AS POSSIBILIDADES DE CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

FRANCISCO DE ASSIS MACHADO*

1. Introdução; 2. Vestindo a camisa da tecnoburocracia; 3. Descobrindo o povo; 4. Montes Claros — a substituição da arrogância técnica pela primazia da ação política; 5. Piass — o uso do político para controle do poder tecnoburocrático; 6. A extensão do Piass em Minas — uma nova derrota da tecnoburocracia e uma nova punição; 7. As Ações Integradas de Saúde em Belo Horizonte — um trabalho mais amadurecido; 8. O Inamps — uma visão do que não deve ser; 9. Algumas reflexões sobre a experiência descrita; 10. Nossa posição atual.

Relato da experiência de trabalho na direção e implementação de programas de saúde coletiva enfrentando o desafio de operar transformações nas estruturas estatais, implementadoras das políticas, para quebrar o poder tecnoburocrático que impede o controle pluralístico e democrático do Estado e a racionalidade das instituições. Sugestão para democratizar as instituições, de modo a não substituir o dissenso por práticas de dominação, exclusão ou manipulação, mas explicitá-lo e submetê-lo à discussão pública sob a mediação de organizações políticas — os partidos.

1. *Introdução*

Segundo Wanderley G. Santos, nos últimos 20 anos o Brasil passou por transformações econômicas e sociais "sem paralelo na história universal", as quais não foram acompanhadas por mudança de igual intensidade no plano político.[1] Exagero ou não, a verdade é que, nas últimas três décadas, as relações Estado/sociedade entraram numa crise de ajustamento, em parte pela velocidade das mudanças no plano econômico-social e em parte pela incompetência das organizações que conduzem os diferentes grupos sociais nas suas lutas políticas. Destaca-se, neste sentido, o "atraso" dos políticos, mais afinados com os interesses da burguesia, incapazes de compreender o quadro atual e as transformações havidas e que, "quando o novo aparece na sua frente e diz boa-tarde, tratam de repudiá-lo".[2]

A perplexidade diante do novo impede os partidos políticos de formularem propostas mais claras, precisas e coerentes de um novo arranjo institucional mais

* Professor assistente no Departamento de Medicina Preventiva e Social e membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição da UFMG. (Endereço do autor: Av. Alfredo Balena, 190/9.° — 30.130 — Belo Horizonte, MG.)

1 Santos, W. G. O caminho do novo. *Veja*, São Paulo, Abril, (962):5-8, 11 fev. 1987.

2 Id. ibid.

favorável aos objetivos que prometem alcançar para atendimento dos interesses que dizem representar. Ou, em outras palavras, diante de uma estrutura sócio-econômica que avança, os partidos não conseguem identificar e formular as mudanças que devem ser operadas nas estruturas estatais e as respostas que — sob a forma de políticas públicas — devem dar aos novos problemas colocados pelas lutas políticas de classes.[3] Daí a avalanche de votos brancos e nulos nas últimas eleições e a derrota fragorosa dos partidos que defendem transformações mais profundas, ultrapassando o atendimento dos interesses mais imediatos.[4]

E se em algum setor — como parece ser o caso da saúde — a clarividência, proporcionada por um processo mais avançado de compreensão dos problemas e de formulação de soluções, permitiu incluir nos programas de todos os partidos populares as reformulações mais indicadas, incorporando-as aos planos de governo da Nova República, e possibilitou que agentes das mudanças sugeridas ocupassem lugares de poder nas instituições do Estado, as perplexidades também se apresentam inibindo mudanças. Aqui, elas se manifestam na incapacidade de operacionalizar o discurso, certamente muito mais relacionada com dificuldades do "agir comunicativo"[5] — exigente de uma postura dialógica — o que se tenta solucionar com fórmulas técnico-administrativas, como comissões de alto, médio e baixo níveis, conselhos, inclusive "comunitários", com participação majoritária ou minoritária de representação do Estado, municipalização, para colocar o poder mais próximo do povo, etc. Desta maneira, contorna-se o problema da convivência democrática entre correntes de pensamento político diferentes e pode-se apresentar uma das correntes como a mais universal, a mais verdadeira, a mais legítima.

O desafio colocado para todos nós, que militamos na saúde e desejamos, de algum modo, caminhar para uma democracia mais real, não é tanto o de compreender o "novo" de Wanderley ou o de inscrever nas políticas públicas as respostas que a sociedade requer para o setor. Nosso desafio é operar transformações nas estruturas estatais implementadoras das políticas, de modo a quebrar o poder tecnoburocrático que, pelos seus interesses específicos e suas ligações funcionais com os grupos dominantes da sociedade, impede o controle pluralístico e democrático do Estado e a racionalização das instituições, de modo a torná-las eficientes na prestação de serviços ao povo. Uma racionalização que, nos termos e objetivos aqui propostos, "só se pode perfazer num meio de interação verbalmente mediatizada, a saber, por uma descompressão no domínio comunicativo. A discussão pública, que não sofre restrições e é isenta de dominaão, sobre a adequação e a convivência de princípios e normas que orientam o agir à luz dos reflexos sócio-culturais" (...) "uma comunicação dessa espécie, em todos os níveis dos processos políticos e repolitizados de formação da vontade, é o único meio no qual algo" como tal racionalização é possível.[6]

[3] Wright, Eric Olin. *Classe, crise e o Estado*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
[4] Sobre a idéia da contradição entre os interesses imediatos (na defesa dos quais lutam os sindicatos) e os interesses fundamentais (na defesa dos quais lutam os partidos), que freqüentemente ocorre nos períodos de normalidade política e somente deixa de existir em situações revolucionárias, ver Wright, Eric Olin. op. cit.
[5] Habermas, Jurgen. Técnica e ciência enquanto ideologia. In: Benjamin, Walter; Horkheimer, Max; Adorno, Theodor W. & Habermas, Jurgen. Textos escolhidos. 2 ed. São Paulo, Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores, 48.)
[6] Sobre a idéia do "agir comunicativo", ver Habermas, Jurgen. op. cit.

A discussão pública da implementação das políticas, que se realiza através das instituições estatais, só poderá efetivar-se sem os riscos de manipulação populista e corporativa, se mediatizada por partidos políticos articulados com os vários interesses conflitantes e contrapostos no interior daquelas instituições.

Nosso desafio é, em suma, democratizar as instituições de modo a não suprimir o dissenso por práticas de dominação, exclusão ou manipulação e sim explicitá-lo e submetê-lo à discussão pública sob a mediação de organizações políticas.

Responder a tal desafio significa encontrar instrumentos e mecanismos que viabilizem a convivência de pontos de vista diferentes ou divergentes, assumir com sinceridade uma disposição dialógica e renunciar às práticas exclusivistas que favorecem objetivos ou metas particularistas de grupos ou facções. Significa resgatar experiências vividas que tiveram o propósito de abrir instituições do Estado ao controle popular, não para recolocar fórmulas e receitas antigas sob uma roupagem nova ou apenas "atualizada", mas para superá-las num sentido dialético.

