



## "O PULSO AINDA PULSA"



Marcelo de Oliveira / Imagens da Terra

Esta expressão de conhecida música popular brasileira retrata bem a situação da saúde do povo brasileiro. Diariamente os jornais espelham o retorno de certas epidemias que haviam sido erradicadas, a nova incidência de endemias infecciosas já ultrapassadas e o surgimento de outras doenças graves na conjuntura brasileira. Acrescentem-se a esse quadro o alarmante índice de desnutrição de grande parte da população, a mortalidade infantil em porcentagens insuportáveis e a tendência ao nanismo em algumas regiões do Brasil.

Naturalmente não basta constatar esse quadro desolador, repleto de sofrimento; é preciso tentar interpretações e indicar iniciativas capazes de superá-lo.

Há, sem dúvida, fatores de riscos ambientais que propiciam a expansão de certas doenças, mas os atuais surtos ultrapassaram esses limites e suas incidências relacionam-se com outros aspectos. A crise da saúde está intimamente ligada ao próprio modelo de desenvolvimento adotado pelo País dependente, incentivador de desigualdades, estruturado de forma injusta, com distribuição de renda privilegiando minorias, reforçador de autoritarismo, idólatra do mercado como solução mágica e produtor do empobrecimento do povo. Não se pode, portanto, falar de saúde sem relacioná-la com o projeto político-econômico que domina o País.

Os reflexos desse modelo se concretizam no crescimento desordenado das populações periféricas das cidades, sem saneamento básico e mínimas condições de higiene. Criadores de verdadeiros nichos ecológicos, ocupados por parasitas, como o vírus da dengue como agentes de certos tipos de meningite, etc. A trágica situação do trabalhador rural, sem terra e sem pão, vagando em busca de formas dignas de trabalho, sem as mínimas condições sanitárias é outro aspecto dessa realidade. E o que falar dos milhões de crianças das ruas e, agora, até de famílias de ruas? E os

nossos povos indígenas invadidos em suas reservas por portadores de doenças infecciosas que lhes contaminam e matam?

Como reflexo desse quadro temos: a incapacidade dos serviços de saúde com financiamento inadequado; a febre privatizante dos serviços médicos que impede aos setores pobres uma medicina eficiente; a instabilidade dos planos de saúde, sujeitos sempre a interesses de grupos políticos; a hegemonia da medicina industrial sobre aquela desempenhada pelo médico de família, humanista e sensível; e tantos outros aspectos que poderíamos enumerar.

A difusão desses fatores pode dar origem a um desânimo paralisante, um medo coletivo frente às limitadas possibilidades de mudar, a curto prazo, as causas da expansão desses processos endêmicos e da deterioração da saúde de grande parte de nosso povo.

Mas há alguns sinais de esperança. A realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde pode ser momento onde questões relevantes deverão ser levantadas, já que estarão presentes agentes envolvidos diretamente com a saúde popular. A luta pela implantação do Serviço Unico de Saúde (SUS), projeto que visa racionalizar recursos humanos, espaciais e financeiros nas prefeituras municipais, pode ser um sinal positivo. As experiências de participação popular no planejamento e na execução dos planos de saúde são caminhos frutíferos e animadores.

Na medida em que as organizações populares e demais setores da sociedade civil vão tomando conhecimento de que é impossível dissociar saúde de política de desenvolvimento, medicina de ética, participação popular de planejamento social, existe a esperança de construção de uma nova sociedade onde a vida plena, com saúde e alegria, seja o alvo.

É preciso acreditar que, apesar da cólera, tuberculose, meningite, dengue, aids, o pulso do povo ainda pulsa.

Biblioteca - Koinonia (X) Cadastrado ( ) Processado

#### ÍNDICE

#### Saúde

- 5 EPIDEMIAS: DOENÇAS ANTIGAS E NOVOS PROCESSOS Paulo Chagastelles Sabroza
- 8 MEDICINA E IDEOLOGIA
  UMA ABORDAGEM ÉTICO-POLÍTICA
  Marcelo Oliveira
- 12 9º CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DE RISCOS Sônia Fleury
- 14 FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL:
  QUEM PAGA A CONTA E QUEM SE
  APROPRIA DOS RECURSOS
  Mozart de Oliveira Jr., Maria Luiza
  Jaeger, Gilson Carvalho, Edmilson
  Leão
- 18 SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICAS DESCARTÁVEIS Mariska Ribeiro
- 21 COLEGIADOS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR Miriam Suzete de Oliveira Rosa
- 23 HISTÓRIAS QUE OS MÉDICOS DEVIAM APRENDER A CONTAR István Van Deursen Varga
- 25 O CORPO É UMA BOLA DE CRISTAL PARA SE LER O ESTADO DA SOCIEDADE E DO MUNDO Entrevista com Bruce Albert
- 27 SAÚDE EM IPATINGA: UM DESAFIO PARA A PARTICIPAÇÃO POPULAR Maria Thereza Azevedo
- 30 RELIGIOSIDADE E SAÚDE POPULAR Selina M. Dal Moro

33 A SAÚDE NÃO PODE OBEDECER ÀS REGRAS DE MERCADO Entrevista com Davi Capistrano Filho

#### Privatização

37 O ESTATAL, O PRIVADO E O PÚBLICO Emir Sader

#### Trabalho

40 VIVA O TRABALHO VIVO! Wolfgang Leo Maar

#### Igreja

- 43 "ESPERANDO CONTRA TODA ESPERANÇA" Zwinglio Mota Dias
- 45 O QUE FICA DA VISITA DO PAPA? Pedro A. Ribeiro de Oliveira

#### **Rubem Alves**

46 AS DUAS IMAGENS

#### **América Latina**

- 48 MERCOSUL: UM PLANO APRESSADO E IMPROVISADO Paulo Schilling
- 51 HAITI: "HÁ UM GENERAL ROUBANDO A DEMOCRACIA DO POVO" Sisac

#### Bíblia Hoje

52 SALMO 90: DEUS ATRÁS DE DEUS Walter Altmann

#### Livros

55 ANISTIA AMBIENTAL PARA QUEM? Laís Menezes



#### **SAÚDE**

## Desenvolvimento, ética e financiamento

Velhas epidemias, novos processos num modelo de desenvolvimento falido convivem com uma ética médica sustentada numa política de financiamento caótica, que não respeita os processos populares. Páginas 5, 8 e 14

