entidades dos trabalhadores (Partido dos Trabalhadores — PT);
- participação paritária de representantes do Governo, trabalhadores e empregadores (Partido Comunista Brasileiro — PCB).

Mais de um ano depois, ao concluir os seus trabalhos, a Assembléia Nacional Constituinte consagrou a proposta... de Afonso Arinos! Com a pequena diferença de que na Carta Constitucional a participação é uma “diretriz” do sistema de saúde:

Art. 203. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I —

II —

III — participação da comunidade.

É claro que agora vai se travar uma série de batalhas para “precisar” o que se entende por “participação da comunidade” e, nesse sentido, o debate ocorrido *antes* da votação na Constituinte continua sendo atual. Mas há também toda a experiência acumulada do *movimento* popular que, para nós constitui a referência fundamental.

Entretanto a Constituição aprovada é bastante clara: a participação da “comunidade” restringe-se à *gestão administrativa* das ações e dos serviços de saúde, ficando excluída a possibilidade de decidir sobre a formulação da política de saúde. Não resta a menor dúvida de que o movimento popular precisa ter muita clareza sobre os riscos e as possibilidades que sua participação doravante irá enfrentar.

O Estado é constituído em boa parte, por um corpo especial de funcionários, de burocratas, em diversos níveis hierárquicos, obedecendo a normas específicas. Essa burocracia comporta-se como um corpo de técnicos que executa a vontade de toda a população, de maneira “neutra”. Ela simplesmente estaria “obedecendo ordens”, de acordo com a política adotada pelo Estado e autorizada pelo Congresso Nacional.

Ora, a questão é que a burocracia estatal não está *de fato* interessada em executar uma política de saúde que primordialmente se volte para a “redução do risco de doença e outros agravos à saúde”, mas em manter o “modelo assistencial médico-curativo” vigente.

Essa burocracia que tem nas mãos o poder de decisão quanto à organização do sistema único (público) de saúde constitui o lado governamental com o qual o movimento popular

irão lidar e estão lidando há alguns anos. Não se trata de uma simples suspeita. O ex-presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, identificava, há pouco menos de um ano, os “focos de resistência” à mudança do modelo de assistência à saúde *dentro do próprio Estado*:

“De alguma forma, todo o sistema de poder do setor saúde está contra nós. A partir da redefinição das relações entre estados, municípios e federação, quebrou-se uma correlação de forças históricas, se romperam relações de clientelismo, o que gerou uma desarrumação no sistema de forças que gera estes ataques a nós.”⁷

Apesar do otimismo que transparece nas colocações daquele que foi uma das cabeças da Reforma Sanitária, fica claro que há a percepção de que o *sistema de poder do setor saúde está contra a população*.

A luta por um sistema de saúde em favor da população é, sem dúvida, uma luta pela contínua e progressiva diminuição do poder da burocracia estatal agir autonomamente, de atuar “técnica e neutralmente”.

Deste modo, mesmo considerando que o movimento popular vai ter sua participação restrita à gestão administrativa, é a partir desse lugar que poderá desenvolver suas lutas. Articulando-se cada vez mais nos níveis municipal e estadual e pressionando os parlamentares que se dizem comprometidos com as causas populares, o movimento popular pela saúde precisará definir-se quanto a algumas questões:

- reorientar o modelo de assistência à saúde ou buscar a sua “racionalização”?
- participar com um caráter deliberativo ou consultivo junto à rede pública de serviços?
- aceitar uma participação paritária nos conselhos ou apenas dos usuários (população)?
- quais as atribuições da representação popular: distribuição das verbas? controle dos contratos de prestação de serviços? mudança na estrutura da rede? controle sobre o funcionamento da rede, tal como a carga horária dos profissionais de saúde? influência sobre a formação dos recursos humanos?

Não nos propomos aqui a oferecer respostas a essas questões, pois isso significaria indicar “receitas”. O melhor caminho é discutir um pouco as *experiências* do movimento popular, com o objetivo de identificar *tendências* e extrair *conclusões parciais*.

Vamos analisar aqui as experiências em três Estados: na Bahia, em Mato Grosso e no Rio Grande do Sul.

4.5. O modelo de assistência à saúde

Quando falamos em “modelo de assistência à saúde” estamos nos referindo ao modelo vigente em nosso país, ou seja, previdenciário, assistencial curativo, individualizante e que beneficia o setor médico privado. Reorientar esse modelo significa superar essas características. Ora, isto somente é possível caso o Estado (governos federal, estaduais e municipais) adote políticas sociais e econômicas que realmente tenham por meta alterar as *condições de saúde* da população brasileira, ao mesmo tempo que, através do sistema de saúde, seja possível *proteger e recuperar a população que adoecer*.