E porque acreditamos que as experiências, mesmo as mais modestas, podem contribuir para a reflexão dos temas que propusemos desenvolver, aceitamos apresentar o que resultou, em nosso pensamentos, dos 15 anos de trabalho na implantação e direção de programas experimentais na área de saúde coletiva. Programas que procuraram concretizar políticas formuladas para o setor saúde no Brasil nos últimos 20 anos. Optamos pelo relato numa ordem mais ou menos cronológica, deixando para colocar, ao final, nosso ponto de vista atual.

2. *Vestindo a camisa da tecnoburocracia*

Em 1971, já no fim do ano, tivemos o primeiro contato com o Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, que representava as idéias de setores mais modernos do segundo escalão da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. No Brasil, o ambiente de euforia do "milagre" expressava a satisfação das camadas médias com a condução dada pelos técnicos ao governo. Em Minas, Rondon Pacheco garantia a não-interferência dos políticos na administração pública. Esta, por sua vez, já sofria um processo de reforma administrado pelo Etra (Escritório Técnico de Racionalização Administrativa), criado pelo governador Israel Pinheiro — um dos implementadores do Plano de Metas de Juscelino — em cumprimento às disposições do Ato Institucional n.º 8.[7] Em cada secretaria de estado, as assessorias de planejamento e coordenação, estreitamente vinculadas ao Conselho Estadual de Desenvolvimento (órgão que centralizava o planejamento no estado), comandava a reforma.

Racionalidade e eficiência eram as palavras de ordem nas diferentes repartições públicas. A multiplicação de siglas com o prefixo pro (de projeto) era motivo de ironias do pessoal mais tradicional, mas refletia a ascensão e o prestígio dos técnicos.

[7] O Ato Institucional n.º 8, de 2 de abril de 1969 (*Lex*, 33:410, 1969), determina que todos os estados e grandes municípios realizem reformas administrativas orientando-se pelas diretrizes de centralização normativa e descentralização administrativa.

O convite para dirigir o programa surgiu de um ex-companheiro de Ação Católica (da Juventude Universitária Católica-, que, a exemplo de inúmeros outros, ocupava lugar importante nos serviços públicos. Aliás, um fato que inicialmente muito nos surpreendeu foi a quantidade de elementos "de esquerda" ocupando cargos prestigiados nas secretarias de governo e justamente nos centros dinâmicos do processo de modernização (assessoria e planejamento, na maioria dos casos). Só mais tarde, ao ver *Gota d'água,* de Chico Buarque e Paulo Pontes, pudemos compreender o porquê disso. Acho que cumpríamos o papel do Jasão.[8]

Com orgulho e entusiasmo, deixamos uma situação cômoda e confortável de médico na Cemig e aceitamos a "missão" de implantar a "minisecretaria" de saúde no vale do Jequitinhonha, sem consciência de que iniciávamos um importante "lance" a favor dos novos senhores da máquina estatal: os portadores da ideologia tecnocrática. Não há qualquer indício de que o programa que deveríamos implantar fosse elaborado segundo o processo Cendes/OPS, que orientara a formação dos novos técnicos da secretaria, exceto pelo seu caráter normativo e prescritivo. Compunha-se de subprogramas que tradicionalmente orientavam as ações da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde, chamados de *verticais* porque cada um tinha sua própria estrutura técnico-burocrática com relações de poder realizando-se *em linha,* a partir do nível federal até o local, passando pelo estadual e regional, sem qualquer subordinação ao governo estabelecido nestes últimos.

Tínhamos, então, como objetivo estabelecer ações de controle sobre a doença de Chagas, a tuberculose, a hanseníase e as doenças transmissíveis imunizáveis, embora, como demonstra Machado,[9] se fossem aplicados os critérios de priorização Cendes/OPS, devêssemos cuidar de controlar as diarréias, doenças respiratórias agudas, etc. Nosso programa teria, como ficou claro mais tarde, muito mais o objetivo de afirmar o planejamento em saúde sem anunciar *guerra* aberta ao tradicional sanitarismo, mas conquistando bases para a sua derrocada.

Cumpre ressaltar que, naquele momento, nossa visão das relações entre os serviços e a população era a de uma natural subordinação desta às normas daqueles. Por isso mesmo, levávamos um "bom" programa de educação para a saúde, que tinha como objetivo explícito obter da população um comportamento mais adequado ao desenvolvimento de nossas ações. Assumíamos, com todo vigor, as críticas ao tradicionalismo e a apologia da modernidade.

3. *Descobrindo o povo*

A transformação do nosso ponto de vista sobre participação comunitária dá-se num processo que se desenvolve em três aspectos:

[8] Na peça *Gota d'água,* uma adaptação de Medéia feita por Chico Buarque e Paulo Pontes, Jasão é um malandro carioca, líder de um cortiço, que, devidamente cooptado por Creonte, o proprietário, é ensinado a manipular os inquilinos.

[9] Pinto Machado, apud Pinto, Itamar Tathuy Sardinha. *Redução da mortalidade de menores de cinco anos através de saúde pública: a importância relativa do programa de vacinação.* Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, Programa de Informação e Integração Médica do Sistema Operacional de Saúde Pública, 1984. p. 57.

a) nas relações internas da equipe regional, descritas em dois documentos[10] que levam à percepção de que qualquer funcionário, independentemente da função que exerce, pode contribuir de modo relevante e, às vezes, definitivo, para a solução de problemas colocados pelo cotidiano da condução dos serviços. E isto nos leva ao reconhecimento e à valorização do conhecimento empírico e da participação de pessoas, até certo ponto representativas dos usuários (pela sua situação de vida), nas decisões da direção dos serviços;

b) nas relações com a população, que nos foram, já antes de findar o primeiro ano de execução do projeto, a abandonar nossa postura preventiva e de responsáveis pela definição do que era prioritário ou não para o povo, em termos de saúde. Fomos obrigados, pela pressão de demanda, expressada através de canais de representação política (vereadores, prefeitos, etc., ou diretamente, pela não-cooperação com nossos trabalhos, a transformar nossas "unidades sanitárias" em ambulatórios gerais. Tivemos de compreender que uma população, preocupada permanentemente com a sobrevivência imediata (buscando meios de comer "o jantar de hoje ou o almoço de amanhã"), jamais poderia se deixar guiar por uma atitude preventivista em saúde. Mesmo porque quem estava morrendo de diarréia e pneumonia não tinha motivo algum para tentar evitar uma hipotética coqueluche, difteria ou mesmo doença de Chagas. Descobrimos, então, que há racionalidades diferentes informadas por necessidades também diferentes. Aqui se deve registrar o fracasso do Subprograma de Educação para a Saúde, com todos os recursos usados e realizado através de uma equipe competente e que contava com a participação de psicólogo social, comunicador, sociólogo, assistente social, educadores, etc.;

c) finalmente, nas relações com companheiros que desenvolviam programas de medicina comunitária em outras regiões do país. Destes programas, pudemos utilizar conceitos e críticas que permitiram uma reflexão mais sistemática sobre nossas experiências, fazendo-nos mergulhar num processo irreversível de aprendizado que nos iria cobrar, em repetidos momentos, rupturas radicais em nosso posicionamento político-ideológico.[11]

A aproximação com a comunidade permitiu-nos também perceber que esta não existia enquanto interesse comum, pelo menos no que se referia a necessidades básicas. Pelo contrário, os interesses eram diferentes, na maioria dos casos, contraditórios e, muitas vezes, antagônicos. E se quiséssemos ir mais fundo em nossos propósitos preventivistas, acabaríamos esbarrando em questões insolúveis, a nível de medicina, como as relativas à posse da terra, salários mais justos, etc. As tentativas de mobilizar o povo em torno de temas relacionados com a saúde nunca conseguiam reunir mais que algumas dezenas de pessoas, mesmo assim depois de muita propaganda ou de coação dos chamados líderes locais (leia-se oligarquia local).