#### Democratização da saúde

A 9ª Conferência Nacional de Saúde pode debater contrastes da descentralização, acúmulo de experiências de participação popular e aproveitamento de códigos populares de saúde. Santos, Ipatinga e Passo Fundo são casos exemplares destacados nesta edição. Páginas 12, 18, 21, 27, 30 e 33

#### Yanomami — saúde em perigo

Com a chegada dos garimpeiros, o alastramento do surto de malária tem dizimado os Yanomami. Dois depoimentos impressionantes, de um médico e de um antropólogo, analisam mais essa agressão. Página 23

#### DEMOCRACIA Privatização e trabalho

O tema da privatização tratado em oposição à estatização é questionável ao se definir o que é público. É uma ênfase na sociedade civil capaz de adequar-se ao trabalho criativo e humanizado. Debates sobre este tema são tratados nas páginas 37 e 40.

#### AMÉRICA LATINA Mercosul questionado

Diante do caos que se verifica, os planos do Mercosul deveriam ser adiados por um longo período. Ocasião necessária para debate e inevitáveis modificações pela sociedade civil dos distintos países envolvidos. O economista Paulo Schilling examina a proposta na página 48.



#### tempo e presença

Revista bimestral do CEDI Novembro/dezembro de 1991 Ano 13 - nº 260

CEDI Centro Ecumênico de Documentação e Informação

Rua Santo Amaro, 129 22211 Rio de Janeiro RJ Telefone (021) 224-6713 Fax (021) 242-8847

Av. Higienópolis, 983 01238 São Paulo SP Telefone (011) 825-5544 Fax (011) 825-7861

Conselho Editorial
Carlos Rodrigues Brandão
José Oscar Beozzo
Heloísa de Souza Martins
Márcio Santilli
Milton Schwantes
Paulo Schilling
Regina Hara
Regina Reyes Novaes
Rubem Alves

Editor Jether Pereira Ramalho

Jornalista responsável Paulo Roberto Salles Garcia MTb 18481

Editores assistentes Rafael Soares de Oliveira Maria Cecília Iório Beatriz Araújo Martins

Participação especial neste número Projeto RADIS da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Secretária de redação Beatriz Araújo Martins

Editora de arte Anita Slade

Revisor e digitador Paulo Roberto Salles Garcia

Produção gráfica Supernova

Composição Alcino Demby

Fotolito da capa Quimigráfica

Fotolitos e impressão

Fotos da capa Everaldo Rocha / Imagens da Terra Herlanger / Agência O Globo

Os artigos assinados não traduzem necessariamente a opinião da revista.

Preço do exemplar avulso Cr\$1.000,00

Assinatura anual Cr\$ 5 000 00

Assinatura de apoio Cr\$ 6.000.00

Assinatura/exterior

ISSN 0103-569X

Estou escrevendo a vocês, com o objetivo de assinar a revista Tempo e Presença. Vejo nela importante instrumento de informação, questionamento ao sistema capitalista/desumano e elaboração de alternativas para uma sociedade democrática e socialista.

Gerson Kappel Lajeado/RS

Vivemos em uma situação muito difícil, devido à falta de condições para desenvolvermos trabalhos coletivos de acordo com nossa realidade. Fizemos uma coleta entre as famílias, para nós fazermos nossa assinatura, mesmo porque achamos muito importante a Tempo e Presenca.

Maria Genoveva Monte de Souza Canindé/CE

Parabenizo o CEDI e a equipe de Tempo e Presença pelo brilhante trabalho que vêm desenvolvendo, contribuindo de forma extremamente importante, através de suas excelentes publicações, fornecendo valiosos subsídios aos que participam de uma ou outra forma de luta em favor de uma sociedade mais justa e fraterna.

Manoel Fernando Reis Pelotas/RS Quero aproveitar a oportunidade para parabenizá-los pelo excelente trabalho que vocês têm prestado ao nosso povo no que diz respeito às informações e formação que esta revista nos oferece, sobretudo nos temas mais polêmicos da atualidade. Reforço o meu apelo para que vocês continuem nos alertando sobre a complexidade dos acontecimentos hodiernos, bem como saibam ler os sinais da presença ou não-presença de Deus nos mesmos.

Waldecir Gonzaga Bebedouro/SP

Recentemente tive um artigo meu e de Maria Lúcia publicado na revista *Tempo e Presença* ("Mortes Públicas, Anônimas e Cotidianas"), o que nos deixou bastante contentes. A revista é interessantíssima e valiosa, e gostaria, vez ou outra, de contribuir com alguma reflexão sobre tema atual.

Esther Arantes
Rio de Janeiro/RJ

Gostaria de parabenizar Tempo e Presença pela qualidade, seriedade e compromisso das publicações. Esta é uma revista séria, comprometida com a verdade e a libertação dos oprimidos. É uma denúncia contra a violação dos direitos humanos e, principalmente,

dos direitos daqueles que são os preferidos de Javé, os pobres.

Estou muito feliz em ser assinante desta revista. O material é muito útil em meu trabalho pastoral. E quero agradecer a *Tempo e Presença* pela perseverança e dedicação neste trabalho de apoio e assessoria aos agentes de pastoral e às nossas comunidades.

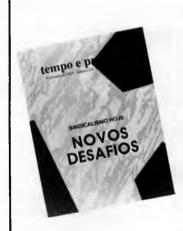
Valmor José de Deus Florianópolis/SC

Tempo e Presença destaca-se por ser a melhor publicação periódica que se tem editado na história do cristianismo evangélico latino-americano. Realmente, cada número é um motivo de assombro e me faz pensar que possui uma equipe de colaboradores muito importante, para poder reunir mensalmente colaborações tão específicas e importantes. Minhas calorosas felicitações ao editor e todos os seus colaboradores, que encaram com tanta profundidade e seriedade seu trabalho.

Luis E. Odell Barcelona/Espanha

Gostei muito da última revista que recebi, "Meninas e Meninos", pois aborda um problema social grave no país.