Para o movimento popular a mudança no “modelo” é muito difícil. Como privilegiar ações preventivas se a realidade vivida é de milhões de pessoas doentes? E, mais grave

7. *Proposta*: Jornal da Reforma Sanitária, n. 5. Rio de Janeiro. Projeto Radis, Fiocruz, novembro de 1987, p. 6.

ainda, se na maioria dos municípios sequer existe uma rede pública de saúde?

Não se trata, evidentemente, de contrapor a luta pelas políticas que modifiquem as condições de saúde da população trabalhadora à luta por um sistema de saúde que garanta a todos uma atenção integral, igualitária, gratuita. Ao movimento popular, através de suas várias organizações, cabe a tarefa de lutar nas duas frentes. As lutas por aumentos salariais reais, pela estabilidade no emprego, pela posse da terra significam ganhos para a saúde e estão indissociavelmente ligadas à conquista de serviços de saúde voltados para a saúde da população.

É preciso ter clareza, porém, que a burocracia estatal caminha no sentido de privilegiar apenas a maior “racionalização” dos serviços e que, no final das contas, transformará todo o sistema de saúde em um sistema para proteger a população *contra a doença*. Todos falam na “integralidade” das ações preventivas e curativas, mas na prática os serviços cada vez mais se ocupam de ações curativas, inclusive nos centros municipais de saúde onde a prevenção é a finalidade mesma dos serviços.

Talvez as dificuldades possam ser menores caso o movimento popular consiga instituir nos serviços de saúde pública um eficiente *sistema de vigilância sanitária*.

O que significa isso?

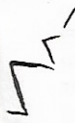
Para controlar a situação de saúde da população, existem dois instrumentos básicos: a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica. A vigilância *sanitária* consiste na observação sistemática dos processos que agravam a saúde, ou seja, da poluição do meio ambiente, do uso de substâncias químicas e outras que intoxicam trabalhadores nas empresas e fazendas, do uso de medicamentos inadequados ou perigosos, de alimentos que possam trazer riscos à saúde, etc. Já a vigilância *epidemiológica* trata de controlar os casos de doenças que afetam grande número de pessoas.

Assim, a luta por um sistema de saúde que atenda a todos de modo eficaz, protegendo e recuperando os que adoecem, de modo igualitário e gratuito, pode ser conduzida também como uma luta para que esse mesmo sistema funcione no sentido de prevenir e evitar a doença. Daí a importância da vigilância sanitária.

Quando o movimento popular é chamado para participar de conselhos estaduais ou municipais de saúde, antes de discutir a distribuição das verbas, vai para construir novas unidades, contratar médicos, adquirir medicamentos, etc. Cabe perguntar: como se vai garantir a “integralidade” das ações preventivas e curativas? existe ou não um sistema de vigilância sanitária nos serviços? diante da realidade de cada município, região ou estado, quais são as prioridades da vigilância sanitária? por outro lado, como está montado ou deve ser construído o sistema de vigilância epidemiológica?

A mudança no “modelo” implica também o predomínio do serviço de saúde pública sobre aquele dominado pelas clínicas conveniadas, que usam os recursos que saem do bolso dos trabalhadores. Aqui as dificuldades são grandes porque, como vimos, a rede de hospitais e ambulatórios públicos está concentrada na Região Sudeste e, nesta, sobretudo nas capitais, em particular no município do Rio de Janeiro. Na realidade, o setor privado predomina no país como um todo.

Na opinião de uma pessoa da Pastoral de Saúde da Bahia, falta autoridade da Secretaria Estadual de Saúde para exigir a Reforma Sanitária no interior, onde o poder político ainda está nas mãos do coronelismo mais duro. Em diversos municípios do interior não existem serviços de saúde, não há secretários municipais e, muitas vezes, o prefeito é um médico.



amigo ou dono de clínica particular que sequer se interessa por gerir um sistema público, preferindo proteger estas clínicas. (8)

Essa situação pode continuar inalterada, porque a própria Constituição a favorece.

A nova Constituição adotou o princípio de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 204), admitindo sua participação "de forma complementar" no sistema único de saúde. Como resposta e alternativa imediata, o movimento popular poderá reforçar aqueles preceitos *constitucionais* que fortalecem o setor público contra o setor privado com fins lucrativos. Exemplos: exigir que as clínicas ou empresas médicas somente recebam dinheiro do Estado através de *contrato de direito público*, dando preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos; impedir que o dinheiro público seja usado para financiar empresas médicas e destinar esse dinheiro para a construção de hospitais, postos de saúde e laboratórios para a rede pública.