[10] Machado, F. A. Participación del personal en servicios de salud pública. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, *84*(6):471-80, jun. 1978; ———. Saúde e comunidade: a expressão dos conceitos na prática de dois programas de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *13*(4):71-8, out./dez. 1979.

[11] Referimo-nos ao convívio intelectual com companheiros de trabalho identificados com diferentes correntes do pensamento marxista, o que nos levou à ruptura com uma posição religiosa-reformista e anticomunista.

Por último, vale a pena registrar que as tentativas de conduzir de forma utilitária a participação dos funcionários na direção foram contidas pelo questionamento das diferenças de salários que, de forma cada vez mais clara, demonstravam ser desproporcionais à contribuição de cada categoria ao funcionamento dos serviços. Foi como se tivesse sido revelado o fato de que nunca se poderá concretizar em nossa sociedade o princípio "de cada um, segundo sua capacidade; para cada um, segundo seu trabalho".

Assim, ao final de 1974, enquanto, no país, o regime autoritário sofria sua primeira grande derrota eleitoral, o "milagre" entrava em crise e a tecnocracia caía num processo de desgaste, nós descobríamos o saber do povo, suas diferentes necessidades e interesses, a inexistência da comunidade e o desinteresse da população, em particular, pela organização e administração dos serviços de saúde. E note-se que já naquele momento propunha-se e tentava-se criar os conselhos comunitários que, ainda hoje, ressurgem em várias receitas de democratização de instituições estatais.

4. *Montes Claros — a substituição da arrogância técnica pela primazia da ação política*

O Programa de Montes Claros já fora elaborado a partir da visão de organização sistêmica das atividades produtivas e das relações sociais, adotando o planejamento uma postura compreensiva diante das relações serviços/população. Mais que controlar algumas doenças priorizadas, propunha-se a testar modelos assistenciais adequados a populações rurais dos chamados "bolsões de pobreza", onde o Estado deveria intervir para intensificar a modernização das relações de produção (ou, em outras palavras, para intensificar o desenvolvimento capitalista). Não se escondia o propósito central de buscar modelos assistenciais que possibilitassem a extensão da cobertura de serviços de saúde a baixo custo.

Em essência, o modelo assentava-se nos princípios de organização científica do trabalho, segundo a velha receita taylorista. Neste sentido, foram realizadas experiências de fragmentação do ato médico em tarefas cuidadosamente estudadas e sua recomposição em atividades atribuídas a diferentes trabalhadores que iriam compor a nova equipe de saúde, cujo elemento nuclear deixava de ser o médico e passava a ser o auxiliar de saúde. Além disso, separava-se o trabalho intelectual, a ser cumprido nas equipes regionais ou no planejamento da secretaria, e o trabalho manual, a ser executado nos serviços de saúde. É verdade que muitos motivos se cruzaram no desenrolar da execução do programa, redefinindo objetivos e conciliando interesses.[12]

No que diz respeito à participação comunitária, além de receber as propostas e justificativas habituais, ela era contemplada por uma das mais importantes diretrizes do modelo: a descentralização, vista como instrumento de transferência do poder para a periferia, *tornando-o mais permeável à influência* dos usuários (alguma coisa parecida com a justificativa mais comumente ouvida para as atuais propostas de municipalização dos serviços de saúde).

[12] Stralen, Cornelis J. V. O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas — um programa social como processo político. Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, 1985. Dissertação de mestrado em ciência política, UFMG, Belo Horizonte. mimeo.

A implementação iniciou-se com a incorporação de tudo o que pareceu positivo na experiência do vale do Jequitinhonha, principalmente porque a equipe de direção do novo programa provinha dali: a democratização das relações internas da equipe regional, uma nova perspectiva de participação comunitária, uma percepção mais realista dos limites do conhecimentos técnico e — em contraposição — a importância do saber popular. Mas o mais importante que se carregou para Montes Claros foi a descoberta de que as normas podem ser questionadas e reformuladas, de que não são necessariamente corretas, de que quase sempre trazem em si a cristalização de interesses particulares e de que há sempre um espaço a ser explorado pela curiosidade, criatividade e iniciativa de seus executores.

Para constituir a equipe regional, a direção optou por não contratar quem já tivesse muita experiência ou fosse egresso de cursos de especialização na área de saúde pública. Havia a preocupação de se evitar que as pessoas se integrassem aos projetos portando preconceitos, normas e concepções prontas ou acabadas, ou seja, que chegassem com a "cabeça feita". Intuía-se que seria de fundamental importância a formação de pessoas no próprio processo de implantação do programa, para que sua criatividade e *crescimento* não fossem limitados por quaisquer pré-direcionamentos. A supervalorização do processo como fonte de formação e capacitação de pessoal parece ter significado, nas fases iniciais, uma certa postura antiintelectual e antiteórica, uma forma de resistência aos marcos teóricos tecnográficos que persistiram até muito mais tarde, quando se chegou a outros marcos teóricos.

Decidiu-se refazer todo o diagnóstico a partir da checagem de dados a nível local, com equipes designadas para cada microregião e atribuindo-se a todos os seus membros (supervisores, motoristas, pessoal administrativo) iguais responsabilidades. Recomendava-se a maior preocupação possível com a observação do modo de viver do povo, sua visão das coisas em geral e dos serviços de saúde em particular, a estrutura de poder local, etc. Durante seis meses, oito equipes cobriram 42 municípios, numa área de 120.000 m².

Todas as atividades do programa apoiavam-se numa condução que se procurava a mais participativa e democrática: às atividades do Conselho Técnico-Administrativo — eleito e constituído por representantes de todas as categorias profissionais da equipe regional em proporção ao número de funcionários de cada categoria e que dividia, com a direção, a responsabilidade pelas principais decisões — somava-se a assembléia geral das segundas-feiras, quando todos tinham oportunidade de questionar qualquer decisão, fazer críticas e considerações a respeito de qualquer aspecto do programa e apresentar propostas, que eram votadas e levadas para decisão final da direção.[13] Em certo momento, foi criado um comitê de defesa da participação para julgar e corrigir medidas ou normas que pudessem dificultar a participação.