Teresa Teruya Marsia/SP



**LEIA E ASSINE** 

## TEMPO E PRESENÇA

Povos indígenas, movimentos operário e camponês, educação popular, meio ambiente, ecumenismo e dívida externa são alguns dos temas tratados em *Tempo e Presença*, uma publicação bimestral voltada para o conjunto do movimento popular. Na caminhada por uma sociedade mais justa e democrática, é leitura indispensável.

Assinatura anual Cr\$ 5.000,00
Assinatura de apoio Cr\$ 6.000,00
Exterior US\$ 50
Número avulso Cr\$ 1.000,00

Faça sua assinatura através de cheque nominal para o CEDI, aos cuidados do Setor de Distribuição Rua Santo Amaro, 129 - CEP 22211 - Rio de Janeiro - RJ Av. Higienópolis, 983 - CEP 01238 -

São Paulo - SP



#### **FPIDFMIAS**

## **DOENÇAS ANTIGAS E NOVOS PROCESSOS**

Paulo Chagastelles Sabroza

Nos últimos anos têm sido noticiados com destaque a ocorrência de epidemias e o aumento de incidência de doenças transmissíveis endêmicas. Tal situação recoloca para a sociedade e para os profissionais da área da saúde questões que pareciam já haver sido resolvidas pelo desenvolvimento econômico-social e pelo avanço do conhecimento científico e tecnológico

retorno das doenças transmissíveis para o centro das preocupações em relação aos problemas de saúde se deu simultaneamente em diversas regiões da África e da América Latina, desde a década de 1970.

No Brasil, a expansão da malária na fronteira agrícola e as epidemias de meningite meningocócica em regiões metropolitanas marcaram, ainda, na primeira metade daquela década, o início de um período que se caracterizou pela ocorrência de sucessivas epidemias de diferentes doenças, algumas localizadas - surtos de leptospirose, oncocercose, raiva transmitida por morcegos ou febre maculosa - e outras com grande capacidade de dispersão como malária, meningites meningocócicas, o calazar, dengue e cólera.

Cada processo infeccioso desses tem seus determinantes relacionados a condições particulares decorrentes dos ciclos de transmissão dos parasitas e de características específicas das diferentes situações de saúde das várias epidemias.

#### **FATORES DE RISCO**

Em um primeiro momento a explicação das várias epidemias foi procurada nesse nível de especificidade, identificando-se fatores de risco ambientais.

A malária, que já havia sido endêmica na maior parte do território brasileiro, apresentava em 1970 cer-

Eneraldo Carneiro / Imagens da Terra

ca de 80 mil novos casos registrados. Vinte anos depois o número havia se multiplicado por oito, dos quais 95% localizados na Amazônia Legal. Os fatores de risco incriminados foram o tipo de habitação e a migração.

O estado de Rondônia, que teve um incremento populacional médio de 16% ao ano entre 1976 e 1985, mostrou, no mesmo período, um aumento anual médio de 24% nos casos de malária. O número real de mortes por malária ocorridas naquele período não pôde ser conhecido, mas mesmo com o sub-registro a doença esteve entre as três principais causas de morte em diversos municípios do estado.

Em muitas localidades, as características da malária dificultaram a aplicação de medidas tradicionais de controle. Os garimpos da Amazônia, com habitações provisórias, grande mobilidade da população e difícil acesso, passaram a ser responsabilizados por grande parte dos casos, sem estratégias de controle adequadas para esse novo tipo de situação.

Essa evolução explosiva não ocorreu apenas com malária. A leishmaniose tegumentar mostrou uma frequência média de cerca de 420 casos novos por ano no período 1970-1974 e de 8.160 entre 1985 e 1988 na região Norte.

Se esses problemas ficassem circunscritos às áreas periféricas da fronteira agrícola, dificilmente o custo social por eles induzido alcançaria maior repercussão. Nos últimos anos, entretanto, a malária voltou a incidir, depois de muito tempo, em áreas urbanas como Manaus. Já são encontrados também diversos focos fora da região amazônica.

A leishmaniose tegumentar deixou de ser uma doença dos focos naturais da floresta e passou a ser adquirida nas periferias de Manaus, mas também de Belo Horizonte e do Rio de Janeiro. Áreas de ocupação antiga, como as regiões Norte e Sudeste, tiveram médias anuais de casos maiores

Desenvolvimento nada modelo: lixo industrial e valas de esgoto na Baía de Guanabara próximo a moradias populares





Sobrevivência desumana sob viaduto no Rio

J. R. Ripper / Imagens da Terra

que o Nordeste, respectivamente 2.130 e 9.120 nos dois períodos acima referidos.

Outra característica da endemia é sua ampla distribuição. Enquanto em 1970 apenas nove estados registraram casos, em 1988 eles foram detectados em 23.

Expansão parecida mostrou o calazar, que passou de 164 casos em 1980 para 1.490, em 1986. Teresina, em conseqüência da migração de populações refugiadas da seca, passou a ser um grande foco urbano de calazar. Epidemias ocorreram de Roraima a Mato Grosso do Sul. Determinantes comuns precisavam ser encontrados para essas situações.

Como foi reconhecido em documento do Ministério da Saúde, "através de diversos mecanismos, doenças que estavam sob controle, ou pelo menos estavam isoladas social ou geograficamente em bolsões entre a população pobre, podem sair de controle, ameaçando a população em geral" (SUCAM, 1987: as grandes endemias no qüinqüênio 1982/1986). Saíram.

#### **SOMATÓRIO DE CAUSAS**

Esses problemas vêm se somar àqueles decorrentes do progressivo envelhecimento de uma população desassistida de atenção médica eficaz, exposta à contaminação ambiental no processo de trabalho, distribuição e consumo de mercadorias, e sujeita a diversas formas de violência, constituindo um padrão epidemiológico distinto da-

queles que caracterizavam formações sociais pré e pós-desenvolvidas.

O processo de desenvolvimento do tipo dependente concretizado no Brasil no período de 1950 a 1980 apresentou, ao lado da sua característica mais marcante — a aguda concentração de renda —, outras tais como a articulação econômica e espacial do território nacional, difusão de meios de comunicação, manutenção de estrutura agrícola arcaica. Isso resultou em um desenvolvimento acentuadamente desigual e integrado, onde a modernização se dá, mas de modo incompleto.