Como veremos adiante, essa luta será travada contra elementos e grupos da burocracia estatal, cujos interesses encontram-se entrelaçados com os do setor privado. Talvez o problema maior seja o de estabelecer um quadro de profissionais de saúde exclusivamente dedicado ao setor público.

4.6. O caráter da participação popular

Se em alguns Estados sequer existe uma participação popular organizada no sistema público de saúde e casos, como o de São Paulo, onde o governo *destruiu* toda a ingerência dos Conselhos Populares de Saúde, em outros essa participação é permitida e até mesmo estimulada.

O que interessa discutir é o caráter dessa participação, ou seja, a pergunta é a seguinte: o movimento popular deve participar dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde com um poder deliberativo ou em termos apenas consultivos?

Outra questão diz respeito à composição dos Conselhos: quem participa?

Vamos abordar essas duas questões simultaneamente, pois uma "ilumina" a compreensão da outra.

Nos Estados da Bahia e Rio Grande do Sul, o movimento tem estado presente no sistema público de saúde através de Conselhos Municipais e começa a participar de Conselhos Estaduais de Saúde. Esses conselhos têm caráter *deliberativo*.

Na Bahia, o processo começou quando a Secretaria Estadual de Saúde organizou as Oficinas de Trabalho, em fins de 1987, reunindo representantes da "sociedade civil", do "poder público" e partidos políticos de todos os municípios baianos. O objetivo era discutir propostas para *aplicar* o Plano de Saúde. Esse processo deu origem ao Conselho Estadual de Saúde.

De acordo com a proposta aprovada, o Conselho é "paritário", metade representando o Estado, metade a "sociedade civil". Quem faz parte dessa metade? Do lado da população, temos a representação dos trabalhadores urbanos (CUT, CGT), dos trabalhadores rurais (FETAG e Pastoral da Saúde), três representantes das associações de bairro, quatro representantes de profissionais e técnicos de saúde, um do movimento ecológico, um do setor privado filantrópico e outro do setor privado lucrativo. O Conselho, com esta

8. "Vontade política ainda esbarra no coronelismo", in *Proposta: Jornal da Reforma Sanitária*, n. 7, março de 1988, p. 5.

composição, define as diretrizes e políticas de saúde na Bahia.⁹

Esta claro que não é possível separar o caráter deliberativo dos Conselhos de sua composição "paritária". Traduzindo: *as deliberações* tomadas quanto à aplicação das verbas disponíveis, por exemplo, são o resultado da correlação de forças que envolvem todos os participantes. Mas esta correlação de forças tende a agrupar certos setores, havendo uma polarização de posições que vai depender dos interesses em jogo. Se é possível que os representantes do Estado (secretários estadual e municipais de saúde) estejam do lado da população (CUT, CGT, FETAG, associações de bairro, etc.) para garantir o terceiro turno nas unidades de saúde em Salvador, por outro lado, os mesmos representantes do Estado bloqueiam os interesses populares nos municípios do interior, onde predominam os serviços privados e os médicos são aliados dos latifundiários, quando não exercem o poder municipal.

A "paridade" na representação cria a imagem de um Estado situado ao lado da sociedade civil de modo técnico e neutro. Trata-se de uma ficção que a realidade vivenciada pelo movimento popular já descobriu ao longo de sua história. Um dos aspectos mais importantes da questão é sempre a dependência dos "representantes do Estado" (os secretários de saúde) em relação às máquinas políticas estaduais e municipais, totalmente "atressadas" pelos interesses privados.

Nos municípios, onde funcionam conselhos municipais, a presença de um número muito maior de representantes reflete também a diversidade de interesses. Em Canoas, no Rio Grande do Sul, participam a associação de moradores da cidade; os sindicatos de metalúrgicos, rodoviários, médicos, odontólogos, comerciantes, telefônicos e da construção civil; a Associação Canoense de Proteção ao Ambiente Natural; a Associação de Aposentados; a Associação dos Laboratórios de Análises Clínicas; a Faculdade Canoense; as bancadas do PDT, PMDB e PDS na Câmara dos Vereadores; o Conselho do Menor; o Hospital N.S. das Graças; o INAMPS; a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente; a 27ª Delegacia de Educação; a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.¹⁰

Neste caso, a população está teoricamente representada três vezes: uma na condição de moradora, (associação) outra na condição de trabalhadora (sindicatos) e a terceira na condição de cidadania (partidos). É lícito supor que, pelo contrário, a população não ganha maior representatividade e sim perde, pela divisão em várias instâncias e posições políticas diferentes e até opostas.

O problema do caráter da participação popular em instâncias criadas pelo Estado, como os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde, coloca em discussão uma questão delicada: qual é a representatividade de uma associação de moradores ou de uma federação de associações de moradores, por exemplo? São órgãos legítimos?