A participação popular deixou de ser um meio e passou a ser um fim em si, ainda que a estratégia para se chegar a ela se apoiasse em pressupostos ingênuos, refletindo o voluntarismo pretensioso que se constituíra a partir dos êxitos obti-

[13] Já transparecia, então, a preocupação de que não fosse escamoteado o fato de que a decisão final está com os que detêm o poder oficial e não com os mecanismos informais de deliberação (assembléias, conselhos, etc.).

dos em termos da democratização das relações internas da própria equipe.[14] Assim, o treinamento de auxiliares de saúde transformou-se numa espécie de curso para formação de agentes "revolucionários" para mobilizar e conscientizar o povo. Esperava-se realizar, com esses agentes, verdadeiras transformações nas relações político-sociais, levando o povo, através da discussão de temas ligados à saúde, a um grau de consciência e de organização suficiente para modificar suas condições de vida.

Obviamente, a frustração de propósitos, tão ingenuamente pretensiosos, não demorou muito a chegar. No segundo ano de execução do projeto já se percebeu que os laços de solidariedade possíveis, nas condições objetivas do Norte de Minas, em 1975, eram muito mais fortes entre o povo e o poder local do que entre o povo e agentes organizadores externos. Percebeu-se a necessidade de considerar os canais políticos tradicionais para qualquer ação mais conseqüente. Essa percepção se refletiu na substituição da supervisão tradicional pela *reunião de módulo básico* (algo como um seminário mensal, a nível de município, reunindo trabalhadores de saúde, lideranças políticas locais, sindicatos, usuários, etc.), para discutir problemas relacionados com o funcionamento dos serviços e combinar providências.

5. *Piass — o uso do político para controle do poder tecnoburocrático*

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento (Piass) tinha os mesmos objetivos e diretrizes do de Montes Claros. Criado por decreto presidencial em agosto de 1976, tinha em sua direção um grupo executivo interministerial (Gein) que implementava suas decisões através de uma secretaria técnica e tinha representantes dos Ministérios da Saúde, do Interior e da Previdência, bem como da Secretaria de Planejamento da Presidência da República.

Durante 1977, adotou-se uma estratégia de divulgação do programa junto aos estados do Nordeste e de discussão, em seminários, dos padrões e modelos básicos que deveriam orientar sua implantação. Objetivava-se, assim, "vender" o programa para o poder político e obter a adesão da tecnoburocracia do Ministério da Saúde e dos estados. Se a propaganda foi bem-sucedida, dadas a extrema pobreza dos recursos dos estados para o setor de saúde e a perspectiva de uma nova e rica fonte de recursos, os seminários vieram a constituir oportunidades de enfrentamento muito favoráveis à tecnoburocracia tradicional do Ministério da Saúde e dos estados liderados pela Fundação Serviços de Saúde Pública, FSESP. Ao final de 1977, o aguçamento de conflitos leva a um impasse que ameaça a implantação do programa.

Em outubro de 1977 assumimos a direção da Secretaria Técnica do programa em um momento crítico. E aí tiveram importância a experiência e os ensinamentos obtidos no Programa de Montes Claros. Nossa primeira providência foi suspender os encontros e seminários programados e implementar uma nova estratégia de condução, que permitisse contrapor ao poder tecnoburocrático a força dos políticos interessados no programa pelo seu potencial eleitoreiro. Assim, a partir de 1978, as discussões em torno do programa passaram a se dar

[14] Somarriba, Maria das Mercês G. Community Health and class society: the programme of Norte de Minas, Brasil. Sussex, Sussex University, 1978. Tese de doutorado, Sussex University, Sussex. mimeo.

em reuniões do Gein, realizadas nos estados, abertas à participação de lideranças políticas, com a presença de todos os secretários de Saúde do Nordeste. Decidiu-se também que, observadas diretrizes gerais de máxima cobertura potencial e de baixo custo, seria permitido a qualquer estado ou instituição envolvidos no programa experimentar modelos e padrões a serem posteriormente avaliados e, se aprovados, incorporados às normas em elaboração.

A estratégia demonstrou ser plenamente correta. Ao final de 1978, em memorável reunião realizada em Montes Claros, o programa foi definitivamente apropriado pelos estados, o que ficou expresso numa carta firmada por nove secretários de Saúde presentes, dirigida aos ministros envolvidos, exigindo a continuidade e o reforço do Piass.[15]

Mas a derrota imposta aos burocratas mais tradicionais não ficou impune. Na transição do ministério, quando assume o governo Figueiredo, ocupa a Secretaria Geral do Ministério da Saúde um dos mais arrogantes elementos da "velha guarda", e, poucos meses depois, o coordenador da Secretaria Técnica é exonerado.[16]

6. *A extensão do Piass em Minas — uma nova derrota da tecnoburocracia e uma nova punição*

Em Minas Gerais, os êxitos relativos dos Programas do Vale do Jequitinhonha e de Montes Claros serviram para a substituição de uma velha tecnoburocracia, sustentada e articulada pelo clientelismo político tradicional, por uma nova tecnoburocracia, sustentada pela técnica e pela ciência enquanto ideologia e que domina a Secretaria de Saúde no período de 1972 a 1978. Em 1978, a erosão da legitimidade do regime atinge também o prestígio dos "técnicos" e, o "político" ganha progressivamente poder à medida que caminha a abertura. Assim é que, em 1979, o novo secretário de Saúde de Minas, um dos mais tradicionais políticos do ex-PSD, adota critérios estranhos ao domínio tecnocrático para constituir o segundo escalão da Secretaria.

Neste contexto, após nossa exoneração do Ministério da Saúde, assumimos, na Secretaria de Saúde, uma função de adjunto na Assessoria de Planejamento, com o compromisso específico de encaminhar a ampliação da abrangência do Piass a todo o estado (até então se restringia ao Norte de Minas). Recebemos uma oposição tão forte e organizada entre os técnicos da secretaria que nem mesmo para discutir nossa proposta conseguíamos reunir mais do que 10 pessoas. Para que nosso pensamento e plano de trabalho se tornassem conhecidos, tivemos de lançar mão de alguma esperteza.[17] Pelo fato de termos nossas intenções conhecidas, conseguimos alguns novos aliados. E, em pouco mais de quatro

[15] Pellegrine, Alberto et alii. *Piass — o relato e a análise de uma experiência*. Brasília, 1979. mimeo.

[16] É interessante notar que, após a queda do ministro em questão, seis meses depois, tecnoburocratas vinculados ao novo esquema de poder do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, Opas, tidos como progressistas, vetam nosso retorno à coordenação da Secretaria Técnica do Piass e passam a exercer o poder de forma muito mais centralizada do que antes.

[17] Deixamos "esquecidos" em uma mesa dois documentos com o aviso de *Confidencial*, um analisando a conjuntura da secretaria e outro contendo nossas intenções de trabalho. Vinte e quatro horas depois, inúmeras cópias eram lidas em todos os lugares.

meses, mobilizamos, através de supervisores regionais, cerca de 500 prefeituras municipais para "conquistar" o Piass.

