

**ONGs e a Privatização da Responsabilidade Pública  
da Perspectiva da Saúde. A Experiência Brasileira**

**AMÉLIA COHN**

**Caderno CEDEC nº 20**

**São Paulo, 1991**

## Resumo

Este texto busca encaminhar a questão das ONGs e a privatização da responsabilidade pública no setor saúde a partir da realidade brasileira. Para tanto, traça um perfil sanitário e da organização dos serviços de saúde no país no momento presente, percorre o movimento da Reforma Sanitária que data de meados dos anos 70 até os dias atuais, e finaliza com espaços possíveis de atuação das ONGs tendo por referência as expectativas e práticas dos movimentos sociais.

## I. Perfil sanitário e a organização dos serviços de saúde

Os indicadores de saúde da sociedade brasileira expressam as consequências, nesse âmbito, do modelo excludente de desenvolvimento dos países latino-americanos.

Na segunda metade da "década perdida" o perfil sanitário brasileiro apresenta, de um lado, o agravamento da incidência de determinadas doenças endêmicas ao que se associam algumas epidemias, como a do dengue; e de outro, uma nova realidade do quadro sanitário que desafia os modelos tradicionais de atuação, que trabalham com as dicotomias Saúde Pública/Atenção Médica Individual e doenças tipicamente rurais (de pobres)/doenças tipicamente urbanas (de ricos).

Como não se trata aqui de traçar um quadro detalhado dos perfis de morbi-mortalidade da sociedade brasileira, mas tão somente de destacar sua magnitude e complexidade, basta indicar que: em 1987 ocorreram cerca de 460 mil casos novos de malária, o que significa um aumento de quase três vezes com relação à incidência de 1985; o parasita da doença de Chagas infecta a população de 19 Estados, estimando-se que dos 8 milhões de chagásicos 500 mil residem nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, maiores núcleos urbanos do país; 13 milhões de brasileiros são portadores de esquistossomose; e que os últimos anos vêm assistindo um comportamento ascendente das curvas de incidência de hanseníase (sendo o Brasil responsável por 80% dos casos na América Latina), difteria, poliomielite, tuberculose, entre outras doenças.

Claro está que esse panorama reafirma a estreita relação existente entre condições de vida, modelo de desenvolvimento e saúde: quanto mais precárias as primeiras e mais predatório o modelo, maior a curva de morbi-mortalidade. No caso da malária, por exemplo, o aumento de sua incidência tem como principal responsável o processo de ocupação de terras e de multiplicação dos garimpos na Amazônia, onde se concentra 97% das ocorrências. E no caso da doença de Chagas, até período recente doença tipicamente rural, sua presença no meio urbano - e nos grandes centros urbanos - reflete o processo de migração rural-urbano, ao que se acresce o baixo controle sobre os serviços de saúde, em particular sobre o controle da qualidade do sangue e hemoderivados.

Quanto à mortalidade geral, em meados da década de 80, ela tinha, por sequência, como principais causas: as externas, as doenças do aparelho circulatório, os neoplasmas, e as doenças infecto-parasitárias, o que traduz a complexidade da associação de comportamentos de causalidade de países desenvolvidos com as de países do terceiro mundo.

Ocorre o mesmo com a mortalidade infantil: embora tenha havido uma acentuada redução do coeficiente nas últimas quatro décadas, o Brasil ainda hoje faz parte do conjunto de países com os maiores índices - 73,7 por mil nascidos vivos. No primeiro ano de vida, as "lesões ao nascer" são responsáveis por 40% dos óbitos, seguidas pelas "doenças infecto-parasitárias", sendo que nas regiões Norte e Nordeste o percentual atinge 30% dos óbitos, e nas regiões Sul e Sudeste ele cai para 13% e 16%, respectivamente.

Embora o acelerado processo de urbanização e crescimento do parque industrial nas últimas décadas tenha produzido acentuadas mudanças no quadro sanitário brasileiro, o maior acesso de alguns setores da população aos serviços públicos estreitamente associados à saúde, como o saneamento, e a serviços médicos (públicos e privados) possibilitou a diminuição da incidência de alguns dos indicadores de saúde. Não obstante, o problema da saúde no Brasil contemporâneo consiste fundamentalmente na ocorrência de um aumento geral da incidência de doenças e uma ampliação de sua distribuição, passando a atingir novas áreas geográficas e novos grupos sociais.

Em consequência, tanto os preceitos clássicos da Saúde Pública tornaram-se insuficientes para diagnosticar áreas endêmicas e áreas saneadas, como também o próprio modelo dos serviços de saúde que pretende dar conta dessa realidade, por dividirem as ações preventivas de um lado e as curativas de outro.