Temos, a esse respeito, duas posições conflitantes. No caso da participação popular no Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso, o presidente da Federação Mato-grossense de Associações de Bairro afirmava que os representantes no CES deveriam ser indicados pelos diretores das associações. A Federação congrega 700 associações em todo o Estado

9. "Novo sistema se sustenta na participação popular", in *Proposta: Jornal da Reforma Sanitária*, março de 1988, p. 3; e "Na implantação do Sistema Único, há avanços e recuos", *ibidem*, p. 4.

10. "Canoas: crise foi agravada pela ocupação desordenada", in *Proposta: Jornal da Reforma Sanitária*, n. 8, abril de 1988, p. 9.

e tem 106 diretores. Já um diretor de associação de bairro do Município de Barra da Garça afirmava que daqueles 106 diretores apenas cinco realmente atuavam. Reforçando esse argumento, um assessor da Pastoral de Saúde Popular defendia a eleição dos representantes diretamente pelos moradores, “porque os dirigentes das associações representam grupos que se revezam no poder, alguns há 18 anos, como a FEMAB e também a FETAGRI (Federação dos Trabalhadores da Agricultura).¹¹

Essa questão da legitimidade das entidades do movimento popular traz em si outras, como a do risco permanente da cooptação das lideranças populares pelo Estado e esquemas político-partidários ou, o que nos parece ainda mais crítico, a da participação popular significar o apoio e a gerência de um Estado e de uma política em crise.

Certamente a “abertura” do Estado, através do INAMPS e Ministério da Saúde, à chamada sociedade civil e, particularmente, à inclusão das entidades do movimento popular não é gratuita. Esta “abertura” faz parte do processo de democratização do Estado capitalista em nosso país que, para avançar *depende* do apoio da população. É uma forma de dominação *consensual*, pressupondo que as forças sociais que expressam os interesses da população trabalhadora aceitam as regras do jogo estabelecidas numa sociedade capitalista. O problema, como vimos, não é de fácil resolução, uma vez que a sobrevivência da maioria da população depende do Estado e das políticas públicas por ele encaminhadas na área social. Não se trata mais de excluir o Estado capitalista, porque ele já está presente na regulamentação das condições de vida da população trabalhadora.

Talvez por essas razões uma parte do movimento popular tenda a participar das instâncias criadas pelo Estado apenas em caráter *consultivo*, procurando manter a independência e autonomia das entidades e utilizando as formas de luta que não se restrinjam ao âmbito da negociação entre representantes de um Conselho Estadual de Saúde, por exemplo. É o que propõe a Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) que constituiu o Conselho Popular de Saúde que tem, entre outros objetivos, os de pressionar os órgãos públicos para o atendimento das reivindicações e direitos da população, fiscalizar a aplicação das verbas públicas e lutar contra a mercantilização da saúde, exigindo que os recursos públicos sejam aplicados no setor público, e pela estatização do setor privado que presta serviço na área da saúde. (Documento FAMERJ às entidades populares de saúde. Rio de Janeiro, 01 de setembro de 1988).

4.7. O campo das atribuições da participação popular

Independentemente do caráter da participação popular o que está em jogo, ao final das contas, é a competência das entidades para tratar de certos assuntos relacionados ao sistema de saúde.

O movimento popular está limitado, constitucionalmente, a participar da gestão do sistema. Cabe ressaltar que a tradicional divisão entre setor público, privado e filantrópico ainda se mantém, embora suas relações tenham legalmente se alterado.

Em outra parte deste caderno apontamos algumas das atribuições a que o movimento popular poderia (e no nosso ponto de vista deveria) assumir, como a distribuição das verbas, o controle dos contratos de prestação de serviços, etc. Alertamos para o fato de que

11. “População indica os avanços e dificuldades”, in *Proposta: Jornal da Reforma Sanitária*, n. 9, maio/junho de 1988.

grande parte da burocracia estatal, atravessada por interesses privados, tende a limitar a influência das entidades populares em foruns como os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Caso as lideranças do movimento não se capacitem tecnicamente dificilmente poderão exercer seu poder de pressão para exigir que o direito à saúde como direito de todos seja realmente respeitado pelo Estado.

Um dos aspectos em que essa capacitação se faz necessária diz respeito ao conhecimento sobre como é financiado o setor público, qual a forma de destinação dos recursos e de que forma se pode exercer controle sobre a aplicação real dos recursos.