Estendido o Piass para todo o estado e já contando com os recursos para a reestruturação da rede física e o custeio de novos serviços, buscamos a reformulação do Curso de Saúde Pública, que nos propiciaria difundir idéias com as quais afinávamos. O novo curso foi organizado em módulos de concentração, com duração de uma semana, orientando o estudo de temas articulados, de maneira a permitir que as pessoas pudessem ser treinadas sem se afastarem de suas atividades. O número de vagas foi aumentado de 20 para 60, preenchidas principalmente a nível regional.

Ao final de dois anos, quando todas as condições para consolidação de uma condução menos tecnocrática são obtidas, ocorre uma reforma no secretariado. A Secretaria de Saúde é ocupada por um antigo amigo do governador, que entrega ao seu chefe de gabinete todo o poder. Este concentra todos seus esforços em vingar-se de desafetos pessoais que ocupavam a chefia da Assessoria de Planejamento, a direção da Escola de Saúde e a superintendência da Fundação Hospitalar do Estado. Para tanto, consegue o apoio entusiástico dos "tecnoburocratas" que haviam perdido influência e tudo se reverte. Os recursos do Piass e do Inamps são escandalosamente utilizados para fins eleitoreiros ou mesmo para gratificações pessoais (sob a forma de contratos-fantasmas, complementações salariais, generosas "farras" pelo interior do estado, etc.).[18]

Como não poderia deixar de ser, fomos punidos com o ostracismo, do qual nos aproveitamos para iniciar um curso de mestrado em ciência política.

7. *As Ações Integradas de Saúde em Belo Horizonte — um trabalho mais amadurecido*

Em 1983, com a vitória do PMDB, voltamos à administração para dirigir o Centro Metropolitano de Saúde (administração regional de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte). Para alguns companheiros, estávamos "pegando um rabo de foguete". Em primeiro lugar, porque não havia recursos. Em segundo, porque a equipe era constituída, em sua maioria, de funcionários estatutários sem qualquer motivação, "inchada" em cada transição de governo com transferências originadas da secretaria ou do interior como punição, prêmio ou favor. Em terceiro lugar, porque 95% da rede de serviços correspondiam a unidades organizadas em instalações precárias, cedidas por igrejas ou alugadas de particulares, com poucos funcionários treinados e dispostos ao trabalho, funcionando sem suprimento regular de medicamentos e assistindo apenas a uma população marginal que não conseguia atendimento em serviços do Inamps. Finalmente, porque, na secretaria, lugares-chave estavam ocupados por velhos adversários de lutas institucionais, que poderiam dificultar qualquer tipo de apoio.

A nosso favor, contávamos com aliados no Ministério da Saúde e na Direção Geral do Inamps e com um potencial apoio político da população, que se manifestaria à medida que pudéssemos atender às expectativas de melhores serviços, de acordo com suas reais necessidades. Mas melhorar os serviços signifi-

[18] Somente numa recepção "oferecida" pelo Centro Regional de Saúde de Diamantina teriam sido consumidos mais de 40 l de legítimo *Scotch*. Tais recepções se repetiram na maioria dos 20 centros regionais então existentes.

cava superar não apenas os entraves intraburocráticos, como as resistências dos médicos em cumprir suas jornadas de trabalho nos centros de saúde.

A experiência acumulada em programas anteriores foi extremamente importante para enfrentar os dois lados da questão: a nível intraburocrático, nada melhor para vencer as resistências do que a homogeneização de informações e o exercício da democracia, com a criação de um ambiente pluralístico favorecendo os conflitos construtivos entre as diferentes correntes de pensamento. Obviamente, isto não se consegue sem intervenções, às vezes traumáticas e desgastantes. Tivemos de afastar funcionários muito importantes, que há anos dominavam "monopolisticamente" todas as informações e, com isso, impediam a participação das pessoas. No caso dos médicos, agimos de forma bastante política: escolhemos três centros de saúde intocáveis pelo prestígio de seus chefes e, depois de algumas inspeções documentadas, destituímos os chefes e colocamos todos os médicos relapsos à disposição da administração central. O secretário de Saúde, respaldado pelo fato consumado, não teve como reformar nossas decisões, acompanhadas pela imprensa, que estava devidamente subsidiada por denúncias previamente estimuladas.

Paralelamente, buscando ampla participação de todo o pessoal do Centro Regional (incluindo pessoal administrativo), procuramos formular um diagnóstico da situação dos serviços e uma proposta para construção de uma rede ambulatorial mais eficiente. Em cada município da Grande Belo Horizonte foi criada uma comissão municipal de saúde com representantes do Inamps e do Centro Metropolitano, dirigida pelo secretário municipal de Saúde e com o objetivo de acompanhar a elaboração e implantação dos sistemas municipais de saúde.

Depois de cinco meses de trabalho, pudemos negociar junto ao Ministério da Saúde e ao Inamps um programa de trabalho coerente e já apropriado pelas prefeituras e associações de moradores. Nesse momento já contávamos com uma equipe motivada, que tinha excelente moral e, o que era mais importante, uma identidade, com metas formuladas coletivamente e uma estratégia clara para atingi-las: mobilização intensiva de forças políticas.

Em outubro de 1983, conseguimos o convênio com as Ações Integradas de Saúde (AIS) depois de negociações que passaram ao largo do Planejamento da Secretaria de Saúde, conduzidas pelo Centro Metropolitano, com o conhecimento e consentimento prévio do secretário de Saúde. Pouco depois, obtínhamos do Ministério da Saúde recursos para a construção e os equipamentos de várias unidades de Saúde.

Especificamente no que toca ao controle popular dos serviços, trabalhamos com a idéia de tornar públicas todas as informações que pudessem facilitá-lo. Esta comunicação foi feita, de imediato, pelo contato direto dos supervisores e comissões municipais de Saúde com as associações de moradores e pela afixação de cartazes em locais adequados; a médio e longo prazos, com a preparação de um ambicioso programa de comunicação social que colocava à disposição dos usuários informações sobre os compromissos de cada um, inclusive os do governo, com o funcionamento dos servicos. Provavelmente por este último aspecto o programa foi bloqueado em escalões superiores. Mas houve experiências e repercussões importantes de iniciativas levadas à frente. Em dois grandes bairros, por exemplo, Lindéia e Cabana do Pai Tomás, as associações de moradores conseguiram poder não apenas para intervir na seleção das equipes como para demitir seus membros. A presença do povo na Secretaria de Saúde

tornou-se de tal modo freqüente, que o secretário se viu obrigado a organizar uma assessoria especial para articular seus contatos com as associações em audiências regulares.

