

# Análise crítica ao texto "Políticas de Saúde – do Projeto Formal à Prática Concreta"\*

*Critical analysis to the text "Health policies – from formal project to concrete practice"*

## **R** esumo

As autoras colocam em questão a participação popular institucionalizada através dos Conselhos Municipais de Saúde – CMSs, como mecanismos de gestão democrática e de controle social sobre o sistema de saúde. Dado o grau de mercantilização da saúde e da doença no contexto do neoliberalismo, com ameaças cotidianas e evidentes de privatização, a retomada da discussão dos ideais da Reforma Sanitária e das conquistas constitucionais obtidas pelos movimentos sociais é urgente e essencial. A participação dos organismos representativos das classes populares neste debate é imprescindível, assim como sua mobilização na defesa dos seus interesses, tanto no dia a dia das unidades de saúde, quanto nas decisões maiores que colocam em jogo a própria vida. Neste sentido, a iniciativa de Simionatto e Nogueira de reavaliar a situação dos CMS chamando a atenção para a necessidade de se recriar formas de participação para garantir a socialização do poder político, representa importante contribuição. Esta análise politiza a questão, pois a participação e o controle popular, num momento de desativação das políticas públicas e de desmobilização social, podem transformar-se apenas em discursos demagógicos. Contribui também com o debate profissional, pois o Serviço Social, como mediador entre o Estado e as classes populares, locomove-se no interior das políticas sociais, sendo um dos agentes da sua operacionalização. Nessa mediação, ainda que contraditória, cabe-lhe também estimular a participação política da população, como uma das formas de ampliação do seu espaço de cidadania.

**Palavras-chave:** participação, estado, sociedade civil, descentralização, conselhos municipais de saúde, democratização, subalternidade.

## **A** bstract

The authors put into question popular institutionalized participation, through the Municipal Health councils – CMSs, mechanisms of democratic management and social control of the health system. Given the degree of commercialization of health and illness in the context of neoliberalism, with daily threats and evident privatization, retaking the discussion of the ideals of Sanitary Reform and the constitutional conquest obtained through social movements is both urgent and essential. The participation of representative organisms from the working class in this debate is indispensable, as well as the mobilization of their defense in their own interests, as much in the day to day activities of health agencies as in the great decisions that put their lives into play. In this sense, the initiative of Simionatto and Nogueira to reevaluate the situation of the CMSs, calling attention to the necessity of recreating forms of participation to guarantee the socialization of political power, represents an important contribution. This analysis politicizes the question since popular participation and control, in a moment of disactivation of public policies and social demobilization, can transform itself into just another demagogic discourse. It also contributes to the professional debate since Social Work, as a mediator between the State and the working class, pushes itself into the interior of social policies, being one of the agents of its operations. In this mediation, even if contradictory, it falls upon itself to become a stimulator of political participation on the part of the population, as one of the forms of increasing its presence among the citizenry.

**Key words:** participation, the state, civil society, democratization, decentralization, municipal health councils, subordination.

Inês Pellizzaro

Assistente Social, mestre em Filosofia da Educação e professora do Departamento de Serviço Social da Fundação Universitária da Região de Blumenau – FURB.

\* Artigo de Ivete SIMIONATTO e Vera Maria NOGUEIRA, publicado em *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1994, n. 44.

**A**s autoras partem da constatação da falência das políticas sociais públicas e afirmam que as explicações dadas a esta falência “indicam a fragilidade da sociedade civil, o poder concentrador do Estado e sua burocracia, a precária representatividade parlamentar, ou a crise do Estado de bem-estar-social. Destaca-se, entretanto, a importância do papel do Estado enquanto locus efetivo da tomada de decisões [...]” (1994, p. 53).

Fazem um rápido histórico para mostrar que a grande efervescência dos movimentos sociais, a partir dos anos 70, acabaram influenciando na Constituição de 1988 que

*incorpora anseios populares e propõe uma alteração no padrão de proteção social brasileiro, especialmente na área da saúde, assistência e previdência. Amplia formalmente os direitos sociais, modifica as relações entre capital e trabalho e define um novo modelo descentralizado de intervenções públicas na área social pautado na descentralização e ampliação da comunidade na gestão dos programas.* (1994, p. 55).

Contudo, constatam que

*tal articulação vem apresentando, via de regra, fortes traços burocrático-administrativos que ainda permeiam a participação, revelando que a representação legal é fator de legitimação. Esse procedimento pode obstaculizar uma participação efetiva, especialmente de segmentos populacionais distantes destas exigências formais burocráticas.* (1994, p. 58).

Aqui as autoras tecem uma análise crítica de como vem se dando, na prática, a constituição dos conselhos e como se dá sua atuação, o que retomarei no decorrer do trabalho.