O problema inicial é que a Constituição mantém a arrecadação do INPS como fonte de financiamento, acrescentando os recursos provenientes dos orçamentos dos governos federal, estadual e municipal. É o que está dito no artigo 195. Tudo ainda dependerá de lei a ser votada futuramente pelo Congresso. Se nós atentarmos bem, a população contribui três vezes para manter o sistema de saúde: uma vez diretamente com o imposto descontado sobre a folha de salários (INPS), uma segunda com a compra de qualquer produto, pois os tributos pagos pelas empresas (ICM, IPI) são repassados ao preço da mercadoria e, finalmente, uma terceira com outros tributos e impostos pagos ao governo que vão formar os recursos do Tesouro. Para se falar em universalização do atendimento da população seria necessário que todo o sistema de saúde fosse financiado apenas com os recursos do Tesouro.

Bem, todo esse dinheiro vai compor a chamada POI, a Programação Orçamentária Integrada. Apenas a alta burocracia dos Ministérios da Previdência e da Saúde e as secretarias estaduais de saúde têm acesso a esse processo. A participação popular é permitida para discutir a destinação das verbas já programadas naqueles escalões administrativos do Estado.

Os recursos destinados à saúde são gastos para manter o sistema e para a compra de serviços, do setor privado. Como ressalta um professor que conhece profundamente o assunto¹² os gastos para manter o sistema implicam em repassar, parcialmente, recursos para o setor privado.

Gastos do próprio setor público	{	salários do pessoal insumos (medicamentos, etc.) equipamentos (raios-x, etc.) construções
------------------------------------	---	--

Como é possível verificar no esquema acima, a aquisição de insumos, equipamentos e a realização de construções dependem das empresas privadas que são as únicas que os produzem. Alguma coisa pode ser alterada, como: aumentar a produção da CEME (Central de Medicamentos), exigir a aplicação pelos médicos da lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). Essa é uma das tarefas do movimento popular na área da saúde. Caso a rede pública compre insumos, equipamentos e construções do setor privado ou ainda contrate serviços desse mesmo setor, caberá verificar em primeiro lugar se o setor público não tem capacidade própria. Verificado isso, discutir os termos do contrato público preferentemente ao convênio facultado pela lei (artigo 199 da Constituição).

12. CHORNY, Adolpho. "Correção do financiamento do setor saúde", in *Anais da VIII Conferência de Saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

Outro aspecto fundamental diz respeito aos gastos sob o ponto de vista da universalização do atendimento. Ora, aqui se fala como se todos fossem iguais, como se não houvesse diferenças dentro da população, em termos de classes e grupos sociais, em diversas regiões e dentro de cada região do país. Então os gastos devem contemplar a desigualdade real. O movimento popular deve exigir que o Estado seja desigual no tratamento dos desiguais. Não se trata de dizer apenas que as crianças e idosos devem receber atenção especial mas sim que sejam das classes trabalhadoras. Os adultos, homens e mulheres, das classes trabalhadoras sofrem e morrem por todas as doenças. Muitas das doenças estão diretamente relacionadas com as condições de trabalho, os baixos salários, as jornadas prolongadas e intensivas. As empresas deveriam ser fortemente tributadas para diminuir o risco à saúde dos trabalhadores, como sugere o mesmo autor¹³, mas certamente a eficácia de uma medida tributária vai depender do grau de organização dos trabalhadores nas empresas e, do ponto de vista do sistema de saúde, da montagem de programas especialmente voltados para atendê-los.

O que o exemplo acima indica é que muitos dos problemas de saúde estão relacionados às condições de vida e de trabalho que precisam ser modificadas através de ações que não implicam gastos. A contribuição da saúde, nesse ponto, tem a ver com a vigilância sanitária nos ambientes de trabalho e de moradia. Ações de vigilância sanitária nos ambientes de trabalho implicam em modificar as condições que geram riscos para a saúde dos trabalhadores; e os gastos com tais mudanças devem ser feitos única e exclusivamente pelas empresas.

Porém a influência sobre a destinação dos recursos vai depender, em última análise, da possibilidade de exercer o controle sobre o repasse de verbas dos governos para as unidades da rede pública de serviços de saúde.

O sistema adotado até o momento é o da passagem de recursos do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas para as Secretarias Municipais que fazem a distribuição para as unidades da rede de serviços. Onde existem Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde existe também a possibilidade das associações de moradores e sindicatos pressionarem as autoridades para que o repasse seja criteriosamente discutido antes da aplicação final dos recursos (pagamento de salários, compra de medicamentos ou de equipamentos, etc.). O que se verifica, entretanto, é uma distribuição dos recursos que, apesar de descentralizada (sai do INAMPS e vai para as Secretarias Estaduais e destas para as Municipais de Saúde), permanece concentrada nas mãos dos secretários e, portanto, dos governos que sequer ouvem a população.