Em julho de 1984, no I Seminário de Avaliação das Ações Integradas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, um documento básico apresentado demonstrava uma visão mais clara das relações Estado/população no processo de transição democrática que já se anunciava e das forças que poderiam sustentar as políticas públicas de interesse popular.[19]

8. *O Inamps — uma visão do que não deve ser*

A experiência vivida em Belo Horizonte serviu sobretudo para percebermos uma nova realidade de um povo em organização, intervindo ou procurando intervir no comportamento das instituições, ainda que carecendo de um grau maior de consciência dos meios e instrumentos a utilizar, um nível de consciência que, certamente, só pode ser adquirido pela ação sistemática de intelectuais orgânicos ou dos "príncipes" modernos (nossa posição pluralista nos impede de conceber um só "príncipe" ou partido se responsabilizando pela organização popular). Esta impressão pode ser detectada no documento apresentado no I Seminário de Avaliação das AIS, onde se defende a necessidade da formação de um bloco democrático-popular.

Ao aceitarmos o convite para dirigir um departamento na Direção Geral do Inamps, esperávamos contribuir para abrir aquela instituição à influência da população organizada (nos partidos, sindicatos, associações, etc.). E nossas idéias a respeito não eram muito diferentes das que ainda hoje são geralmente defendidas para a viabilização desses propósitos: criar canais mais ou menos formais para a participação de organizações populares (comissões, conselhos, etc.).

Em nosso trabalho no Rio de Janeiro, tivemos a oportunidade de reforçar e aclarar um pouco mais nosso ponto de vista acerca das possibilidades do controle popular sobre as políticas sociais e dos caminhos que devem ser percorridos para isso. Por um lado, pela experiência intradepartamento, em que pudemos, mais uma vez, comprovar que, democratizando as relações é perfeitamente possível obter, da maioria absoluta dos funcionários estatais, a disponibilidade e o engajamento necessários para levar à frente qualquer projeto, independentemente de prêmios materiais imediatos (que podem ter importância) ou posições políticas (excluídas, obviamente, as que reejitam os princípios básicos de convivência democrática). Por outro, pelas relações vividas externamente ao departamento, que nos reforçaram também aquele ponto de vista, pela demonstração do avesso, isto é, de que sem a democratização das relações intra-institucionais é impossível avançar muito no sentido de se obter o comportamento cooperativo e a solidariedade necessários para cumprir objetivos relacionados com a democratização da sociedade em geral.

Estamos querendo dizer que, no nosso ponta de vista, vivemos, no Rio, uma situação de exercício autoritário do poder — certamente, nem peculiar, nem particular do Inamps — incompatível com os objetivos institucionais anunciados

[19] Machado, Francisco de Assis. *A estratégia de condução do Programa de Ações Integradas de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte.* Betim, 1984. mimeo.

de transparência e de subordinação ao controle popular, situação que reforçou nossa idéia de que se diferentes correntes de pensamento político não aprenderem a conviver democraticamente dentro das instituições estatais (e isso transcende, em muita, a distribuição de cargos ou de lugares de poder), nenhuma fórmula ou receita de mecanismos de controle popular sobre tais instituições pode tornar-se eficaz porque, por mais tênues que sejam, existem vínculos entre os que trabalham dentro das instituições e as correntes de pensamento político da sociedade. E, é claro, tais vínculos tendem a ser reforçados à medida que o processo social evolui.

O que vivemos no Inamps foi extremamente rico e interessante e merecerá, certamente, uma análise mais rigorosa a ser feita em outra oportunidade. Queremos registrar aqui, porém, que tal exercício autoritário do poder não pode ser atribuído segundo a vontade, desejo ou intenção de pessoas ou grupos em particular. Pensamos que quase todos colaboramos para que assim acontecesse, pela nossa incapacidade, já tradicional, de fazer avançar o processo democrático em todos os espaços de nossa realidade (partidos, locais de trabalho, famílias, etc. e não temos, portanto, a intenção de denunciar pessoas ou grupos específicos. Queremos chamar a atenção sobre o fato porque, como Laura Conti,[20] acreditamos que no momento em que tomamos consciência de um fato ou situação indesejável, começamos a construir as condições para sua superação.

9. *Algumas reflexões sobre a experiência descrita*

No programa do vale do Jequitinhonha, o processo de democratização das relações internas vividas pela equipe regional permite a constatação de alguns fatos novos para os responsáveis pela sua implementação. Em primeiro lugar, as pessoas comuns detêm um saber empírico extremamente importante e, em certos casos, muito mais adequado do que o saber técnico no que se refere à solução de problemas do cotidiano administrativo da implantação de propostas.[21] Em segundo, os critérios usados pela população para atribuir prioridade às necessidades a serem satisfeitas são muito mais "racionais" do que os critérios dos técnicos, mesmo porque são mais coerentes com sua maneira de fazer "andar a vida".[22] Como conseqüência destas descobertas, ganha força a valorização da participação comunitária, embora inicialmente numa perspectiva utilitária.

Progressivamente, porém, à medida que se desenvolve o processo participativo, ocorre o reconhecimento das pessoas como sujeitos e, por extensão, o reconhecimento de que todas as pessoas — o povo — podem se tornar sujeitos. Assim, talvez já no vale do Jequitinhonha a participação comunitária tenha começado a deixar de ser um meio para passar a ser um fim.

Mas o salto qualitativo se dá nas práticas de Montes Claros. Ali se inicia, de fato, a contestação de normas e padrões que impedem a participação. Surgem iniciativas de libertar as pessoas dos limites e travas que dificultam a convi-

[20] Conti, Laura. Estructura social y sociedad. In: Vários autores. *Medicina y sociedad*. Barcelona, Ed. Fontanella, 1972.
[21] Machado, Francisco de Assis. A estratégia de condução... op. cit.
[22] Arouca, Anamaria Tambellini & Arouca, Antônio S. S. Medicina de comunidade — implicações de uma teoria. *Saúde em Debate*, São Paulo, (1):20-3, out./nov. 1976.

vência democrática e de compartilhar da reconstrução do programa. Em dado momento, a palavra de ordem é a de que, em princípio, toda norma é errada ou pode ser outra, ou que "é sempre bom ver se as coisas não podem ser o contrário do que são". A consciência de que a informação é condição de poder tornar-se clara, e isto se traduz numa intensa luta contra o monopólio do saber: do saber técnico, por parte dos médicos; do saber administrativo, por parte dos burocratas; do "saber" político, por parte da direção. A divisão trabalho manual/trabalho intelectual é questionada e combatida, na prática, pela revisão da divisão do trabalho entre os membros da equipe regional. No dia-a-dia, motoristas, supervisores, datilógrafos, vigias, enfim, todos os funcionários, vão-se inteirando do processo de produção da supervisão, que é o produto do trabalho coletivo do Centro Regional de Saúde (nome dado à administração de uma região de saúde em Minas Gerais).