Simionatto e Nogueira situam-se entre aqueles que não querem ver a Saúde Pública capitulando diante das investidas do mercado neoliberal, ou seja, no campo da esquerda marxista, na medida em que sua análise transcende os limites dos fatos em si, e partem do modelo de organização da nossa sociedade e do papel do Estado na sua relação com a sociedade.

Dentro deste grande contexto, ainda que não explicitado amplamente, as autoras abordam o que é objeto central de análise, ou seja, a descentralização política do Sistema Único de Saúde – SUS, a emergência dos CMSs, suas contradições e desafios e, finalmente, indicam possíveis saídas.

Embora o texto apresente um eixo de análise que considero coerente, avalio alguns aspectos que julgo centrais nesta análise e que merecem maior explicitação.

O primeiro deles diz respeito à relação do Estado com a sociedade que, apesar da garantia constitucional da descentralização das decisões para o nível local, com a participação popular através dos conselhos, mantém sua característica centralizadora na definição das políticas sociais públicas.

Penso que abordar a relação Estado/Sociedade, como colocam as autoras, só no papel que o Estado exerce na definição dessas políticas não é suficiente para a compreensão da questão, embora seja um aspecto fundamental. O conteúdo das suas decisões também é revelador e, por isso, é preciso analisar o caráter das políticas públicas, onde está a essência desta relação e suas conseqüências para as classes subalternizadas.

Aldaíza Sposati (1991) expõe com propriedade a tese de que as políticas

sociais, no Brasil, têm como característica fundamental a *assistência*, sobretudo no que diz respeito à relação do Estado com a pobreza. É o *Estado Assistencial* que, ao invés de garantir os direitos sociais a todos os cidadãos, distribue migalhas que apenas compensam as carências através do acesso discriminado de bens e serviços ao necessitado, individualmente. Com isso, mesmo que o Estado esteja garantindo o mínimo para a subsistência do indivíduo, de certa forma, ele acaba garantindo sobretudo a acumulação da riqueza por um lado e a acumulação da miséria por outro, ou seja, garante a reprodução do capital, mas não garante efetivamente a reprodução da força de trabalho. Desta maneira a questão das desigualdades, que são estruturais, não são explicitadas. Este caráter assistencial das políticas públicas produz uma relação de subalternidade, mantendo os indivíduos como *assistidos* ou *beneficiários* e não como sujeitos de direitos.

Esta questão é muito séria, pois a condição de assistido ou de beneficiário retira dele a condição de cidadão. Ele deve provar suas carências, sua exclusão de todos os bens produzidos socialmente para poder candidatar-se a receber algum tipo de benefício.

Além disso, apresentando-se como *carente*, é esperada dele uma *gratidão* paciente e uma resignação pelo pouco que o Estado pode lhe *dar*. É freqüente observarmos nos serviços públicos a indignação dos funcionários quando a população tenta ser mais exigente com a qualidade e a quantidade dos serviços que lhe são oferecidos.

É comum ouvirmos: “você está recebendo de graça e ainda reclama!” Ou seja, a condição de *pobre* não lhe permite questionar e exigir uma interlocução com o Estado, naquele momento representado pelo funcionário.

Esta é uma conseqüência nefasta do mecanismo assistencial presente nas políticas sociais que se manifesta no cotidiano da sua execução. O indivíduo, já despidido de sua dignidade, perde até mesmo a liberdade, atributo fundamental da pessoa humana.

Dentro desta concepção, o Estado não se sente responsável na garantia de direitos, mas age como um *ente caridoso*, que também tem pouco, e por isso não pode *ajudar* a todos que necessitam, buscando, assim, parceria com setores da sociedade civil para cooperar, ou através da solidariedade, ou através de Organizações Não Governamentais – ONGs. Com tanta *fragilidade* do Estado, os indivíduos que procuram algum tipo de assistência (cesta básica, leite, madeiras para a casa, remédios, etc.) conformam-se com certa facilidade diante de um *não*. Isso é muito cruel, pois mantém as camadas populares sob controle, sem o risco da rebeldia.

“Os assistidos, neste sentido, devem submeter-se, em geral, ao ordenamento das operações institucionais [...] aparecem como necessitados, submetidos moralmente, despidos de direitos e objeto da benevolência estatal.” E Yasbek continua, dizendo que a alienação desenvolvida e reproduzida por este mecanismo assistencial “torna os indivíduos meros cumpridores de desígnios que não foram por eles traçados.” (1993, p. 156-157).

Contudo, diz Sposati que

*O assistencial presente nas políticas sociais revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços prestados direta ou indiretamente pelo Estado [...]. Para as classes subalternizadas, as políticas sociais se constituem um espaço que possibilita o acesso a benefícios e serviços que, de outra forma, lhes são negados.*

*Espaço este de lutas, confronto e expansão de direitos.* (1985, p. 30).