Mas não resta a menor dúvida de que tanto o campo das atribuições como as possibilidades de influência da população organizada sobre e na política social ampliam-se ou restringem-se na dependência do desenvolvimento da luta social e política.

Da experiência bastante limitada dos conselhos governo-comunidade, como constituídos nas diversas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro, à proposta dos Conselhos Populares apresentada pelas novas administrações nos municípios de São Paulo, Porto Alegre e outros, observamos uma certa evolução, um determinado amadurecimento dos movimentos sociais. Verificamos a tendência de superar a tradicional divisão das políticas sociais em políticas setoriais (saúde, educação, etc.), buscando integrá-las para atender às necessidades básicas da população, tendência que assinala a emergente

13. *Ibidem*.

consciência de que a conquista dos direitos sociais passa pelo controle social sobre o Estado.

5. DICIONÁRIO DE TERMOS

Forças sociais: com isso queremos dar conta dos muitos grupos e classes sociais que exercem influência ou dispõem de um certo poder, a favor ou contra os interesses das classes trabalhadoras.

Capitalismo internacional e capitalismo dependente: O primeiro termo refere-se às diversas companhias multinacionais e sua complexa articulação de interesses a nível mundial, companhias que têm sedes ou matrizes em países como os Estados Unidos, os da Europa Ocidental e o Japão. Muitas dessas companhias compõem verdadeiros “conglomerados” de empresas, tanto industriais-comerciais como bancárias ou, ainda, agropecuárias. General Motors, FIAT, Nestlé, Olivetti, Yamaha são exemplos de multinacionais cujo patrimônio ou valor das vendas supera, muitas vezes, tudo o que um país produz anualmente (o chamado Produto Interno Bruto — PIB). Frequentemente, tais companhias têm filiais em países como o Brasil. Dentro desse sistema internacional do capitalismo, os diferentes países têm uma participação desigual, havendo países de capitalismo “avançado” (Estados Unidos, países da Europa Ocidental e Japão) e países de capitalismo “dependente” (os países da América Latina, da Ásia e África).

Chamamos o Brasil de um país de capitalismo dependente porque, embora abrigue muitas companhias multinacionais, a riqueza gerada pelas que nelas trabalham sai, em grande parte, do país, retornando para as sedes daquelas companhias. Mas o fato de uma boa parte da riqueza ou do lucro gerado aqui não permanecer, não implica em dizer que o “Brasil é um país pobre”, que o “Brasil é explorado” pelas multinacionais, etc. Ao contrário: o Brasil é um país muito rico, mesmo com tanto lucro sendo extraído e remetido para o exterior. E o Brasil não é rico somente em minerais, rios e florestas. Dispõe de muitas terras para plantar e para criação de gado. Há muito dinheiro circulando dentro de nosso país. Acontece que da mesma forma como o Brasil participa de modo desigual na distribuição da riqueza internacional, também os brasileiros participam da riqueza nacional de um modo desigual.

Luta de Classes: Algumas forças sociais dispõem da capacidade de impor seus interesses sobre outras. Isso quer dizer que ficam com a maior parte das riquezas, das terras e do dinheiro. As outras forças resistem e lutam contra essa espoliação. Para dar conta desse processo de disputa na distribuição da riqueza é que usamos este conceito.

Embora os grupos e classes que compõem as forças sociais no Brasil sejam muitos (latifundiários, industriais, banqueiros de um lado, operários, trabalhadores rurais, empregados domésticos de outro, por exemplo), na realidade situam-se no interior de duas classes fundamentais, isto é, capitalistas de um lado e trabalhadores de outro. Se nós aprofundarmos essa questão, veremos que os trabalhadores produzem a riqueza social que é em sua maior parte apropriada, “abocanhada” pelos capitalistas. Falamos em “luta de classes” porque nessa produção e distribuição da riqueza social, os trabalhadores são explorados e simultaneamente resistem à exploração feita pelos capitalistas.

Dissemos atrás que o Brasil não é explorado pelas multinacionais. De fato, quem é explorado é o trabalhador que produz a riqueza, o lucro dessas companhias. Os capitalistas nacionais reclamam contra as multinacionais não porque exploram os trabalhadores — pois isto eles também fazem — mas sim porque ficam com a menor fatia do “bolo”, da riqueza social produzida pela imensa maioria da população que vive apenas do seu trabalho.

Reprodução da força de trabalho: Vale a pena transcrever aqui uma passagem em que comentamos o tema:

Todo trabalhador brasileiro sabe perfeitamente o que significa ter ou não carteira profissional, sobretudo na hora de reclamar os direitos dele por conta do contrato assumido com o seu empregador. Na carteira profissional anotam-se o salário do contrato, os reajustes e aumentos efetuados, as férias, os acidentes, etc. A carteira é, assim, o documento que registra o *tempo em que o trabalhador coloca a sua capacidade de trabalho a serviço do patrão*.