Ao mesmo tempo em que se abre a fronteira agrícola através da construção de estradas e incentivos à exploração agrícola e mineração, também se expandem as fronteiras urbanas, nas regiões metropolitanas e nas cidades de porte médio.

Mas as modalidades jurídicas de posse da terra, tanto nas áreas rurais como na periferia urbana, favorecem a especulação e a acumulação, dificultando a permanência desses novos contingentes populacionais, que passam a ser forçados a continuar se deslocando.

Nas periferias, agrícolas ou urbanas, a produção se faz por meio de processos capitalistas primitivos, com imenso desgaste dos trabalhadores e com investimentos sociais mínimos, constituindo o que se tem chamado circuito secundário da economia.

Nas grandes cidades, a conjugação de condições precárias de habitação e saneamento, mobilidade populacional e aglomeração criaram verdadeiros novos nichos ecológicos que foram ocupados por parasitas, como o vírus da dengue e os agentes da meningite meningocócica, atingindo dezenas de milhares de pessoas.

A hanseníase, cuja transmissão diminui quase em todos os países, no Brasil — e mesmo em certas áreas urbanas — tem um crescimento de 5% na incidência. O novo padrão epidêmico tem expressão local, regional e global.

#### **CONEXÕES IMPORTANTES**

Não há como deixar de notar as conexões entre a emergência da aids como problema de saúde de importância global e as lutas contra-revolucionárias na África, através de exércitos de mercenários, com intensa mobilidade, promiscuidade e agressividade, e sua contribuição para a dissolução das estruturas sociais tradicionais africanas.

Do mesmo modo, na Amazônia as relações entre tráfico de ouro, armas, cocaína e antimaláricos constituíram um circuito espacial que possibilitou a expansão da malária e impediu seu controle através das instituições de saúde convencionais.

A incapacidade dos serviços de saúde de darem conta desses novos problemas é evidente. Isso tem sido utilizado para reforçar o ataque às instituições públicas, apontando para o caminho da privatização e da transferência para os indivíduos, famílias e comunidades de responsabilidades que historicamente foram assumidas pelos estados.

Pode-se mostrar que enquanto houve financiamento adequado, ao menos no que se refere a endemias com menor capacidade de dispersão, como a esquistossomose, a doença de Chagas ou a febre amarela silvestre, obtiveram-se resultados importantes.

Também em relação às doenças preveníveis por imunização, através das campanhas nacionais e do maior acesso aos serviços de saúde, conseguiu-se a erradicação da varíola, a eliminação da transmissão da poliomielite, o controle da transmissão da raiva urbana e do sarampo.

As populações dos grupos de maior risco desenvolveram, principalmente em áreas urbanas, estratégias de sobrevivência que vêm lhes possibilitando utilizar a infra-estrutura de serviços de saúde e saneamento de modo a se diminuir a mortalidade infantil.

A presença de infra-estrutura de serviços, mesmo pouco eficiente e distribuída sem equidade, assegura uma das características dos novos processos epidêmicos: enquanto a transmissão e, portanto, a incidên-

cia aumentam, explorando os novos circuitos espaciais produzidos, as formas graves, e consequentemente, a letalidade diminuem.

Os casos de malária, calazar, leishmaniose tegumentar, hanseníase, sarampo, meningites, esquistossomose e cólera não apresentam hoje o mesmo risco de evoluir para formas incapacitantes ou a morte, como em conjunturas anteriores.

#### **AÇÕES COLETIVAS**

Entretanto, a impotência dos serviços de saúde em atuarem sobre a força de transmissão, o acesso incompleto à informação, principalmente no que se refere aos riscos reais presentes nos diferentes grupos sociais, e a tendência de transferir a responsabilidade do estado ao indivíduo, ignorando as instâncias coletivas, vem produzindo uma outra consequência: a difusão de

um conceito de risco que, por não dispor de possibilidades concretas de resposta individual ou social eficaz, dá origem a um medo difuso, que paralisa e isola, como aquele resultante das diferentes formas de violência na sociedade.

São limitadas as possibilidades de se conter a expansão de processos endêmicos-epidêmicos como malária, meningites meningocócicas, leishmaniose, aids, dengue, cólera, sífilis, hanseníase, herpes genital e muitos outros que decorrem de contatos sociais ou de contatos com vetores promovidos por processos que estão diretamente conectados com o modelo desenvolvimento econômico, que se reproduz em todas as escalas.

Dentro do contorno da estrutura atual são urgentes novas formas de relações entre o Estado, sociedade civil e os indivíduos, contemplando as possibilidades de ação coletiva em saúde e da construção compartilhada de um conhecimento sobre o processo de produção das doenças que viabilize uma prática eficaz sobre os determinantes, e não apenas sobre os efeitos.

O aumento da incidência dessas doenças decorre de um modelo de desenvolvimento que vem se mostrando incapaz de atender às necessidades da maior parte da população do mundo, mas que vem trazendo grandes vantagens para alguns.

O custo social deste desenvolvimento não pode continuar recaindo apenas sobre aqueles que menos são beneficiados por ele. Mesmo porque, em se tratando de doenças transmissíveis, existem limitações quanto à possibilidade de ser manterem isoladas, como através de um apartheid social e econômico, populações que convivem em um mundo cada vez mais integrado espacialmente.

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Saneamento Básico

Apontado no último relatório do Banco Mundial como o terceiro país do mundo em má qualidade de vida, na frente apenas de Honduras e Serra Leoa, o Brasil vive um colapso iminente na área de saneamento básico. De acordo com dados do Ministério de Ação Social, 12% da população urbana não possui acesso a sistemas de água tratada; 65% não conta com serviço de coleta de esgoto e 30% com coleta de lixo. Apenas 46% dos resíduos coletados têm tratamento adequado. "O Brasil está vulnerável a um surto de cólera devido às precárias condições sanitárias", afirmou o secretário nacional de saneamento, Walter Annicchino.

Já o coordenador do Núcleo de Tecnologia Adequada de Saneamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz, Szaschna Eliasz Cynamon, diz que a experiência tem demonstrado que, embora do ponto de vista financeiro seja mais barato reidratar pessoas desidratadas do que colocar um sistema de água, a diarréia volta e as lesões e sequelas se multiplicam. O mesmo ocorre com o tratamento de parasitoses, mais barato do que um sistema de esgoto, mas que não impede a reincidência da doença.