Se o Estado é o resultante de um jogo de forças, sabemos que neste jogo as classes dominantes são hegemônicas e tiram o maior proveito no sentido da manutenção e expansão dos seus interesses de classe. Porém, se há um jogo de forças, supõe-se a existência de outras forças contrárias em movimento. Dentro desta lógica da luta de classes, o Estado cumpre um papel viabilizador da acumulação monopolista do capital, como já dissemos, e obriga-se a assegurar as condições de sobrevivência da força de trabalho. Para esta parcela da população, o espaço da assistência acaba sendo uma oportunidade de construção de uma nova forma de interlocução com o Estado e de luta pela ampliação da sua cidadania, por tratar-se de um espaço político. Na medida em que os subalternizados tomam consciência da desigualdade a que são submetidos e com os fragmentos de direitos que lhes são assegurados pelo Estado, de forma tutelada, reagem e buscam formas variadas de interlocução, de onde se originam os movimentos sociais, como também outras formas de gestão da coisa pública, como os Conselhos Populares.

Retomando o texto de Simionatto e Nogueira, outro aspecto merece um aprofundamento: a questão central por elas colocada quanto à explicação da falência das políticas sociais públicas, segundo elas, é

*a importância do papel do Estado enquanto locus efetivo da tomada de decisões, autogovernando-se em relação a outras instâncias decisórias.*

O que limita o avanço da participação e da luta da população subalterna, pois a distância e o não acesso a esse interlocutor, muitas vezes, aca-

ba desestimulando os movimentos. Este Estado centralizador pode provocar a indignação e a conseqüente organização e mobilização popular, como também provocar o desestímulo à participação.

Ao tratar desta questão, convém que fique mais claro o caráter de classe dos movimentos. Não é suficiente dizer que um Estado centralizador pode exercer um determinado papel, ainda que contraditório, no movimento social. Nesta análise, como diz Maria da Glória Gohn (1985, p. 48), é importante que se resgate o movimento de uma classe, ou de setores dela, na luta por seus interesses. A origem de um conflito está sempre em necessidades não satisfeitas, fruto da desigualdade que há numa sociedade de classes. A emergência de um movimento ou de outras formas de participação das camadas subalternizadas expressam sempre contradições de classe que estavam camufladas.

Embora as autoras não tenham tido a intenção de aprofundar a reflexão nesta direção, creio que seja importante ressaltar que as demandas sociais devem sempre ser analisadas à luz do processo de acumulação capitalista, além das funções do Estado neste contexto. Por outro lado, os sujeitos coletivos têm sua origem não só no tipo de tratamento que o Estado dá às reivindicações populares, mas também no pertencimento destes setores a uma classe, à classe oprimida e explorada. As classes sociais estão permanentemente em movimento; contudo, em determinados momentos históricos, em função do grau de conflitos entre elas, são gerados movimentos, ou ações coletivas, que, muitas vezes, redundam em novas formas de organização e participação. É claro que, neste movimento das classes, está incluído o Estado que, historicamente, tem se colocado como *mediador*. Porém, o Estado burguês, como vimos, tem exercido um papel preponderante a favor da acumulação capitalista, reproduzindo a estrutura

de dominação, em detrimento dos direitos sociais dos oprimidos e contribuindo na agudização dos conflitos de classe.

As grandes mobilizações das décadas de 1970 e 1980 tiveram sua origem na luta contra a repressão política imposta pela ditadura, como também na violenta exploração econômica imposta pela burguesia, com o aval do Estado.

Portanto, as classes exploradas e oprimidas reagiram, contestando, ao mesmo tempo, contra a repressão política, uma vez que o Estado se relacionava com os movimentos através da sua polícia e das armas, e contra a extrema exploração a que foram submetidas, que acentuou as desigualdades, por concentrar a riqueza nas mãos de pouca gente e espoliando outros milhões.

Penso que a ênfase demasiada no papel do Estado para a análise da falência das políticas sociais pode levar-nos a uma análise insuficiente da questão, como se a democratização do Estado e a descentralização do poder fossem suficientes para imprimir outro caráter às políticas sociais. "O papel do Estado só pode ser objeto de análise referenciado a uma sociedade concreta e à dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais nessa sociedade." (YASBEK, 1993, p. 38).

Hoje, após onze anos do fim da ditadura e após oito anos da promulgação da nova Constituição, percebo que, apesar das conquistas na Constituição de 1988 e a proposição de privilegiar o poder local, as políticas sociais públicas mantêm suas características, como as próprias autoras reconhecem:

*Ainda que a questão da municipalização se constitua num avanço, os comportamentos tradicionais que permeiam as políticas sociais públicas persistem de modo*

*recorrente, bloqueando de formas diversas a implantação do modelo aprovado. Persistem o controle da burocracia central (via centralização de recursos e decisões), os comportamentos paternalistas, clientelistas e populistas, os privilégios político-partidários na definição de áreas prioritárias para investimentos públicos e a conciliação de interesses privados nos processos de decisão e definição de políticas públicas. (ibid, p. 54).*

Mais adiante as autoras destacam a política de saúde como uma das políticas que tem suscitado movimentos significativos no interior da sociedade civil, como o Movimento da Reforma Sanitária, que formulou propostas contra hegemônicas na área da saúde, articulando importantes segmentos da arena política da saúde para todos. Os elementos centrais do movimento sanitário foram a luta pela democratização do sistema e a criação de mecanismos de controle social sobre o novo sistema de saúde proposto. Um desses mecanismos são os CMSs incorporados pela Constituição de 1988.