É isso por duas razões: a primeira, e fundamental, é que as diferenças regionais do padrão de morbi-mortalidade, apesar de estarem associadas à brutal desigualdade na distribuição da renda, à organização da produção industrial e agrária, à distribuição rural-urbana da população, e até mesmo a condições climáticas, vêm apresentando um processo de "socialização da doença", evidenciado pela instalação, nos núcleos urbanos, de focos de endemias tipicamente rurais. A segunda, é que tanto pelo desenvolvimento da tecnologia na área da saúde como pela própria modificação da organização dos serviços no setor, particularmente no setor público de primeira linha que passa a incorporar a atenção médica individual nos anos mais recentes, o modelo do

processo de trabalho se modifica, passando a ter o profissional médico como a figura central, e a demandar dos próprios serviços a formulação de um novo modelo de atendimento voltado agora para os cuidados à saúde. O que não se altera, pela lógica do mercado que orienta a ação desses profissionais médicos, e em certa medida também as ações públicas, é o fato, já constatado na década de 70, da estreita correlação entre a distribuição geográfica daqueles profissionais e a presença de agências bancárias nos núcleos urbanos (1).

Não bastasse a complexidade desse quadro sanitário, o país o vem enfrentando de forma absolutamente inadequada. De um lado, orientando sua ação para o setor baseada na concepção da saúde não como um direito do cidadão, mas como a possibilidade de acesso à assistência médica a partir, fundamentalmente, de uma relação contratual de contribuição compulsória, que é a previdência social. Isso redonda num caráter privatista das políticas estatais voltadas para a assistência médica (como de resto também da educação), que se radicaliza nas décadas de 60 a 80, embora apresenta raízes históricas já nas décadas de 20 e 30.

Por outro lado, as medidas de caráter coletivo - tradicioneis da área da Saúde Pública - acabam bastante comprometidas quer pela descontinuidade da ação, quer pela falta de recursos, quer pela mobilidade geográfica e dificuldade de acesso da população, o que compõe um conjunto de fatores explicado pela lógica maior de no geral se

---

(1) Mello, C.G. - Saúde e Assistência Médica no Brasil, Coleção Saúde em Debate, Cebes/Hucitec, S.Paulo, 1977.

rem ações dirigidas prioritariamente para aqueles segmentos sociais excluídos do processo produtivo. A isso se associa o traço assistencialista e clientelístico das políticas sociais do país, que expõe a população de mais baixa renda a atividades programáticas descontínuas e ritualizadas de combate às endemias.

No que diz respeito à assistência médica individual, a atuação do Estado segue a mesma lógica, ao favorecer e viabilizar a primazia do setor privado lucrativo e assumir para si um papel suplementar: tanto no que diz respeito às ações de caráter coletivo quanto da assistência médica individual o setor público terá que suprir a ausência do setor privado, que atua sob a lógica da lucratividade. Em consequência, não só o Estado acaba sendo onerado por ficar com os atos mais dispendiosos, como agravam-se as disparidades na distribuição de equipamentos de saúde, que tendem a se concentrar nos principais centros urbanos das unidades federadas mais ricas do país.

À guisa de exemplo, veja-se a distribuição regional de leitos públicos e privados. Em meados da década de 80, 16,1% dos leitos privados localizam-se na região nordeste e 54,8% na região sudeste, sendo que o Estado de São Paulo sedia 28,6% do total. Quanto aos leitos públicos, 25,1% deles localizam-se na região nordeste, 49,3% na sudeste, sendo que 20,0% do total estão no Estado paulista. A essa desigualdade associa-se outra, a da distribuição rural - urbana do acesso a serviços médicos: enquanto, para a mesma época, a relação população urbana e rural é da ordem de 2,1/1 habitantes, a relação consulta médica urbana e rural é da ordem de 10,6/1, e no caso das internações hospitalares de 4,9/1, segundo dados da previdência social.

Esses dados indicam que, sendo a previdência social um dos principais suportes financeiros e de prestação de serviços médicos, ela está até o presente voltada, fundamentalmente, para a população ativa formalmente inserida no mercado de trabalho, concentrada nos núcleos urbanos com significativa atividade econômica. E indicam, também, a magnitude dos esforços e lutas necessários para a conquista da universalização do direito à saúde - mesmo entendidos nos limites mais estreitos do direito à assistência médica individual e ações coletivas de combate e prevenção de endemias. Não só as tentativas que vêm sendo feitas nesse sentido não estão se traduzindo em avanços significativos, na medida em que a lógica da ação do Estado se subordinam às regras do mercado, como a capacidade de pressão desses setores carentes é bastante reduzida dada sua pequena capacidade de organização. Trata-se, aqui, daqueles segmentos sociais que o atual governo denomina de "descamisados".

Dessa forma, a possibilidade hoje presente de uma tendência à retração do Estado em vários setores, inclusive na área social, para fazer frente à dívida pública e à crise fiscal, para o caso específico da saúde coloca um duplo problema: a distribuição profundamente desigual do acesso da população a serviços de saúde, e a mudança do próprio modelo de atenção de primeira linha, que do ponto de vista da tecnologia do processo de trabalho tem no profissional médico o elemento nuclear.

Esse fato tem duas consequências imediatas: a primeira delas, a superação em definitivo da viabilidade do modelo de medicina comunitária como mecanismo de se atingir a universalização do acesso



do atendimento à saúde às populações menos favorecidas, ou mais explicitamente, aos que se encontram na linha da pobreza absoluta, que segundo cálculos otimistas atingem 40 milhões de brasileiros. A segunda delas, o fato de o próprio modelo predominante de oferta de serviços moldar as expectativas e demandas da população, num gradiente de prioridades marcado pelo quadro de carências. Em consequência delinea-se um perfil bastante definido de atuação dos setores populares e das organizações não governamentais no que diz respeito às pressões junto ao Estado na conquista do direito à saúde.