Em relação à leptospirose e às medidas de proteção contra ratos, a situação é semelhante: trata-se da doença sem combater a causa. No caso dos barbeiros, transmissor da doença de Chagas, é mais barato tentar eliminar o inseto com inseticida do que proteger as casas, com paredes adequadas, telagem e outros meios.

Szaschna, que se contrapõe às alegações de que investimento em saneamento é caro, lembra que se se observar o custo per capita dos itens, a coisa muda de figura. "Se consideramos o preco de 15 metros cúbicos de água por mês (que é o consumo médio de 70% a 80% das famílias brasileiras), concluiremos, ao final do ano, que o custo foi muito menor do que o preço de uma única consulta médica". Fonte: JB, 31/1/91 e 13/10/91, Súmula nº 41, abril/91, Fiocruz

Paulo Chagastelles Sabroza é coordenador do Núcleo de Doenças Endêmicas Samuel Pessoa, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.



## **MEDICINA E IDEOLOGIA**

## UMA ABORDAGEM ÉTICO-POLÍTICA

Marcelo Oliveira

A medicina, como vem sendo praticada no Brasil, faz parte do autoritarismo imperante na sociedade. A relação "doutor"-"paciente" é característica desse sistema de dominação, assim como o desprezo pela sabedoria popular. A substituição do médico da família, humanista e amigo, pelo "doutor" que olha o paciente de longe, como um ignorante que nada sabe sobre o seu corpo, é um questionamento que precisa ser feito

Toda produção científica, como atividade cultural, acontece condicionada historicamente, por ser resultado das relações entre o homem e a natureza, interpretadas segundo critérios também produzidos historicamente.

Desse modo todo saber está limitado pelos horizontes dos sujeitos que o produzem. Se, em termos de dado objetivo constatável, é independente das vontades individuais, não o é quanto à sua aplicação na realidade social. São os sujeitos humanos, enquanto intencionados ao mundo, que lhe conferem sentido e finalidade aos projetos. Assim, toda ciência e todo conhecimento não podem ser absolutamente neutros, porque

passíveis de servir a finalidades postas pelos homens em projetos sociais e políticos. Isto se torna bem evidente em nossa civilização industrial, onde a produção científica é controlada visivelmente pelos empresários e pelo estado militar.

Medicina industrial. Em se tratando da medicina, como corpo de conhecimentos rigorosos relativos à saúde, acontece o mesmo. As ciências biomédicas não estão fora do mundo político-ideológico e social. Alguns teóricos não hesitam em usar as expressões medicina industrial e, até mesmo, medicina capitalista, como Ivan Ilitch, para mostrar esse vínculo real entre ciência e projeto político. Basta que observemos a exploração da indústria farmacêutica, a estrutura dos cursos de medicina, a clientela que aos mesmos tem acesso, bem como o tratamento dispensado às populações empobrecidas, mas concretamente visível no serviço de previdência social. Os próprios hospitais apresentam de forma patente a mesma estrutura política vigente nas demais repartições, onde imperam os tradicionais cargos de confiança e conveniência do sistema dominante.

Essa macro-estrutura de poder autoritário não deixará de permear as relações interpessoais, pois é precisamente produzida para se perpetuar através das pessoas. Logicamente isso determina fortemente as relações terapêuticas, que não estão, portanto, separadas da totalidade política. Eis o que buscamos analisar neste breve trabalho reflexivo sobre a função ideológica da medicina no contexto

brasileiro, a partir do trinômio médico-cliente-sociedade como situação fundamental no campo da atividade médica.

Relações terapêuticas. O que podemos constatar no campo da medicina pode ser igualmente observado no âmbito das demais ciências, desde a biologia à teologia. É fato generalizado que o empreendimento científico, principalmente as ciências naturais, apesar de ter proclamado a exigência de superação do dogmatismo antigo e medieval, através do movimento iluminista, tornou-se, atualmente, cúmplice do conservadorismo religioso e político-militar da sociedade industrial. Em nível geral veja-se quem está controlando as pesquisas nucleares, assim como a diferença existente entre o montante de verbas destinadas às ciências técnicas e às sociais. Basta que se observe, no âmbito das ciências da saúde, como se efetua o contato terapeuta-paciente. Esse relacionamento é cada vez menos considerado como contato educativo, relação pessoal.

Por outro lado, acentua-se cada vez mais o caráter técnico e objetual, devido aos atropelos da tecnoburo-cracia médico-industrial — nos últimos dias mais afetada pelos mecanismos da tecnociência que se interpõe entre ambos. Se a sociedade do homo consumens fabrica máquinas que agem como homens, o inverso também está acontecendo, dialeticamente, ou seja, formam-se homens que agem como máquinas. Desse contexto provém o novo tipo

de médico denominado tecnotrônico, cada vez mais distanciado do contato direto com as pessoas, em oposição ao médico humanista considerado espécie em extinção.

O "doutor" e o analfabeto. Em nossa realidade a relação médicocliente já faz parte da gama de relações autoritárias inerentes às sociedades capitalistas dependentes. Constitui-se de tal modo que todo cliente (chamado, não por acaso, paciente), diante do médico, é induzido a sentir-se como alguém que nada entende sobre sua saúde. Os médicos brasileiros, em sua maioria, como uma espécie de clero ou casta, sobretudo quando atendem em consultórios do Inamps ou outro órgão público (pior ainda quando em dependências empresariais particulares), tratam os clientes como ignorantes e analfabetos. Cada cliente é apenas mais um. Simplesmente olham as pessoas como um mecânico verifica as peças de um automóvel. As vezes nem assim procedem, pois olham de longe. Na verdade o paciente não consegue consultar o médico, mas apenas começa a falar

e é logo interrompido por uma receita. A palavra pertence ao médico, tradicionalmente chamado doutor, como extensão do modelo bacharelesco das faculdades de Direito. Começa aqui a dominação ideológica, por esse título, também conferido a vereadores, deputados, prefeitos e presidentes que jamais fizeram doutorado, mas apenas um curso de graduação.