Creio que esta formulação suscita a necessidade de ampliar a análise de alguns elementos centrais. Inicialmente faz referência à descentralização, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Eugênio V. Mendes (1994, p. 110), ao tratar desta questão, diz que descentralização

*é a transferência de poderes de uma autoridade central a outra, de uma área ou de uma função especializada[...] constituindo-se num fato eminentemente político porque se trata do deslocamento do poder dentro do Estado e, também, implica numa nova relação de poder entre o Estado e a sociedade civil.*

A descentralização supõe a transferência de poder e de recursos das esferas centrais para as esferas locais, definindo espaços de gestão que possibilitam ampliar o conhecimento do processo saúde/doença e a melhor formulação de políticas de intervenção. Possibilitam, também, a melhor articulação dos atores locais. Por isso, diz Mendes (*ibid*, p. 111) que é necessário

*definir a territorialidade destas relações, conhecer as diferentes redes de poder existentes no local e sua articulação com instâncias externas de poder e estabelecer mecanismos que propiciem a apropriação, pelo conjunto dos cidadãos, do processo de gestão da cidade.*

Esta concepção de descentralização é diferente da desconcentração que apenas transfere para os níveis locais as atribuições administrativas. A descentralização e a desconcentração administrativa devem caminhar juntas, pois, a desconcentração de atividades ajuda a viabilizar as decisões tomadas a nível local.

Entendida assim, a descentralização está intrinsecamente relacionada ao princípio da participação popular.

As autoras, no texto em questão, colocam os CMSs como um mecanismo estratégico para a gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde fazendo, em seguida, uma análise crítica de como esta forma de articulação do Estado com a sociedade civil configura-se na atualidade, partindo do pressuposto

*de que a preocupação maior ou menor do Estado, em relação a políticas públicas de corte sócio assistencial, depende mais da mobilização e pressão dos sujeitos e atores envolvidos com a questão, do*

que propriamente da ação espontânea do poder estadual. Este Estado, ao objetivar-se no espaço municipal, particulariza e especifica a articulação entre o poder público e a sociedade civil. (SIMIONATTO E NOGUEIRA, *ibid.*, p. 57).

Porém, segundo as mesmas, esta articulação apresenta-se hoje permeada de traços burocrático-administrativos que comprometem a participação efetiva, constituindo-se em fator de legitimação (*op.cit.*p.58). Para justificar esta afirmação, elas indicam diversos pontos de avaliação:

a) acabam sendo excluídas desta forma de participação, as pessoas ou movimentos que não dispõem de conhecimento suficiente para o entendimento daquilo que é objeto das decisões dos CMSs;

b) além disso, elas indicam como ponto crítico o processo de eleição dos membros dos CMSs, sem que os mesmos dominem claramente suas atribuições e competências, o que contribui para que não possam participar os que realmente querem e, em consequência, provocar o esvaziamento dos CMSs e

c) a composição dos CMSs prevê a participação de grupos cujos interesses não podem ser caracterizados como populares. Essa heterogeneidade de interesses camufla seu conteúdo de classe, descaracterizando a proposta democrático-popular.

Finalmente as autoras propõem, como estratégia para alterar estas relações de poder, a

construção de uma identidade coletiva, na qual, interesses individualizados sejam reorganizados em interesses coletivos, os quais, em si, constituir-se-iam uma força que superaria as relações de poder iniciais, colocadas de forma imediatista e utilitária. (*op.cit.*, p.58-59).

Indicam que é necessário recriar formas de participação, sobretudo em cidades administradas por governos de corte democrático-popular. O processo de participação consciente é dificultado pelo grau de alienação e pela dificuldade das classes populares em identificar seus verdadeiros interesses, muitas vezes confundidos como interesses burgueses (*ibid.*, p. 59).

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, cabe, revermos um pouco mais da sua origem no cenário dos movimentos sociais no Brasil, o que o texto de Simionatto e Nogueira não aprofundou. O resgate, ainda que breve, pode ajudar a elucidar os questionamentos levantados pelas autoras, embora sua análise não se esgote ali.