## II. Tendência atual das políticas de saúde

A partir de meados da década de 70 a questão da saúde passa a mobilizar determinados setores da sociedade brasileira, e a ser objeto de intenso debate. O embate central reside nas disjuntivas privatização ou estatização dos serviços de saúde, centralização ou descentralização da sua estrutura organizacional, universalização ou seletividade do acesso aos serviços como forma de viabilizar o preceito constitucional segundo o qual "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado".

Esse processo - denominado de Reforma Sanitária brasileira - dá-se numa realidade com um perfil da organização dos serviços de saúde de que tem as seguintes características:

a) altamente centralizado - as definições de diretrizes e prioridades para o setor (incluindo formas de financiamento) são elaboradas pelo Executivo federal, restando às unidades federadas e aos

municípios baixo grau de autonomia, cabendo-lhes mais o papel de implementadores das diretrizes traçadas pelo nível federal e muito pouco de formuladores de políticas próprias mais adequadas às reais necessidades da população do Estado ou dos municípios;

b) acentuadamente privatizado - consequência do fato de crescentemente a assistência médica individual ser feita pelo setor privado, cujos serviços são comprados pelo Estado com recursos da previdência social (INPS e depois INAMPS), ao que se associa a pequena prioridade do Estado para investimentos no setor. Para se ter uma idêiada dimensão dessa tendência, cerca de 80% dos serviços de saúde prestados pelo Estado são produzidos pelo setor privado;

c) progressivamente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira. É consenso entre os especialistas em medicina social que 80% dos problemas de saúde da população brasileira são passíveis de serem resolvidos no atendimento de primeira linha (a rede básica de serviços de saúde: centros de saúde, ambulatórios, etc). No entanto, o que se tem é uma infra-estrutura de serviços altamente complexa, com alta densidade tecnológica, absolutamente desconexa, não havendo integração e hierarquização dos serviços para o acesso da população segundo suas necessidades à complexidade tecnológica dos equipamentos instalados. Como resultado, a população é atendida por serviços cuja lógica de acesso não responde à relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento, mas à própria lógica do mercado, e portanto da lucratividade.

d) com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado: ao primeiro ficam reservadas as ações de caráter coletivo -

controle de moléstias transmissíveis, combate às endemias, etc. - e mais recentemente o atendimento médico individual e os atos médicos mais onerosos, cabendo para o setor privado o atendimento rentável e lucrativo;

e) profundamente discriminatório e injusto. A população com inserção formal no mercado de trabalho, e portanto vinculada à previdência social, tendo acesso a serviços de saúde mais diversificados - no geral privados - ficando a população mais carente não só descoberta de qualquer tipo de seguro social, como exposta a um setor público de serviços depauperado e com baixa capacidade resolutiva, consequência da ausência de prioridade de investimento estatal na saúde;

f) com profundas distorções na forma de financiamento. Na medida em que a grande massa do volume de atendimentos fica sob a responsabilidade da previdência social, ao invés da saúde se constituir num direito de todos, na realidade o que ocorre é o acesso à assistência médica constituir-se num direito pago - por meio do contrato obrigatório com a previdência social -, o que exime o Estado, em larga medida, da responsabilidade do ônus financeiro de investir recursos orçamentários na saúde.

Em consequência, nas últimas décadas gerou-se um sistema de saúde absolutamente distorcido, perverso, oneroso, e vulnerável ao extremo às crises econômicas, na medida em que o seu principal suporte de financiamento é a previdência social, e a fonte primeira de recursos desta é uma função do salário - e agora do faturamento das

Diante disto, tratava-se de buscar reverter essa situação numa conjuntura em que a luta pela democratização da saúde era também a luta pela democratização política. Os principais personagens no palco da Reforma Sanitária eram: médicos sanitaristas (da rede de serviços públicos), docentes das universidades especialistas em Medicina Social e Saúde Pública, partidos políticos progressistas e de esquerda, organizações não governamentais de mais variada natureza, e movimentos populares. Não é o caso aqui de se fazer uma análise desse movimento sanitário, mas somente registrar o fato de ter sido uma mobilização que se voltou muito mais para o Estado, no sentido de buscar ocupar espaços no seu interior e viabilizar propostas formuladas tecnicamente sobre a melhor composição institucional dos serviços de saúde, tendo em consequência se distanciado das reais expectativas e demandas populares, expressas pelos setores organizados - ou não - da sociedade.

Em consequência, ao mesmo tempo que no plano institucional, determinadas conquistas foram alcançadas, dada a pouca articulação com os distintos segmentos sociais de base, o movimento demonstra sua fragilidade na própria dificuldade de implementação - ou pelas vias como é feita - das medidas e objetivos propostos. De fato, a tese é polêmica, mas a mobilização pela saúde na Reforma Sanitária é uma mobilização muito mais restrita a uma rede institucional próxima do, ou mesmo no, aparelho de Estado do que uma mobilização social real. No entanto, não se pode atribuir isso a um simples erro de estratégia; há que se questionar, não só por esta experiência mas por inúmeras outras de movimentos populares por saúde, se saúde é um fator de mobilização dos setores populares, ou um fator que favorece a sua organi-

zação mas que dificilmente mantêm a mobilização, ou de que tipo de mobilização se trata.