Esse dado político-cultural, por insignificante que pareça, possui enorme peso simbólico, e serve para impedir a comunicação igualitária. E aqui se revela precisamente o esquema de dominação ideológica mais comum na sociedade brasileira: a relação de antinomia entre o doutor e o analfabeto, o que sabe e o que não sabe, o "sabido" e o ignorante, o rico e o pobre. Em última e primeira instâncias, uma dominação de classe.

Integrando esse contexto veja-se ainda que a denominação "paciente", própria do vocabulário médico, não é atribuída por mera questão técnica. O binômio médico-paciente também esconde essa relação de dominação em que apenas um é sujeito da ação terapêutica - o médico -, enquanto o

Se a sociedade consumista fabrica máquinas que agem como homens, também forma homens que agem como máquinas

outro apenas sofre a ação - é paciente, objeto de incidência da ação do sujeito. Melhor dizendo, sofre as consequências, obedece, sem poder duvidar do sujeito que raramente admite ter errado - o doutor.

Pela observação do aparelho ideológico do nosso sistema de saúde podemos constatar (com exceções, é claro) que essa postura é muitíssimo comum na categoria médica brasileira e reflete o autoritarismo das relações sociopolíticas padronizadas em nosso país. Além de revelar a concepção conservadora de saber, classe social e poder, presentes na consciência desses profissionais, como reflexo da mundivisão capitalista que lhes fora internalizada pelas universidades, tal postura demonstra a concepção de ciência como algo pronto e acabado, como saber possuído que não está aberto às possíveis mudanças a partir de situações históricas, bem como também provoca a reificação dos seres humanos, transformados em objetos, em "casos".

Não é sem razões que as pesquisas mais recentes da lingüística mostram a inseparável relação existente entre língua e ideologia, terminologia e dominação ideológica, lugar social e lugar epistêmico. O autoritarismo político passa consciente e inconscientemente para e pelo mundo da ciência. Esta é, até mesmo, entendida estritamente como uma espécie de arte mecânica a serviço do funcionamento do modelo econômico instalado, e dificilmente percebida como parte da engrenagem precisamente por causa da concepção capitalista de ciência como algo "neutro", "asséptico" e "apolítico",



estereótipo herdado do positivismo durkheimeano e aperfeiçoado pelo behaviorismo norte-americano ensinado em nossas escolas. Conseqüentemente, a concepção antropológica aí subjacente é, em última análise, mecanicista e pouca ou nenhuma relevância atribui aos fatores consciência, psiquê, cultura e dignidade humana.

Medicina popular. Há um desprezo visível da oficialidade médica em relação à sabedoria da medicina popular. Raramente os médicos consideram a influência da alimentação nos processos terapêuticos. Em geral a preocupação só se verifica em relação aos efeitos do sal, açúcar, gorduras, fumo ou bebida alcoólica. Porém, jamais consideram ou pelo menos pesquisam sobre a prática de algumas dietas populares que, inegavelmente, têm razões empíricas, sobretudo quando se trata de doenças infecciosas. Já escutamos de um camponês internado em hospital público: "Eu já não estou bom por causa das comidas reimosas que servem". Na verdade, ele sentiu em seu corpo os efeitos agressivos da alimentação. Vale salientar, mesmo, que não se trata de simples crendice popular infundada, pois sabemos que os alimentos são formados por componentes químicos e, por conseguinte, nada mais lógico que o seu efeito pró ou contra certos processos do metabolismo orgânico, principalmente quando se trata de doenças alérgicas.

A dificuldade reside em que a medicina acadêmica brasileira não realiza pesquisas sobre os hábitos alimentares do povo, sobretudo dos campesinos, e esquece até as próprias leis da evolução, deixando de perceber a influência mesocultural na constituição biopsicológica das pessoas. Sobre esse aspecto alguns escritos do eminente Josué de Castro continuam atuais; merecem ser revistas as considerações analíticas desse cientista sobre a alimen-



tação brasileira. Afinal, ainda predomina a medicina norte-americana de compêndios sobre patologia e técnicas cirúrgicas, que desconhecem, diga-se, as práticas populares e os procedimentos dos curandeiros pois não há pesquisas sistemáticas nesse campo, por ser algo encarado apenas como superstição - quando muito, há condenações em congressos. A parapsicologia, por exemplo, mesmo já com status de ciência, ao lado da psicologia e da psiquiatria, é a grande ausente em nossas faculdades. E a maioria dos cursos ou congressos rotulados como parapsicologia são mais encontros sobre espiritismo que sobre ciência.

O academicismo esquece que a medicina é histórica; que foi popular antes de se tornar ciência; que os primeiros médicos foram curandeiros; ainda mais, não estabelece contato com o conhecimento popular, quando deveria aprofundá-lo, por meio da visão científica e orientar o povo nas práticas terapêuticas, usando a mediação de centros comunitários de educação. Isso até diminuiria o congestionamento das emergências hospitalares e evitaria o atendimento "alinhavado". Aconteceria, assim, a co-aprendizagem e a

"colaboração" entre meio acadêmico e meio popular. Tal prática certamente parecerá absurda aos olhos do academicismo míope, por causa da concepção elitista de ciência, em nível oficial, e, sobretudo, em razão da política a que serve a medicina brasileira — a política capitalista onde imperam relações autoritárias de poder, em que alguns julgam possuir o saber, mandam e decidem sozinhos, e o povo apenas é objeto, é paciente, nunca sujeito coletivo.

Modificações profundas. É evidente que essa aparentemente simples mudança possui um conteúdo político bastante profundo e suporia medidas no sentido de:

1. em nível macropolítico — exigir do Estado uma nova política de saúde que não transforme os médicos em urgentistas e biscateiros de hospitais. A medicina é uma ciência muito nobre e os médicos, como sujeitos dessa atividade científica, não podem exercê-la na correria. Paralelamente, exigir uma organização hospitalar mais racional, mais democrática onde o poder seja coletivo, colegiado, priorizando a competência científi-

ca e extinguindo os famosos cargos de confiança do sistema, reflexos do autoritarismo militar.