Maria da Glória Gohn (1990, p. 65-66) considera este tema dos Conselhos de Cidadãos, ou Conselhos de Trabalhadores, ou Conselhos Populares, muito polêmico. De qualquer forma, há uma visão colocando-os como fruto da luta dos setores oprimidos da sociedade pela conquista da emancipação econômica, política, social e cultural. Sob outro ponto de vista os Conselhos são considerados como uma estratégia que visa integrar os indivíduos na dinâmica da vida associativa local e defender os direitos individuais e coletivos.

No Brasil este debate aparece no bojo dos movimentos das décadas de 1970 e 1980, quando dois tipos diferentes de Conselhos são propostos:

*os Conselhos Populares*  
*construídos pelos movimen-*

*tos populares em suas relações de negociação com o poder público e os Conselhos Comunitários criados pelo poder público para mediar suas relações com os movimentos e organizações populares. (ibid., p. 77).*

As experiências mais expressivas aconteceram em São Paulo. A primeira tentativa ocorre nos anos mais repressivos, de 1969 a 1973, quando a Prefeitura criou conselhos ligados diretamente ao Executivo, com caráter de *fiscalizadores* ou *informantes*, sem nenhuma raiz popular. À medida em que são deflagrados os movimentos no interior das classes populares, ainda na década de 1970, os Conselhos passam a ser vistos como possibilidades de uma forma de organização popular. Em 1979, os Conselhos são criados por Portaria do Prefeito com o objetivo de canalizar institucionalmente as demandas populares. Em 1980, já havia onze Conselhos participando na elaboração do orçamento do programa da Prefeitura de São Paulo.

Se, por um lado, a população utilizou-se deste espaço para apresentar suas reivindicações, por outro, o poder público, que não deixou de catalogá-las, esvaziou seu conteúdo político e não as levou em conta.

A partir de 1984, no governo de Mário Covas, os Conselhos passam a ser uma política central de algumas secretarias, na sua relação com os movimentos organizados.

Há uma intenção de respeitar as diferentes forças sociais, mas, de não institucionalizá-las. Contudo, dada a grande efervescência dos movimentos e a presença de forças políticas as mais variadas, disputando espaço para suas propostas, as intenções do poder público mostraram-se ingênuas e a prática não foi a pretendida. Os Conselhos distanciaram-se dos movimentos e sua representatividade começou a ser questionada.

Outra experiência que merece destaque é a dos Conselhos Populares de Saúde da zona leste de São Paulo. Esses nasceram de forma autônoma, a partir da unificação dos movimentos de saúde e de saneamento que existiam desde a década de 1970. Por sua autonomia em relação ao poder público, gozavam de maior representatividade, mas não tinham participação deliberativa dentro dos diversos órgãos públicos, onde levavam suas reivindicações. Nas unidades de saúde, exerciam um papel de fiscalização da prestação dos serviços. Maria da Glória Gohn diz que “com todos os erros possíveis, os Conselhos de Saúde, em São Paulo, foram a experiência mais elaborada ou mais próxima do que seria um Conselho Popular.” (*ibid.*, p. 82).

Essas e outras experiências havidas no decorrer dos anos 1970-1980, impulsionadas pela sede de democracia, de participação e de descentralização do poder, contribuíram na discussão da construção do poder local, após décadas de centralização, autoritarismo e opressão. Esses exemplos evidenciam uma questão que considero essencial: a participação em conselhos, como mecanismos de exercício de poder e participação na definição de políticas públicas, significando uma conquista democrática para as classes subalternizadas, na sua luta pela cidadania, se sua representação tiver respaldo real e efetivo nos movimentos organizados.

Seu potencial, no processo de socialização do poder de decisão, é proporcional a sua responsabilidade. O conselheiro não pode ser representante de si mesmo, sob pena de sofrer manipulações políticas ou de se atrelar à administração pública. A participação deve começar na sua comunidade ou entidade de origem.

Para desenvolver esta reflexão, recorri a Herman San Martín, no seu livro “Economía de La Salud”. Ele afirma que

*uma das necessidades sociais que mais preocupa e interessa as comunidades humanas é a sua saúde e a de seu ambiente de vida. Esta situação não é casual e nem responde a temores individuais; é produto da causalidade social da situação de saúde que é pelo menos pressentida pela população. É evidente que a comunidade não sabe 'Epidemiologia' e que tem um conceito muito vago de saúde; porém, também é evidente que os epidemiólogos sozinhos não podem conhecer a situação de saúde de uma comunidade se esta não participa e não se interessa pelo problema. O trabalho de tomar consciência do problema e participar interessadamente passa pela educação em saúde e pela experiência com a equipe local de saúde. A participação da comunidade e dos indivíduos no conhecimento e gestão da saúde coletiva e da saúde individual é, para nós, a primeira e mais importante necessidade de saúde nas coletividades humanas.* (SAN MARTÍN, 1989, p. 153-154).