Antes, porém, de tratar desse tema, nuclear nas preocupações aqui presentes, há que se retomar o registro das propostas formuladas e apresentadas diante da realidade até aqui descrita.

a) em resposta à centralização, o que se propõe é uma organização de serviços descentralizada, com comando único (federal, estadual ou municipal) em cada esfera de poder, com plena autonomia financeira e de formulação de políticas de saúde do poder local, somente obedecidas as diretrizes nacionais e estaduais. O suposto básico é que a condição primeira é o fortalecimento do setor público de serviços de saúde;

b) fortalecer o setor público aumentando os investimentos na área da saúde, com recursos orçamentários de cada esfera de poder e com repasses automáticos de recursos da previdência social, ao mesmo tempo que se proíbe financiamentos públicos ao setor privado de saúde, sobre o qual se exercerá um rígido controle - tanto de qualidade do atendimento como técnico-financeiro;

c) a descentralização, por via da municipalização, traz para perto da população os serviços de saúde, tornando-os mais sensíveis às reais demandas e necessidades por ela apresentadas e com maior flexibilidade - teórica - de adaptação da disponibilidade de equipamentos a esse perfil de demanda;

d) ao se privilegiar o setor público, romper com a divisão de trabalho entre aquele e o setor privado e formular um modelo de atendimento que seja eficiente, racional, hierarquizado por graus de complexidade tecnológica, e que, o que é fundamental, esteja voltado para o cuidado à saúde, não se limitando ao atendimento médico ao doente;

e) dessa forma, sob a égide do "direito de todos e dever do Estado", o sistema de saúde brasileiro caminhará no sentido de superar seu traço discriminatório e injusto, na medida em que o direito à saúde passaria a ser - na lei e na prática - universal e não contributivo, e, quando totalmente gratuito, não caritativo;

f) conseqüentemente, as distorções do financiamento seriam superadas por um sistema geral de fonte de recursos, em grande parte ainda baseado na lógica do financiamento da previdência social, mas exigindo maior participação e contrapartida do Estado - nos três níveis - através de seus recursos orçamentários.

Essas respostas, objetivos a serem alcançados na formulação de um sistema único de saúde universal e equânime, foram contempladas no atual texto constitucional e na sua regulamentação. No plano institucional, no entanto, esses objetivos estão distantes de serem alcançados, muito embora tenham sido registrados já alguns avanços quanto à descentralização e à unificação dos sistemas - saúde previdenciária e não previdenciária, ou pública.

Exemplos desses passos foram as Ações Integradas de Saúde, convênios tri-laterais - federal/estadual/municipal - que compreen

diam repasses de recursos para o poder local para que o setor público se responsabilizasse pelo atendimento médico individual também da população previdenciária. Isso aliás já vinha ocorrendo dada a retração da assistência médica previdenciária diante da crise financeira do sistema previdenciário brasileiro. As AIs, como conhecidas, traziam, também, uma proposta de participação da população nas comissões interinstitucionais e locais de saúde, que visavam exatamente a integração dos diversos níveis de poder e uma via mais democrática de formulação das políticas de saúde, pari passu a um processo de descentralização.

No entanto, um balanço geral de atuação dessas comissões não autoriza uma avaliação positiva, por múltiplas razões, que percorrem desde um baixo incentivo das instituições públicas para seu efetivo funcionamento até clientelismos políticos e reação do executivo - dos diferentes níveis de poder - à perda de sua ingerência sobre o setor. Não obstante, algumas experiências exitosas em municípios - no geral em áreas mais ricas em termos econômicos, como no interior do estado de São Paulo - sugerem enfaticamente que se estabeleceu uma cumplicidade - no sentido de dependência mútua - entre a administração pública e o apoio e a mobilização popular para se lograr avanços na extensão e maior racionalização do atendimento às necessidades de saúde da população.

As AIs, cujos primeiros convênios foram assinados em 1983, sucederam-se, a partir de 1987, os convênios SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - hoje em vigor, e que estabelece, agora sob o comando das Secretarias Estaduais de Saúde, o processo

de descentralização entendido como municipalização dos serviços. Vale dizer, em tese, o convênio SUDS viabilizaria o processo de municipalização dos serviços de saúde sem a dicotomia saúde previdenciária/saúde pública. Nesse sentido, os SUDS representam, no plano institucional, um passo adiante na conquista do Sistema Único de Saúde, muito embora os convênios tenham obedecido a critérios políticos e econômicos, o que redundou muito mais numa desconcentração do que numa descentralização dos serviços: repassam-se recursos para o poder local, mas este assume muito mais o papel de executor dos serviços e de diretrizes já estabelecidas do que de formulador de sua própria política de saúde.

Apesar desses avanços, no entanto, tornar efetivos os preceitos constitucionais implica em transpor fortes obstáculos. Em primeiro lugar, porque reverter a lógica do sistema de saúde implica num efetivo investimento público no setor, sendo que a tendência das últimas décadas vem sendo exatamente oposta. E o ano transcorrido do atual governo reforça essa tendência, apesar de anunciar o propósito de um aumento substantivo no gasto com saúde por relação ao PIB até o final de seu mandato. Uma vez mais a distância entre o discurso e a prática é marcante.