O problema de estender o processo participativo à população não se resolve, entretanto. Faltam mecanismos e instrumentos de medição entre a equipe regional e o povo. O caminho tentado, o de fazer do auxiliar de saúde um agente do "partido sanitário" mostra-se ineficaz. Só muito mais tarde é que se compreende que os serviços de saúde não estão entre as prioridades da população, ou de que esta confia muito mais em canais mais autônomos de representação do que em funcionários do Estado. Em Montes Claros parece ter-se chegado a um nível mais elevado de consciência das relações Estado/sociedade. Isto pode ser percebido nas iniciativas de promover reuniões e módulos básicos e de utilizar a mediação de representações políticas (prefeitos, deputados, vereadores) ou profissionais para a realização dos objetivos do programa. Revela-se aí a compreensão de que devem ser respeitados os canais criados pela própria população para suas manifestações junto ao Estado.

No Piass, a opção pela articulação de forças políticas como a única forma de enfrentar o poder tecnoburocrático e o próprio ministro — comprometido com a posição do sanitarismo tradicional — torna-se cristalina e todos os elementos que caracterizam o planejamento estratégico podem ser identificados na condução do programa.[23] A preocupação com a participação popular nas decisões e a perspectiva com que esta é vista revelam-se numa decisão estratégica: concretizar os múltiplos padrões e modelos, de modo a colocá-lo ao alcance do povo, que poderá se apropriar daqueles que lhe pareçam mais adequados, utilizando, para isto, canais autônomos de representação.

Nas AIS, o problema mais importante é o controle dos trabalhadores de saúde no nível da produção de serviços. A proposta assumida para resolvê-lo é o deslocamento do controle da gerência administrativa para os usuários. Daí as várias iniciativas de colocar à disposição de tais usuários, as informações básicas sobre o funcionamento dos serviços. O documento *A estratégia de condução do Programa de Ações Integradas de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte* coloca, com clareza, que a transparência é o caminho mais adequado para se possibilitar à população controlar a ação do Estado no setor. A nível interno, para a direção, fica mais claro que a democracia realiza-se muito mais nas relações reais do que na efetivação de símbolos (participação em conselhos, assembléias, etc.).

[23] Pellegrine, Alberto et alii. op. cit.

Finalmente, a experiência do Inamps reforça uma posição já assumida nos vários programas: a da necessidade de democracia interna nas instituições como condição para que se estabeleça controle daquelas pela sociedade.

10 *Nossa posição atual*

Em 1982, em conseqüência de conflitos com o poder estabelecido na Secretaria de Saúde de Minas Gerais, aproveitamos um período de "ostracismo" para buscar, no mestrado em ciência política na Universidade Federal de Minas Gerais, elementos teóricos que nos ajudassem a refletir mais "produtivamente" sobre nossa experiência. Descobrimos, então, muitas coincidências entre conhecimentos adquiridos penosamente na "prática política' e conceitos elaborados na chamada "prática teórica", conceitos estes que certamente foram muito importantes para orientar nosso trabalho nas AIS tanto no Centro Metropolitano de Saúde quando no Inamps (1983-85 e 1985-86, respectivamente). As "coincidências" continuam acontecendo. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, apontávamos os direitos sociais como condições impostas aos dominantes para permanência de uma situação de dominação. Encontramos mais tarde, claramente explicitado em Claus Offe,[24] quando ele analisa as funções das políticas sociais do Estado capitalista, esse caráter de dupla face dos direitos sociais, que, por um lado, significam conquista dos trabalhadores, impondo melhores condições de sobrevivência para a aceitação de uma situação de dominação e exploração, e, por outro, também correspondem a um acordo, ainda que provisório, para a permanência de tal situação.

Mas uma compreensão do significado das políticas sociais não nos ajuda a avaliar as possibilidades de seu controle pela população se não conseguirmos responder a algumas perguntas. Quando e em que situação se coloca para o Estado brasileiro, os problemas de convencer ou coagir o proprietário da força de trabalho a aceitar a condição de trabalhador assalariado, ou de estabelecer regulamentação para formas de existência fora do mercado de trabalho, ou, ainda, de adequar quantitativamente a oferta à demanda de força de trabalho?

Autor mais que produto, extensão do Estado português na sua constituição, recriado em condições de dependência, num processo de desenvolvimento industrial tardio, e dirigido por frações da burguesia que não conseguem subordinar os grupos dominados senão pela força ou através de manipulações populistas, o Estado brasileiro serve-se de experiências vividas pelas classes sociais dos países desenvolvidos para propor políticas sociais "avançadas", percebidas, em certos momentos, como "idéias fora do lugar".[25] Assim, já em 1930 assumia-se, no Brasil, a cidadania como fundamento de um Estado a ser modernizado. As relações sociais de produção dominantes não ensejavam, entretanto, que em todos os espaços da realidade geográfica e social as forças competentes cobrassem a realização do discurso. As coisas ocorreram como se houvesse uma defa-

[24] Lenhardt, Gero & Offe, Claus. Teoria do Estado e política social — tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In: Offe, Claus. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984. (Biblioteca Tempo Universitário.)

[25] Ver Cultura e dependência: a questão das idéias fora do lugar. *Cadernos de Debate*, São Paulo, Brasiliense, (1), 1976.

sagem entre a percepção e as iniciativas jurídico-políticas das forças que exerciam o poder e as condições objetivas das relações econômicas. Somente em alguns espaços, onde avançavam as relações sociais de produção capitalista — áreas urbanas e em determinadas atividades ligadas à exportação — tornava-se necessário oferecer condições de dominação que ultrapassem a coação econômica.

E, a partir de então, vai-se desenvolvendo o que Santos chama de "cidadania regulada": a extensão de direitos, controlada pelo Estado, a faixas de trabalhadores que se vão tornando importantes para a acumulação no país.[26]

A intensificação do crescimento econômico, imprimida nos anos 50 e acelerada a partir de 1964, é que vai criar, para o Estado, o problema de conciliar o atendiemnto "às exigências proclamadas e impostas" ainda que tímida e difusamente "pela classe operária através de suas organizações", para aceitação de situações de vida resultantes da proletarização, mais ou menos recente, e para o atendimento dos interesses da acumulação. Tal acumulação se realiza em um sistema produtivo em que predomina a extração de mais-valia absoluta, o que é próprio de países que se lançam mais gravemente no processo de desenvolvimento capitalista.

O problema mencionado e a ser resolvido pelo Estado, inicialmente restrito às áreas mais desenvolvidas, cresce na proporção em que o desenvolvimento avança e pode agravar-se, por um lado, devido às dificuldades econômico-financeiras (dadas a carência crônica de excedentes nos países dependentes e as responsabilidades que os Estados assumem como produtores diretos, substituindo os investidores privados em setores de baixo ou nenhum retorno de capital a curto prazo) e, por outro, tendo em vista as exigências de um povo "acostumado" à proteção do Estado benfeitor, erigido nos primórdios do populismo — populismo que ainda marca as relações governo/povo — apesar dos esforços político-ideológicos realizados após 1964 para destruí-lo.

Há, portanto, uma necessidade urgente e incontornável de racionalizar as estruturas estatais, que devem implantar as políticas sociais dos governos, que vão gerir, na nova etapa de crescimento, de modo a torná-las eficientes. Políticas sociais necessárias, porque a aliança burocrático-militar que assumiu a responsabilidade de construir instituições políticas e sociais estáveis que garantissem as condições de previsibilidade indispensáveis ao investimento contínuo exigido pelo crescimento rápido — queimador de etapas compreendia a provisoriedade da paz obtida somente através da força.