Esta afirmação vem ao encontro de outra feita por Simionatto e Nogueira (*op. cit.*, p. 59) de que “a ambigüidade, a alienação e o fetichismo impedem a criação de uma consciência crítica, impossibilitando a percepção dos interesses voltados para melhores condições materiais e sociais de vida.”

O primeiro ponto e o mais crucial é o de que não há participação real no exercício da cidadania sem a consciência clara dos problemas e necessidades coletivas e, também, não há planejamento em saúde voltado para os interesses coletivos, sem que haja

a participação consciente da comunidade local.

A participação não é um ato mágico. Ela não se dá só porque houve uma lei que criou a *possibilidade* de participar. Ela é um processo, uma praxis, um exercício de aprendizagem.

Quando Eugênio V. Mendes (*op. cit.*, p. 110) diz que o processo de descentralização do sistema de saúde tem sua base no exercício do poder dentro de um território delimitado, ele está dizendo, em outras palavras, que é nesse território, lugar onde se reproduz a vida, onde se reproduzem as relações sociais e políticas, que o indivíduo, na trama destas relações, pode realizar seu aprendizado político de participação efetiva. É a partir desse território que a proposta de criar identidades coletivas pode ser viável.

A unidade de saúde do bairro é o primeiro lugar onde o indivíduo vai levar sua *demanda imediata* que pode ser, desde uma gripe ou dor de cabeça, até problemas mais graves como um surto de hepatite ou tuberculose. Atualmente diz-se *demanda imediata* ou *demanda sentida* para sintomas que levam os indivíduos a procurar um serviço de saúde. O grande desafio de uma administração municipal, que se pretende *popular*, é criar formas e colocar em suas unidades profissionais que viabilizem um trabalho de educação em saúde, com o intuito de transformar as demandas imediatas, individuais, na consciência de demandas coletivas. A identificação das necessidades coletivas supõe desvendar as causas econômicas e sociais dos problemas de saúde. Isto significa ajudar a população a ver para além das demandas cotidianas e construir uma capacidade intelectual de avaliar suas próprias necessidades.

Embora a Constituição de 1988 e suas leis complementares, que criaram o SUS e as formas de sua viabilização, tenham se baseado numa concepção de saúde/doença como decorrência de um processo social, a

prática hegemônica ainda é a de tratar a doença como um processo meramente biológico, respondendo apenas às demandas imediatas, sem questionar como as enfermidades se formam. Esta prática continua sendo um fator de alienação, pois contribui na reprodução de uma concepção medicalizadora da saúde, que interessa sobretudo a economia de mercado, na medida em que não corresponde às necessidades reais dos indivíduos, mas às necessidades do consumo.

As verdadeiras necessidades de saúde devem estar relacionadas com a transformação dos processos que geram a doença e que são produzidos pelas relações de produção e consumo de uma sociedade. A saúde e as necessidades de saúde estão relacionadas à produção e ao consumo social e legitimadas pela necessidade de reproduzir a força de trabalho e as relações de produção existentes na sociedade. (*op. cit.*, p. 155).

A dinâmica das necessidades humanas e, em particular, das necessidades de saúde não pode ser analisada e entendida fora das relações de produção e dominação. É esta análise que nos leva ao entendimento da saúde como um direito humano, como uma necessidade de origem social cuja satisfação também é coletiva. Uma análise funcionalista da saúde concebe a necessidade como sendo apenas individual, e tendo sua origem na biologia ou na psicologia humana.

Tradicionalmente a prática de gestão das necessidades de saúde tem sido feita a partir de uma concepção biológica, usando dados de morbidade e mortalidade, visando apenas a cura de doenças. "Pelo contrário, isto até favorece a expansão da assistência médico-hospitalar privada, na medida em que o setor público é inoperante e incompetente frente aos problemas de saúde da maioria." (*op. cit.*, p. 130-131).

Quando as autoras dizem que, apesar das conquistas constitucionais de 1988, hoje presenciamos a falência das

políticas públicas (*op. cit.*, p.54), com certeza a política de saúde está incluída. A Constituição consagrou a universalização da saúde e o princípio do direito de todos e dever do Estado. O que presenciamos, na verdade, é uma universalização excludente, fruto do avanço do projeto neoliberal na área de saúde, que tende a diminuir o papel do Estado e submeter a saúde à lógica do mercado. Gastão Campos (1991, p. 167) diz que apenas 20% da população têm acesso à medicina privada no Brasil; os outros 80% dependem do Sistema Público. O que acontece é que o setor privado não faz saúde pública com ações coletivas de defesa da vida. Cabe ao Estado a assistência aos outros 80%, incluindo ações de prevenção e doenças de massa. Contudo, o investimento público para tudo isso é irrisório. Na verdade, o papel do Estado se presta muito mais a assegurar a privatização, financiando a iniciativa privada para que esta amplie sua clientela de 20% através da compra de serviços médico-hospitalares, clínicas, hospitais filantrópicos, que levam a mercantilização para dentro das instituições públicas e filantrópicas.