Em segundo lugar, porque a política de saúde das últimas duas décadas transformou o setor público de saúde num sistema com baixísima capacidade de resolutividade, e absolutamente desaparelhado - em termos técnicos e de recursos humanos -, o que se convencionou denominar de um sistema público de saúde sucateado.



Em terceiro lugar, porque à forte pressão do setor privado contra qualquer forma de controle sobre sua atividade por parte do setor público associa-se a natureza opaca da presença da saúde no quadro político-institucional: sua escassa visibilidade política, tanto mais fluída quanto mais se aproxima das medidas de caráter preventivo, agravada pelos próprios limites estreitos de resolutividade que as ações de saúde possam ter dada a origem sócio-econômica dos perfis de morbi-mortalidade apresentados pelos diferentes segmentos populacionais. Assim sendo, o setor saúde é levado necessariamente a responder e enfrentar problemas em grande medida não gerados por ele, mas com raízes na esfera social, constituindo exemplo extremo as doenças profissionais, onde se tem a manifestação biológica da exposição do trabalhador a condições de organização e processo de trabalho absolutamente agressivos à sua saúde.

Finalmente, pelas características da atual conjuntura, marcada por um estilo de governo que compartilha com as ofensivas neo-liberais em voga, ao mesmo tempo que investe contra os setores organizados da sociedade, dominados e dominantes, tendo como seu principal interlocutor os pauperizados e carentes. Dessa forma, não só detecta-se uma série de medidas, a começar pelos "pacotes econômicos", que desorganizam a sociedade e o próprio Estado, como vislumbra-se a tendência a se constituir um Estado mínimo na área social que introduzirá mecanismos de seletividade e de focalização nos setores mais carentes, sob a égide do clientelismo e do assistencialismo.

---

É neste contexto que se coloca a questão das distintas formas de participação social, com distintas formas de organização, no

que diz respeito às políticas públicas, e às de saúde em particular, não estando excluída uma retração da presença do Estado no setor.

### III. Possibilidades e limites das ONGs da perspectiva da saúde

De início é necessário registrar que, no caso da saúde, o panorama que hoje se coloca, e explícito no plano quinquenal de governo, é o da focalização nos setores carentes, e em particular em programas da criança. Para tanto, a estratégia estabelecida consiste em enfatizar programas de combate às endemias, de assistência à criança, e de repasse de recursos para os setores públicos estadual e municipal sob a ótica da produtividade. A título de esclarecimento, no que diz respeito aos serviços públicos de assistência médica individual, o pagamento passa a ser feito, pelo governo central para os níveis estadual e municipal calculado em termos de produção (Autorização de Internação Hospitalar pública, por exemplo). E no que diz respeito ao repasse de recursos do nível federal diretamente para o municipal, os critérios utilizados consistem em: densidade populacional, produtividade, a constituição de um fundo específico para a saúde e a instituição de Conselhos Municipais de Saúde, onde está prevista a participação dos usuários dos serviços através de suas organizações de representação.

Em consequência, o que pode se vislumbrar enquanto perspectiva para o setor é, claro que com muito maior ênfase no discurso do que na prática, a extensão dos serviços públicos sob a ótica da produtividade, entendida como indicador de sua eficiência, e não em ter

mos de sua qualidade de atendimento, ao mesmo tempo que no âmbito da política econômica evidencia-se uma crescente limitação de recursos para a área social como um todo, à exceção da assistência social. Como resultado, vem se acentuando o traço assistencialista e clientelista das políticas sociais em geral, sobretudo nas unidades federais mais atrasadas, na lógica patrimonialista "cabocla" de apropriação privada da esfera pública.

O segundo registro é a mudança do modelo de atenção primária à saúde, já mencionado anteriormente, que tem agora no trabalho médico o núcleo do processo e da organização do trabalho. Em consequência, pode-se afirmar que enquanto na década de 70 a questão da universalização do acesso à saúde tinha como uma de suas propostas centrais a simplificação do modelo e a utilização dos recursos da comunidade - a medicina comunitária -, a partir dos anos 80 essa proposta, mesmo para as áreas mais pobres e de difícil acesso do país, deixa de ser viável. No presente, portanto, propostas e projetos de universalização da atenção à saúde baseiam-se num processo e organização tecnológica da atenção à saúde que, ao se basear no trabalho médico como fator indispensável e nuclear os delimitam nas fronteiras estritas da racionalização do trabalho, tanto no interior do setor como no interior das unidades de serviços.

Não obstante, todas as propostas - progressistas ou conservadoras - incluem a participação social; o que altera é o sentido que a ela imprimem. Os progressistas a assumem como uma participação ativa, no sentido do direito do cidadão, e os conservadores a assumem com um sentido passivo de fiscalização, quando não de cooptação.

Ambas as vertentes, no entanto, apresentam como traço comum qualificar a priori as demandas da população, sua vivência das carências que marcam seu cotidiano e sua disponibilidade para o exercício do controle público das políticas e dos serviços de saúde. Isso se reflete não só nos documentos oficiais - grande parte deles inspira dos nos preceitos (recodificados) do movimento sanitário - como na produção científica e documentos da reforma sanitária.