2. em nível pedagógico - promover a pesquisa. Pois sem condições de estudo e reflexão nenhum médico ou qualquer profissional poderá desempenhar trabalho de nível científico razoável ou respeitável. Será apenas vítima de plantões e do espichamento da jornada de trabalho. Ampliar a visão de mundo dos currículos de medicina, dando-lhes conteúdo mais humanista e menos tecnicista.

3. em nível ético - diminuir o caráter burguês e alienante dos cursos de ciências médicas, montados só para os filhos das elites e al-

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Deterioração do tratamento hospitalar

Embora a avaliação do tratamento médico faça parte de uma extensiva agenda de pesquisa nos países desenvolvidos, este tópico sempre foi relegado pelas nossas autoridades de saúde. Comenta-se sempre que o volume de recursos financeiros para o setor saúde é insuficiente, porém nenhuma análise da relação entre custos e qualidade é apresentada. Na realidade, na maioria dos hospitais brasileiros a qualidade do tratamento vem se deteriorando, principalmente a partir de 1983, com a mudança da sistemática de pagamento hospitalar, que incentivou a redução de custos, já que o pagamento por procedimento é predeterminado. Assim sendo, observa-se que, de um lado, os hospitais reclamam dos baixos pagamentos recebidos e, de outro, o governo aumenta a quota de procedimento ou internações, no sentido de compensar as reclamações. Neste meio permanece o paciente com um tratamento de qualidade muitas vezes ofensiva. Consequentemente, a indústria hospitalar está crescendo e a saúde da população se deteriorando. Fonte: FSP, 29/8/91

guns da classe média, que em geral ignoram completamente a miséria popular e estudam apenas por questão de status ou carreirismo. Exigir dos candidatos à medicina compromisso educativo em relação ao povo, ou seja, que o critério de ingresso na universidade não seja apenas o vestibular. Introduzir nas faculdades a pesquisa sobre a vida popular. Tais medidas certamente diminuiriam a frieza moral comum no ambiente hospitalar brasileiro. tornariam mais dialógicas as consultas-relâmpago, diminuindo o índice de erros médicos e, consequentemente, estimulando o respeito à vida humana.

Saber acadêmico — vida popular. Afinal, pensamos ser impossível falar de conhecimento rigoroso como conceito moderno de ciência sem a prática permanente de uma pesquisa que relacione saber acadêmico e vida popular, sobretudo no que se refere à medicina. Nesse caso, deveria haver pelo menos um esforço no sentido de que a categoria médica conhecesse mais a realidade de nossa população, que é culturalmente de origem agrícola. Isso ajudaria na formação de terapeutas com mentalidade menos urbanista e mais pluralista, consequentemente mais realista. Haveria um enorme avanço na concepção da medicina científica rumo à superação da reificação das pessoas. Evidentemente, tal processo não pode acontecer sem um trabalho de politização que objetive a constante crítica ideológica dos universitários e dos grupos político-partidários que controlam as universidades, pela mediação de uma mundivisão superior que aponte as contradições e a ineficiência dos procedimentos da medicina industrial capitalista e iatrogênica praticada no Brasil.

Reinsistimos em que o atraso político da medicina ocidental, apesar de tecnologicamente muito O médico tecnotrônico, distanciado do contato direto com as pessoas, está substituindo o médico humanista. espécie em extinção

avançada, se deve, entre outros fatores: a seu atrelamento com a ideologia positivista que caracterizamos anteriormente; à concepção conservadora de ciência; à refratária rejeição da corporalidade humana como totalidade e centro de energia; à não-aceitação da perspectiva psicossomática que considere o corpo humano como algo mais que um feixe receptor de estímulos.

É necessário, por exemplo, que conheçamos mais a medicina dos povos orientais. É preciso superar a concepção de ciência como atividade politicamente neutra, para melhor se enfrentar os seus condicionamentos face às políticas governamentais. É preciso que se veja o conhecimento científico como saber que faz parte de um mundo histórico planejado politicamente a serviço de determinado projeto de homem e de sociedade e, por conseguinte, algo relativo, mutável, processual. Tal postura exige vontade política, ruptura ideológica em relação aos valores e projetos das classes dominantes com a contínua reformulação da concepção de ciência, mediante o confronto da mundivisão ocidental com outras mundivisões, bem como através da revisão sobre a relação médico-povo, num esforço epistemológico que redimensione e reconsidere nossas técnicas e métodos como invenções existentes sob o signo da provisoriedade, jamais como dogmas. Pois a ciência de hoje poderá vir a ser o senso comum do amanhã.

Marcelo Oliveira é professor de Filosofia na Universidade Católica de Pernambuco, sacerdote, e participa da Pastoral da Saúde na Arquidiocese de Olinda e Recife.



## 9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

## **UMA ANÁLISE DE RISCOS**

As conferências nacionais de saúde trazem a marca da conjuntura política em que se realizaram. Hoje, diante do agravamento da crise, a 9<sup>a</sup> Conferência é uma caixa de surpresas

Sônia Fleury

Não é possível falarmos da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) sem que mencionemos o significado político da 8ª CNS — para que um paralelo seja traçado —, já que esta decretou um profundo corte com o passado e redefiniu as perspectivas e expectativas quanto ao futuro.

O primeiro traço marcante em relação à 8ª CNS é o próprio contexto político no qual ela se processou - o período caracterizado como a "transição à democracia". Depois de duas décadas o País fervilhava no anseio democrático e nacional e na esperança de podermos juntos construir uma sociedade melhor. Não podemos, com as desilusões atuais, minimizar o que significaram a legalização dos partidos, a possibilidade de organização da população em vários níveis, a circulação de informações e o debate de idéias e projetos relativos à reforma legal e institucional. Para a 8ª CNS foram canalizadas as propostas de reformulação do conceito de saúde, da legislação sanitária e do sistema de saúde, expressas no lema Saúde direito de todos e dever do Estado.

Em uma breve avaliação podemos destacar os aspectos políticos mais importantes que cristalizaramse durante a realização da 8ª CNS:

• A radicalidade democrática do processo, no qual ficou garantida a



participação delegada dos representantes do Estado e da sociedade civil na discussão técnico-política que define os rumos da política de saúde;

- A criação de uma arena política na qual os interesses no campo da saúde podem ser confrontados mas também concertados, estabelecendo pactos políticos capazes de legitimar a ação governamental (como o que ocorreu entre as diferentes forças progressistas na 8ª CNS);
- A constituição e a intercomunica ção entre diferentes atores políticos
   movimentos de bairro, associações de usuários, sindicalistas,
   profissionais, intelectuais, etc. —,

necessárias à consolidação de qualquer processo democrático;

 O estabelecimento de estratégias de luta comuns — a Plenária da Saúde é o melhor exemplo — capazes de organizar o movimento e encaminhar o processo reformador.