Essa capacidade de trabalho, que pode ser mais ou menos qualificada, é o que chamamos de *força de trabalho*. Em troca do salário, o trabalhador entrega ao dono da fábrica, da fazenda, do banco ou da loja comercial a sua capacidade de trabalho. O salário do trabalhador condiciona diretamente as condições de sua sobrevivência, isto é, a reprodução de sua força de trabalho.

A reprodução da força de trabalho, isto é, da capacidade de trabalho de um indivíduo depende, dessa forma:

- a) da *renovação* de seu organismo e seu psiquismo, o que se faz através do atendimento às necessidades de alimentação, vestuário, moradia, saúde recreação, repouso, cultura, etc.;
- b) da *reposição* do trabalhador quando este se retirar do mercado de trabalho em virtude de velhice, invalidez ou falecimento. Para que essa reposição seja possível, o trabalhador deve ter meios de manter a sua família, sua mulher (quando ela não é cabeça do casal) e seus filhos. Desta forma será possível educar os filhos e prepará-los para a futura entrada no mercado de trabalho, de acordo com as exigências das empresas capitalistas.¹⁴

Existem certos bens e mercadorias de que o trabalhador necessita para reproduzir sua força de trabalho, no duplo sentido acima assinalado, como alimentação e moradia, por exemplo, que fazem parte do seu consumo individual e são adquiridos diretamente com o seu salário. Mas há outros bens, mercadorias, serviços que não podem ser adquiridos senão coletivamente.

14. STOTZ, Eduardo Navarro. “Baixos salários, pouca saúde — Os males do Brasil são”, in MINAYO, M. C. de Souza (org.). *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo/FASE, 1986, p. 77-78.

Políticas públicas: Justamente para poder garantir a sobrevivência de uma população que deve trabalhar e gerar riqueza com o seu trabalho, todo Estado capitalista desenvolve programas permanentes de políticas públicas.

Quando falamos em políticas públicas estamos nos referindo aos serviços básicos que garantem a reprodução da força de trabalho, transporte público, serviços de saúde, luz elétrica, distribuição de água, saneamento básico, educação, etc. **Consumo coletivo:** Trata-se do consumo que a população em geral e a população trabalhadora em particular precisa fazer para renovar suas energias de um dia para outro, bem como para manter suas famílias. Esses serviços são da direta responsabilidade dos governos. E é a população trabalhadora que, com os impostos (diretos como o desconto do "INPS", o FGTS ou indiretos como o ICM cobrado em qualquer mercadoria) e taxas (luz, água), paga uma grande parcela dos recursos usados para manter esses serviços.

Mas, por outro lado, o desenvolvimento da economia capitalista dependente requer pesados investimentos, investimentos estes que também são feitos com o dinheiro que o Estado arrecada para atender ao consumo coletivo da população.

Infra-estrutura industrial: Assim como há uma infra-estrutura que a população necessita para se refazer de um dia para o outro, há também uma infra-estrutura necessária para as indústrias poderem funcionar.

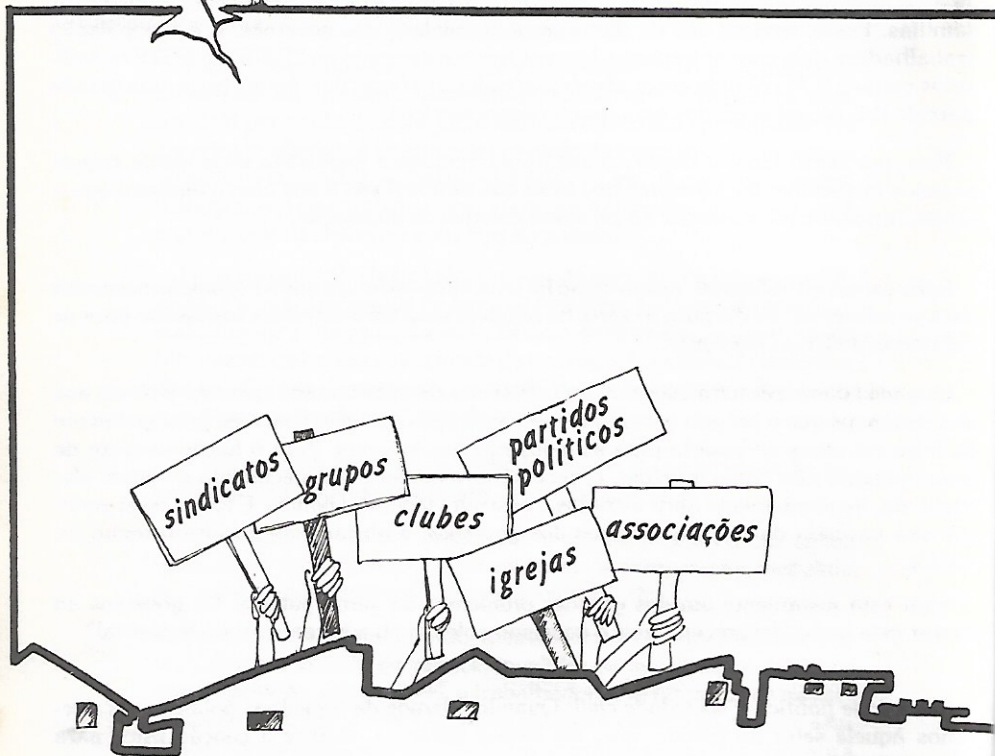
Quando falamos de infra-estrutura industrial não estamos fazendo apenas referência aos investimentos que o próprio governo faz na construção de indústrias, mas principalmente da infra-estrutura necessária para as indústrias funcionarem. Para o funcionamento de uma indústria não basta o prédio. É necessário também o abastecimento de água, eletricidade, freqüentemente abrir estradas, construir viadutos e pontes. E todos esses serviços são também da responsabilidade dos governos, e obviamente envolvem muito dinheiro.