A realidade, no entanto, desafia esses pressupostos. De um lado, porque um determinado perfil de oferta de serviços já define a demanda sobre o setor, na medida em que é através dele que vai se constituindo, nos setores populares, a expectativa do que devam ser os serviços de saúde. De outro lado, porque no processo de constituição de sua identidade, os movimentos sociais ao se anteporem ao Estado o fazem sob o signo da "cidadania de sobrevivência", tal como de nominada por Valla, isto é, da cidadania da escassez: a ausência dos serviços sob responsabilidade do Estado coloca em risco a própria sobrevivência de grandes parcelas da população dado o quadro de ca rências em que vivem.

E nesse quadro de carências a prioridade da saúde não ocupa o primeiro lugar, sendo deslocada pela necessidade maior de medidas de segurança, sobretudo nos núcleos urbanos, mas agora também no meio rural. De fato, a violência é hoje um traço marcante de nossa soci edade, haja visto o fato de as causas externas serem a primeira causa de mortalidade nos grandes núcleos urbanos.

E quando a saúde é objeto de reivindicação, a representação mais imediata é a da assistência médica, se possível com alta presença de equipamentos, como é o caso do atendimento ambulatorial hospitalar. Isso porque o que norteia, do ponto de vista dos usuários, a procura de um determinado tipo de serviço de saúde por relação a outros é em primeiro lugar a proximidade ou o acesso que demanda menor número de utilização de transportes. Nos núcleos urbanos, como é o caso da capital paulista, o segundo fator norteador da procura consiste em "ter direito", o que no caso é referido somente aos serviços privados vinculados à previdência social. Isto é, no nível da representação social dos usuários, os serviços públicos de saúde não se constituem num direito, ao contrário dos serviços privados, aos quais os usuários passam a ter acesso através do contrato compulsório e contributivo da previdência social.

No entanto, no que diz respeito aos serviços de primeira linha, por definição públicos, a adesão a eles é bastante elevada, em particular no que diz respeito à atenção materno-infantil e aos programas de saúde da mulher. Fato compreensível, na medida em que tanto o período de funcionamento desses serviços quanto a sua exigência de presença periódica dos pacientes já os definem como primordialmente para o público infantil, feminino e da chamada terceira idade - no caso dos programas de adulto -, cuja inserção no mercado formal de trabalho, quando existe, é bastante mais fluída e intermitente do que o da força de trabalho ativa. Dessa forma, não basta só os serviços de primeira linha incorporarem - como vem sendo feito - a assistência médica individual articulada aos tradicionais programas da área da Saúde Pública, mas faz-se necessário sua adaptação para in

corporar também a força de trabalho ativa. Isso implica aumentar sua agilidade no atendimento, sua capacidade de resolução dos casos, e maior integração com os serviços diagnósticos - terapêuticos de referência.

Nesse quadro, qual o papel reservado às ONGs na busca de uma cobertura mais eficiente, mais equânime e mais universal do direito à saúde? De imediato há que se fazer uma primeira observação: a presença dos movimentos sociais na área da saúde é muito maior do que a das ONGs, aqui entendidas como entidades de apoio àquelas.

No que diz respeito aos movimentos sociais, no geral estes são reconhecidos pelos estudiosos como processos espontâneos de segmentos sociais aliçados dos mecanismos institucionais de participação política, e que buscam sua identidade e reconhecimento por meio de relações diretas sem intermediações com o Estado, frente ao qual estabelecem relações antagônicas centradas na mobilização reivindicativa frente ao poder público. Essa característica imprime a esses movimentos sociais uma vida espasmódica, tendo que permanentemente lutar para manter a mobilização para além do atendimento de suas demandas eventualmente atendidas.

Por outro lado, é-lhes atribuída (como às ONGs) a característica de negação in limine da prática institucional de participação política, bem como de qualquer outra forma de saber que não o seu próprio.

Se o debate desses temas polêmicos é intenso na literatura específica, o caso da saúde alerta para o fato de que esses preceitos não encontram respaldo imediato na realidade. Em primeiro lugar, porque as demandas sociais na área da saúde são delineadas pelo padrão de oferta dos serviços existentes, em que pesem a liderança e o discurso sanitarista. Em segundo lugar, porque esses movimentos sociais negam a política, mas reconhecem o Estado como seu interlocutor e, embora reticentes ou descrentes, quando solicitados participam das instâncias colegiadas da administração e dos serviços públicos.

Em terceiro lugar, articulado com o ponto anterior, porque suas demandas e meios de pressão e reivindicação tendem a esbarrar nos limites da conquista do serviço reivindicado, o que reforça a sua atuação como uma relação direta com o Estado, sem intermediações de outras instâncias.

Em quarto lugar, porque esses movimentos no geral se especializam por setores de reivindicação - saúde, moradia, educação, transporte, dentre outros -, sendo que suas práticas revelam a dificuldade de uma articulação entre os vários movimentos para uma luta conjunta e para o seu reconhecimento enquanto interlocutores legítimos no cenário político. Nesse sentido, esses movimentos tendem a se caracterizar como organizações de interesses, com objetivos limitados, assumindo os resultados a serem obtidos como bens coletivos. Em consequência, a luta pela construção de sua identidade decorre permanentemente de sua capacidade para garantir sua autonomia frente ao Estado, e as conquistas alcançadas por esses movimentos embora tragam con

sigo a possibilidade da ampliação da esfera da cidadania, raras vezes esse é o objetivo deliberadamente buscado.