E se, num primeiro momento, parece suficiente o atendimento apenas simbólico das exigências dos novos proletários, o engano se desfaz quando a abertura é alargada, seja pela ação política dos grupos opositores ao regime de 1964, seja pela erosão de sua legitimidade, que progride com a evolução da crise do "milagre".

A Aliança Democrática, que derruba o regime militar e assume o poder em 1985, tem diante de si tarefas imediatas: completar a substituição do fundamento e referência do Estado populista — o povo — pelo fundamento e referência do Estado burguês — a cidadania e a nação.[27] Mas o povo, convocado e mobilizado pelas frações modernas da burguesia, tornou-se o protagonista do

[26] Santos, W. G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.
[27] O'Donnell, Guillermo. Anotações para uma teoria do Estado. *Revista de Cultura e Política*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, (4):71-82, fev./abr. 1981. pte. 11.

processo de substituição das elites no poder, o que certamente significará novas exigências de participação, em grau variável, segundo a competência de seus organizadores (intelectuais orgânicos, partidos políticos, associações de moradores, sindicatos ,etc.). O pagamento da dívida social torna-se, neste sentido, imperativo para o partido que obtém 22 dos 23 governadores estaduais, acenando com a bandeira do Plano Cruzado I.

Políticas sociais adequadas aos interesses populares já ganharam, neste momento, o discurso oficial: "Saúde como um direito de todos e dever do Estado"; prioridade para a educação (mais de quatro governos já compraram o modelo do Ciep); equiparação dos benefícios da previdência para trabalhadores rurais e urbanos: "um litro de leite para cada criança", etc.

A superar certos atributos apontados por Coimbra [28] e característicos das políticas sociais dos governos anteriores, sem prejudicar a acumulação, constitui o principal problema da Nova República. A extensão da cidadania e a constituição da nação são tarefes irrecusáveis para a consolidação de uma democracia burguesa estável. Do ponto de vista político-ideológico, parecem ter sido desenvolvidas as condições básicas para avançar nessa direção. Cidadania e nação foram objetivos assimilados pela maioria do povo, na Campanha das Diretas, por todos os partidos, associações de moradores, outras entidades da sociedade civil, e mesmo pelos grupos que propõem uma democracia popular ou proletária.

Porém, a crise econômico-financeira e um governo que não consegue convencer a burguesia da conveniência e necessidade de se avançar rumo a uma democracia estável dificultam uma ação mais agressiva no sentido de resgatar a já aceita dívida social.

Mas as profundas transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica e induzidas pelo Estado continuarão a pressionar pela formulação de políticas sociais que atendam às disfunções do desenvolvimento capitalista, agravadas, em nosso caso, pelas características de dependência, industrialização tardia e intensidade (queima de etapas). De uma maneira simplificada, poderíamos dizer que o problema do controle popular sobre a direção das políticas já se acha resolvido pelo estágio alcançado no processo de "transformação do proprietário da força de trabalho em trabalhador assalariado", pelas condições já "acordadas" para isso, pelo nível de mobilização e organização popular e pela vitória arrasadora do discurso mudancista no processo eleitoral.

A questão fundamental será relacionada com a implementação das políticas e, portanto, com os controles do poder tecnoburocrático e dos produtores de serviços, problema que, aliás, mereceu grande atenção de teóricos exponenciais da "democracia burguesa" e da "democracia operária", respectivamente Weber e Lenin.[29] Enquanto Weber defende o controle da burocracia através de sua subordinação a políticos competentes, formados em parlamentos ativos e contando com a participação permanente destes, para Lenin só os operários, organizados em seu partido, podem exercer o domínio sobre o poder burocrático através de cuidadosa vigilância.

Os caminhos ou meios apontados por Weber e Lenin não parecem ter grandes possibilidades de aplicação eficaz em nosso caso, pelo menos a curto e médio prazos. As alternativas que vêm sendo apontadas, mais afinadas com a

[28] Coimbra, Marcos Antônio. *Políticas sociais da Nova República*. Belo Horizonte, Fafich, 1987. Palestra da disciplina de Estudos dos problemas brasileiros, Fafich.
[29] Wright, Eric Olin. op. cit.

tradição de nossos políticos, são marcadas por concepções corporativistas das relações Estado/sociedade: participação representada dos diferentes grupos e segmentos sociais em colegiados de deliberação ou assessoria, desde os mais altos níveis de decisão até os de administração de serviços. A experiência brasileira com o populismo, o clientelismo, o peleguismo e outras formas de buscar a cooptação/inclusão de lideranças nos leva não apenas a desconfiar das boas intenções de quem propõe estas formas de participação popular, como a duvidar de que os trabalhadores aceitem tais propostas (a menos que as direções das instituições pudessem merecer a confiança de todas as correntes de pensamento político, presentes não apenas na sociedade, mas também representadas nos aparelhos do Estado).

Nossa experiência nos obriga a pensar que o melhor caminho para a democratização das relações Estado sociedade passa pela democratização tanto da sociedade civil quanto da sociedade política, o que pressupõe a cristalização e organização dos interesses conflitantes, a renúncia à dominação e a opção pela "racionalização no plano institucional" feita "num meio de interação verbalmente mediatizada, a saber, por uma descompressão no domínio comunicativo". Ou, dito de outra forma, que o melhor caminho para os que estão no Estado e querem democratizá-lo é o de se organizarem nos partidos em formação na sociedade, de modo que eles possam estar presentes no interior do Estado e que as lutas políticas resultantes não se dêem no sentido da dominação e da exclusão, mas no sentido da hegemonia, obtida a partir do "agir comunicativo".

Finalmente, o controle popular da direção e formulação das políticas sociais dá-se pelo próprio avanço do processo de transformação do proprietário da força de trabalho em trabalhador assalariado, o que no caso brasileiro parece já estar resolvido. Quanto ao controle da implementação das políticas, há que se resolver o problema da democracia substantiva, tanto na sociedade em geral, quanto no interior das organizações. Sem isso, a invenção — ou reedição — de velhas fórmulas e receitas será totalmente inócua e, no máximo, poderá servir a intenções autoritárias de manipulação/inclusão/cooptação.

Summary

From the experience acquired leading programs of extended coverage for health services during 15 years, the author selects the components which support his viewpoint about the possibilities of social control over public policies. He argues that, to complete the democratic transition Brazilian society is now going through, it not enough to combine objective conditions, defined by the present stage of social and economic development, with the claims for political change coming from large sectors of the people. It is also necessary to overcome the technocratic power and to democratize the infra-institucional relationships through the action of civil servants organically linked with popular forces through political parties and professional associations. Only in this way will it be possible to break the bureaucratic chains that articulate minor group interest and state power and keep political decision-making ou of social control.

Several efforts to establish participative admnistrations within the health sector are described and their importance is emphasized.