Portanto, fica evidente que há uma classe social que investe no não funcionamento dos serviços públicos e que domina politicamente o Estado para que não seja cumprida a Constituição. Além de não ser usuário do sistema público, luta pelo seu esvaziamento. Em nome da prestação de serviços ao Estado, essa classe tem representantes nos Conselhos.

No texto em análise, constatamos que repetidas vezes é utilizada a expressão "sociedade civil": "relação do Estado com a sociedade civil" e "o controle da sociedade civil sobre o Estado."

Este conceito é abrangente e envolve classes sociais diversas e até antagônicas entre si. A sociedade civil é um espaço onde se manifestam os conflitos de classes, produto da

exploração e das desigualdades. Dentro dela estão os explorados e os exploradores. É no seu interior que se produzem as ideologias, tanto as conservadoras quanto as revolucionárias, ou contestadoras. Quando o texto fala em "ausência de controle da sociedade civil sobre o Estado", é preciso que se explicita o caráter de classe desta afirmação, pois não é toda a sociedade civil que está subalternizada.

A burguesia, pelo contrário, exerce hegemonia no domínio do Estado e, com isso, garante a reprodução da acumulação capitalista, seu principal interesse.

Maria Carmelita Yasbek optou pelo conceito de *subalterno*, pois é um conceito

*que dá conta de um conjunto diversificado e contraditório de situações de dominação. Foi escolhido para nomear as classes em que se inserem os usuários das políticas sociais. A subalternidade diz respeito à ausência de poder de mando, de poder de decisão, de poder de criação e de direção. A subalternidade faz parte do mundo dos dominados, dos submetidos à exploração e à exclusão social, política e econômica. (YASBEK, 1993, p. 18).*

Sendo assim, penso que as classes populares, subalternizadas durante décadas, que lutaram para ampliar seu espaço de poder na sociedade e conquistaram um lugar na gestão do sistema de saúde, através dos conselhos, devem ter, prioritariamente, o maior número de membros. Vale lembrar que as Conferências Municipais de Saúde são soberanas e podem alterar a composição dos CMSs, como também os critérios para a eleição dos seus membros. Mesmo sendo os CMSs espaços de conflitos de interesses, a representação majoritária

dos usuários do sistema público pode ampliar seu poder de negociação e sua influência na gestão da saúde.

Por sua vez, o Serviço Social é parte integrante de todo o contexto analisado até aqui, ocupando um lugar *incômodo* de mediação dos direitos. *Incômodo* porque contraditório, pois ele está no cerne do processo de inclusão e exclusão das necessidades sociais, como diz Sposati (*op. cit.*, p. 6). Por esta inserção, o assistente social ocupa também um lugar privilegiado no sentido de conhecer melhor as perversidades que rebatem na população, produto do modelo econômico, das políticas sociais e da fragilidade democrática. Além disso, tem maior condição de captar a heterogeneidade e o modo de ampliar o potencial democrático.

Simionatto e Nogueira (*op. cit.*, p. 56) reconheceram este lugar ocupado pelo Serviço Social e acrescentam que, pelo caráter político da sua intervenção, pode ultrapassar a mera prestação de serviços. Para isso é necessário que o assistente social compreenda o funcionamento estrutural e conjuntural da sociedade, as forças políticas que atuam no seu interior, o perfil das políticas sociais públicas e possa assim, contribuir para o aperfeiçoamento dessas políticas e, a partir das demandas que lhes são postas, ajudar a população no processo de desalienação e construção de uma consciência crítica, na busca da ampliação dos direitos.

Todos os dias milhares de pessoas vão às unidades de saúde em busca de um ato médico ou de um serviço. A primeira e grande tarefa que se nos impõe é a reinterpretação, desvendamento e busca da essência, identificando as verdadeiras necessidades escondidas por entre as teias destas demandas imediatas. O mercado transformou a saúde numa mercadoria, passível de compra e venda. Com isso, hoje ela é vista como um serviço e não como um direito. Portanto, as necessidades humanas têm uma historicidade, po-

do ser manipuladas e transformadas em meios para a acumulação do capital e não concebidas como um fim. A alienação, no caso da saúde, está no fato de ter-se transformado num meio, prostituindo-se na trama do mercado por ter assumido um caráter particularizado e quantitativo.

Desfetichizar esta realidade é resgatar o verdadeiro sentido da saúde como um direito, porém, isso não se faz sem uma concepção histórica do processo saúde/doença.

Penso que este passo é fundamental e é o começo para se construir sujeitos coletivos. Esta construção é um processo que pode ter, na sua origem, pequenos grupos que discutem seus problemas de saúde, desvendando aspectos comuns, descobrindo suas causas, desenvolvendo ações de cooperação, de reivindicação e, com isso, transformarem a visão daquilo que parecia individual numa situação coletiva.