Em que pese esses traços gerais, tanto os movimentos sociais quanto as ONGs no Brasil frequentemente sofrem influência de organizações políticas, tanto de tradição progressista quanto de tradição liberal ou conservadora. No primeiro caso, é acentuada a presença de organizações e partidos políticos progressistas, com forte predomínio da concepção do fortalecimento da presença e do papel do Estado. Para o setor saúde, isso se traduz em propostas como a da estatização imediata de todos os serviços de saúde, por exemplo. No segundo caso, da tradição liberal ou conservadora, na medida em que essas organizações assumem um outro tipo de relação com as massas, a tendência é a da defesa da participação da comunidade no esforço comum de substituição do Estado onde este é omissivo ou onde sua presença é insuficiente ou precária.

Dessas distinções decorrem duas implicações centrais: a) uma diferenciação política no que diz respeito a como trabalhar com as demandas e necessidades das massas populares - como direito social, e portanto com os aspectos político-institucionais daí decorrentes, ou como atitude caritativa e humanitária, sobressaindo-se os aspectos de determinados padrões éticos articulados à ênfase na estabilidade social e na manutenção (agora legitimada) das desigualdades sociais; e b) uma diferenciação entre essas organizações quanto à sua capacidade de penetração nos movimentos e organizações dos estratos sociais populares, onde levam vantagem aquelas organizações sob influência progressista. Parece não haver dúvida que em sociedades co



mo as nossas o espaço da solidariedade encontra-se cada vez mais limitado pela premência da sobrevivência em condições cada vez mais degradadas.

Acentua a complexidade desse quadro o perfil histórico - e crônico - de atuação do Estado brasileiro no ordenamento das políticas econômicas e no desordenamento das políticas sociais, que levam a uma crescente disparidade social e regional do país. Em muitas dessas regiões o problema básico termina sendo o acesso a serviços e equipamentos sociais, que dadas a situação de penúria econômica e de baixa ou quase nenhuma capacidade de organização das forças sociais, fica na dependência exclusiva do poder público, que na grande maioria das vezes significa dependência do governo central. Neste caso em particular, no que diz respeito à saúde, praticamente inexistente espaço para atuação das ONGs, fazendo o próprio governo central as vezes destas por meio de intervenções tópicas, buscando ao mesmo tempo envolver a comunidade, propiciar o acesso, mesmo que pontual, daqueles setores pauperizados aos serviços, e ainda garantir a presença do Estado nessas localidades e regiões.

Ademais, a tradição da atuação das ONGs na área da saúde é bastante pequena se comparada com outras áreas como habitação, escolas comunitárias, e guarda e cuidado de crianças. Quando ela ocorre, centra-se, em sua grande maioria, no atendimento de crianças excepcionais, de deficientes físicos, e controle de natalidade, sendo bastante mais reduzida a presença de ambulatórios médicos mantidos por ONGs; e quando há, no geral são mantidos por entidades religiosas, com destaque para as católicas.

Finalmente, qual o tipo de participação das ONGs no atendimento de primeira linha, em particular onde o Estado está ausente ou diante de uma possível tendência de retração da sua presença? Aqui parece haver uma confluência entre a representação dos movimentos sociais e das ONGs. Essa confluência reside na sua recusa ou mesmo resistência em assumir diretamente os serviços.

Isso por vários fatores. Um deles, a própria tradição do ideário dos setores progressistas sobre a função do Estado. Este, e por decorrência a autoridade mais próxima que o representa, é entendido como o principal responsável por atender e solucionar as demandas e carências sociais mais sentidas pelos segmentos sociais mais desfavorecidos. Dessa forma essas demandas e carências, do seu ponto de vista, só podem ser adequadamente enfrentadas através da intervenção direta do Estado. Os problemas passam, assim, a ser fundamentalmente do Estado e para o Estado, como o interlocutor único de reivindicação e pressão. E ao mesmo tempo, o Estado é visto com descrédito e desconfiança por não atender, ou atender muito parcialmente, as expectativas dos demandantes.

No caso específico da saúde acresce-se um outro fator: a mitificação do "saber técnico", tido como condição indispensável para a assunção de funções mais diretas na prestação dos serviços de saúde. Aqui, portanto, repete-se a postura básica em relação ao Estado: delega-se àqueles que detêm o "saber técnico" (no caso aos agentes do Estado) a resolução dos problemas de saúde, reservando-se os movimentos sociais e as ONGs o papel de auxiliares na detecção desses problemas e de pressão de reivindicação para o atendimento das demandas

sentidas pela população. Estabelece-se, assim, uma "especialização social", onde uns são os diagnosticadores por excelência, enquanto os outros são aqueles que prescrevem e administram as terapêuticas re queridas.