Aqui está justamente um dos grandes problemas da verba pública. Os governos ao gastar esta verba, favorecem mais o consumo coletivo ou a infra-estrutura industrial?

Sociedade política e sociedade civil: Quando falamos de sociedade política, nos referimos àquele setor do Estado, que, em última instância, recorre à coação física para conseguir seus objetivos. Neste sentido, incluímos na sociedade política instituições tais como as forças armadas, as polícias militar e civil, a justiça e o próprio executivo, isto é, a presidência da República e os seus ministros, os governadores e prefeitos e suas secretarias.

A sociedade civil tem o papel de persuadir. Trata-se dos esforços de qualquer governo de tentar convencer a população a agir de acordo com os interesses do governo, que no capitalismo, quase sempre, obedece aos interesses dos capitalistas, as classes dominantes. Assim, geralmente incluem-se na sociedade civil instituições tais como sindicatos, associações de moradores, partidos políticos, igrejas e clubes. Diferente, então, da sociedade política, essencialmente coercitiva, a sociedade civil é composta de instituições cujos membros se associam voluntariamente.

O que nos interessa especificamente na discussão da sociedade civil é que, embora os governos capitalistas pretendam direcionar as instituições de acordo com seus interesses,



o fato de que a adesão a essas instituições seja voluntária, faz com que haja mais espaço para escolhas de ação mais independentes. É importante chamar a atenção para o fato de que a sociedade civil inclui não somente entidades que representam os interesses da classe trabalhadora, mas também dos capitalistas. Assim, inclui sindicatos de trabalhadores rurais e igualmente de produtores rurais, associações de moradores mas também associações comerciais e industriais, grêmios recreativos de bairros operários e também o Lions e o Rotary Club. Dessa forma, embora a adesão às entidades da sociedade civil seja voluntária, os governos capitalistas tendem a manter o controle, em grande parte, da direção das propostas, pois os interesses das entidades capitalistas no mínimo aproximam-se dos interesses governamentais.

Qual é o interesse da classe trabalhadora em relação às suas entidades da sociedade civil? É que na medida em que os governos não conseguem dar conta das necessidades da reprodução da força de trabalho através das políticas públicas, a "adesão voluntária" aos sindicatos, associações de moradores e partidos políticos tende a crescer, fortalecendo a classe trabalhadora para participar da disputa de uma melhor apropriação da verba pública utilizada nas políticas públicas.

Na realidade, a organização de diferentes segmentos da sociedade em entidades voluntárias é a maneira pela qual as pessoas se mobilizam coletivamente para disputar o controle da riqueza e do poder da sociedade. Essa disputa chama-se *luta pela hegemonia* do Estado e, nesse sentido, pode-se dizer que todas as forças sociais participam de uma disputa pelo controle do Estado ou, como afirmamos no início deste trabalho, participam na disputa para poder influenciar a formulação, execução e avaliação das políticas públicas.

Como a distribuição de renda é extremamente desigual no Brasil, também é muito desigual o acesso aos serviços de saúde, educação, emprego e habitação digna. No mesmo sentido, até agora, a participação das entidades da sociedade civil que representam os interesses da classe trabalhadora no controle da aplicação da verba pública tem sido muito desigual em comparação com a das entidades que representam os interesses das classes dominantes.