Nas unidades de saúde a democratização começa com o questionamento do modelo clínico e individualizado de atenção e, assim, contribui na formulação de planejamentos com base nas necessidades coletivas, entre elas, a necessidade da participação popular local.

No interior das comunidades, os assistentes sociais têm diante de si um grande espaço para, junto com a população, buscarem uma maior articulação das várias formas de assistência (saúde, educação, família, criança e adolescente), fazendo a crítica adequada à fragmentação, formulando propostas e influenciando mais decisivamente na política local.

Com este *trabalho de base* é possível reverter a participação da população subalternizada nos CMSs, o que os tornará mais combativos, mais representativos para, gradativamente, romperem as amarras da subalternidade transformando-os em espaços reais de exercício do poder. É papel dos assistentes sociais, como mediadores de direitos, reinventar formas de

conscientização de modo que as classes populares possam perceber os verdadeiros caminhos da cidadania e rejeitar a passividade, a subordinação e a manipulação.

A partir desta prática poderemos forjar uma nova cultura política que irá chegar ao interior dos conflitos de classes, de práticas divergentes e do pluralismo de idéias. Só assim os CMSs deixarão de ser palcos de conciliações para ser espaços de gestão democrática e controle social sobre as práticas de saúde.

## Conclusão

Concluindo, reafirmo a pertinência do tema desenvolvido pelas autoras e ilustro com o artigo da revista VEJA "A Medicina da Ilusão", que tece severas críticas aos convênios privados de saúde, que atendem hoje 39 milhões de pessoas. Neste artigo Flávia Varella e Karina Pastore dizem: "A explosão das empresas de convênio e seguro coincidiu com o desmanche do Estado em geral e da saúde pública em particular." Contudo, há uma ilusão de que a rede privada assegura, em todos os casos, o tratamento mais adequado. O PROCON de São Paulo recebeu 10.000 queixas em um ano, não só contra as mensalidades, mas também contra a não cobertura de tratamento a determinadas doenças. Segundo a matéria, são raríssimos os planos que cobrem todas as doenças e a esses, só têm acesso as pessoas de renda muito alta. "É cada vez mais forte a impressão de que as empresas de medicina privada fazem o que querem no Brasil: só atendem os pacientes quando o tratamento de suas doenças sai por uma pechincha [...]" (Revista VEJA, 08/05/96).

A reportagem citada deixa claro que o Estado, ao abrir mão da sua responsabilidade com a saúde dos brasileiros, acaba deixando o caminho

aberto para o mercado que, de uma forma selvagem, usurpa o dinheiro dos seus associados e impede que o Estado arrecade dois bilhões de dólares por ano do imposto de renda que é abatido sobre os gastos com planos de saúde. Mesmo assim, muitos associados, na hora da necessidade, acabam desiludidos.

A saída, portanto, é o SUS. Não qualquer SUS, mas aquele preconizado pela Reforma Sanitária ou, no mínimo, aquele proclamado pela Constituição de 1988. A luta de interesses de classe nesta questão é nítida. É aqui que se justifica a necessidade do *despertar* das classes populares e subalternizadas, pois é sua VIDA que está sendo negociada. Como foi falado, a retomada dos ideais da Reforma Sanitária é urgente, assim como a luta organizada e forte para garantir a implantação efetiva do SUS, com todos os seus desdobramentos. Isso não se faz sem que seus maiores interessados não percebam a importância desta luta e não se engajem nela. Neste sentido, a *participação* como exercício de poder e de cidadania é tão fundamental quanto o oxigênio que respiramos.

## Referências bibliográficas

- CAMPOS, Gastão. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- GOHN, Maria da Glória. *A Força da Periferia*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- \_\_\_\_\_. *Conselhos Populares e Participação Popular*. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1990, n. 34.
- MENDES, Eugênio *et al.* *Distrito Sanitário*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 1994.
- REVISTA Veja. *A Medicina da Ilusão*. São Paulo: Abril, 1996, n. 19, 8 maio, p.52-60.

SAN MARTIN, Herman. *Economia de la Salud*. Madri: Interamericana, 1989.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera. Políticas de Saúde – *do Projeto Formal à Prática Concreta*. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1984, n. 44.

SPOSATI, Aldaiza. *Conjuntura Nacional e Demandas Postas ao Serviço Social*. In: Cadernos Abess. São Paulo: Cortez, 1993, n. 6.

\_\_\_\_\_. *et al.* *Os Direitos dos Desassistidos Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. *et al.* *Políticas Sociais Brasileiras, uma questão de análise*. São Paulo: Cortez, 1985.

YASBEK, Maria Carmelita. *Classes Subalternas e Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 1993.

## Endereço – Autora

Departamento de Serviço Social  
Centro Sócio Econômico – UFSC  
E-mail: kataly@cse.ufsc.br