Um terceiro fator de peso é a ameaça que a participação das ONGs na gestão pública do setor, ou mesmo dos serviços pode signifi car para sua autonomia frente ao Estado e à política. Nesse sentido, a pesquisa que vem sendo desenvolvida pelo CEDEC, e viabilizada pela Interamerican Foundation, sobre a experiência da capital paulista traz valiosas informações. A proposta da gestão municipal é a da par ticipação popular - através de suas organizações - na formulação e gestão da política e dos serviços de saúde. Não obstante, nota-se que muito frequentemente essa participação assume, na concepção dos usuá rios, a forma de fiscalização e demandas de medidas resolutivas dos problemas, e de alerta permanente ao perigo da cooptação.

Registra-se, ainda, que quando a organização e/ou movimento por saúde é mais consolidado, o risco da perda de autonomia e da coop tação é percebido como sendo menor, embora sempre presente; já no ca so dos movimentos e organizações mais embrionárias essa experiência vem apresentando um refluxo acentuado: participar da gestão é ameaça ao próprio movimento e à própria ONG.

Mas participar significa, do ponto de vista desses atores so ciais, a necessidade de buscar e de formar novas lideranças popula res, não só no sentido das ações políticas pertinentes mas sobretudo da informação técnica necessária que a especificidade da saúde exi

ge. Nesse sentido essa experiência de São Paulo assume particular importância tanto enquanto proposta de um modelo alternativo para se fazer frente às distorções do sistema de saúde do país, quanto em termos da formação de uma consciência sanitária por parte desses segmentos sociais.

No entanto, quando o risco da cooptação, que de fato existe, não está presente, certamente o estabelecimento de uma certa cumplicidade entre Estado e ONGs e/ou movimentos sociais acontece. Acaba por se estabelecer uma dependência mútua onde estas de certa maneira encontram no atendimento de suas demandas a sua fonte maior de sobrevivência, e o Estado na pressão daquelas maiores possibilidades na negociação de recursos para o setor frente aos demais setores, bem como maior legitimidade e apoio para enfrentar interesses corporativos e/ou privados, quando é o caso.

Por último, pelo encaminhamento até aqui dado à questão das ONGs frente à tendência à privatização da responsabilidade pública, vislumbra-se como possibilidade para essas organizações um papel extremamente importante, que é o de formação e socialização da informação sobre as questões relativas à saúde para que movimentos sociais possam emergir de maneira independente e autônoma. Não se trata aqui da defesa do voluntarismo, mas ao contrário, reafirma-se o fato de a superação da condição de população assistida para a de cidadãos requer a formulação, por parte desses sujeitos sociais, de um projeto em torno do qual se organizem e se mobilizem.

Resta saber se a saúde, que certamente é um fator que possibilita e favorece a organização desses segmentos sociais, constitui-

se igualmente num fator que os mobilize, ou os matenha mobilizados. Talvez seja exigir muito dessa estranha e diáfana entidade que é a saúde. Mas certamente o combate às injustiças sociais nos países la tino americanos têm nela uma condição essencial.

**BIBLIOGRAFIA**

AZEVEDO, S. e PRATES, A.A.P. - Movimentos Sociais, Ação Coletiva e Planejamento Participativo, Belo Horizonte, 1990, mimeo.

COHN, A. - Da Política da Desigualdade à Proposta da Equidade - Processos Políticos e Saúde no Município de São Paulo, 1990, CEDEC, São Paulo, mimeo.

COHN, A., JACOBI, P., KARSCH, U.S. e NUNES, E. - A Saúde como Direito e como Serviço, Ed.Cortez, CEDEC, São Paulo, no prelo.

COVRE, M.L.M. (org.) - A Cidadania que não temos, Ed. Brasiliense, S. Paulo, 1986.

DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. - Saúde e Sociedade, Livraria Duas Cidades, São Paulo, 1976. Especialmente Parte II: Medicina Comunitária.

DRAIBE, S.M. - "As Políticas de Combate à Pobreza na América Latina", in: São Paulo em Perspectiva. Fundação SEADE, abr/junho 1990 - vol.4, nº 2, pp.18-24.

HIRSCHMAN, A.O. - El avance en colectividad - Experimentos populares en la América Latina, Fonde de Cultura Económica, México, 1986.

ISUAMI, E.A. - "Crisis, Estado y Opciones de Política Social", UNICAMP - Seminário Internacional Economia, Estado e Saúde, julho de 1990, mimeo.

JACOBI, P. - Movimentos Sociais e Políticas Públicas - Demandas por Saneamento Básico e Saúde - São Paulo 1974-84, Ed.Cortez, São Paulo, 1989.

MARTES, A.C.B. - "A política e os movimentos sociais", CEBRAP, São Paulo, 1989, mimeo.

NEPP/UNICAMP - Brasil 1987 - Relatório sobre a Situação Social do País, UNICAMP, Campinas, 1989.

NUNES, E. - "Carências e Modos de Vida", in: São Paulo em Perspectiva, Fundação SEADE, abr/junho 1990, vol.4, nº 2, pp.2-8.

VALLA, V.V. e SIQUEIRA, S.A.V. - "O centro municipal de saúde e a participação popular" in: Costa, N.R. et alii (org.) - Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde, Ed.Vozes/Abrasco, Rio de Janeiro, 1989, pp.91-115.