Estes são pontos fundamentais na luta democrática, até mesmo capazes de resistir ao refluxo geral que a sociedade brasileira atravessa atualmente na sua trajetória pós-ditadura. O aprendizado, a experiência desses elementos vivenciados na 8ª CNS estão ainda muito vivos para que possam ser solapados pelos governantes de plantão.

#### AS CONFERÊNCIAS **NACIONAIS DE SAUDE**

Instituídas pela Lei 378 (1937) com o objetivo de fornecer orientações sobre a política de saúde, as conferências têm uma história pouco edificante. Ao longo de quase 50 anos, apenas oito foram realizadas até hoje. Em linhas gerais, elas refletiram diferentes momentos da conjuntura nacional e de institucionalização do setor de saúde.

As duas primeiras — em 1941, com Gustavo Capanema, e em 1950, com Pedro Calmon - trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitarismo, então vinculado ao Ministério da Educação e Saúde.

A 3ª Conferência ocorreu durante o governo João Goulart, época das reformas de base, sendo ministro Wilson Fadul. Os temas abordados foram a situação sanitária, a municipalização e a Política Nacional de Saúde. Foi a primeira conferência que tentou, de fato, discutir uma política setorial.

Em 1966, a 4ª Conferência foi presidida por Leonel Miranda, notável representante dos interesses da mercantilização dos cuidados à saúde, e teve seu temário esvaziado, tratando setorialmente dos "recursos humanos".

No período de 1975 até 1979, com um intervalo de dois anos, se realizaram a 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> conferências. Marcou esse período a cristalização de espaços de resistência à política governamental para a área da saúde. Diversos movimentos se organizaram e passaram a questionar a visão funcionalista do Sistema Nacional de Saúde, seus limites e distorções, e exigiram do Estado um conceito de saúde mais amplo.

Em 1986, com intervalo de seis anos e em processo de transição democrática, ocorreu a 8ª Conferência. Nessa foi grande a participação da sociedade civil, e foi quando surgiu a idéia do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Tema 7 - RADIS - Fundacão Oswaldo Cruz/CEDI

Caixa de surpresas. No entanto, o contexto político atual é totalmente antipopular e adverso às iniciativas baseadas nos princípios de justiça social e solidariedade.

A resistência da inflação e o aprofundamento da crise econômica; a eleição democrática de um governo de direita, que assumiu o liberalismo como o passaporte para o Primeiro Mundo (o que é ademais falso); a desintegração da sociedade em um mar de miséria e violência; a deterioração do governo em um lamaçal de corrupção; o colapso do socialismo e a divisão das esquerdas; são alguns aspectos da conjuntura atual que podem explicar o desencanto com a democracia e a falta de projetos coletivos. Ignorá-los seria tentar repetir na 9ª CNS o clima da 8ª, o que resultaria em mera farsa.

Mas há que considerar que o processo de descentralização, apesar de precário, certamente deslocou o eixo político para o nível local, alternando o já consolidado jogo de poder das elites políticas.

A reformulação do conceito de saúde e da legislação sanitária marcou a 8<sup>a</sup> Conferência

Em que medida esse processo responde aos nossos anseios de participação e controle social é uma questão em aberto. A plenária da 9ª CNS será, como a da anterior, uma caixa de surpresas.

Aqueles que têm o que perder - governo, ministros, secretários estaduais, burocracia, empresários, etc. - vão, como ocorreu na 8ª CNS, tentar evitar (postergar) surpresas que possam ser desagradáveis. Aqueles que não têm a perder, que estão comprometidos na luta democrática, vão tentar avançar e realizar, apesar de tudo, a 9<sup>a</sup> CNS.

A correlação de forças definirá o que vai ocorrer. É preciso correr o risco!

Sônia Fleury é coordenadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes) da ENSP/Fiocruz e professora da Ebap/FGV.

#### SAUDE NO BRASIL HOJE

#### Câncer

Segunda causa de mortalidade no Brasil, o câncer - já considerado um problema de saúde pública pode fazer 99 mil mortes por ano, até 1994, segundo estimativas do próprio Instituto Nacional do Câncer. Nos países do Terceiro Mundo, a frequência de câncer no número total de óbitos é de 5,5%. Nos países desenvolvidos a taxa sobe para 19%. No Brasil, já alcança 11%, quase o dobro do esperado para um país pobre. Bélgica, Holanda e França são os países que detêm as maiores taxas de mortalidade por câncer no mundo. As taxas brasileiras da doença em crianças são consideradas bastante altas, embora não seja possível afirmar que tenham aumentado em relação a anos anteriores. Em relação aos países mais desenvolvidos, o Brasil apresenta grandes deficiências no tratamento, pois exames como tomografia computadorizada e ultra-sonografia não são acessíveis a toda a população. Com isso, as que mais sofrem nos países subdesenvolvidos são as crianças. O câncer pode atingir crianças de todas as idades, até mesmo recém-nascidas. A causa de um surgimento tão precoce está na herança genética da doença. Aliás, esta é a causa por trás da grande maioria dos casos de câncer infantil, já que crianças e adolescentes não possuem tempo de vida suficiente para se exporem aos fatores ambientais do câncer como fumo, má alimentação, poluição e outros.

Fonte: Súmula nº 38, janeiro/91, Fiocruz, JB, 16/9/91



## FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

## QUEM PAGA A CONTA E QUEM SE APROPRIA DOS RECURSOS

Mozart de Oliveira Jr., Maria Luiza Jaeger, Gilson Carvalho, Edmilson Leão

O discurso de campanha do presidente Collor apontava para a meta de gastos de 10% do PIB com saúde, até o final de seu governo. Verifica-se que a promessa não vai ser cumprida mantendo-se a atual política econômica



O círculo do financiamento não abre as portas para a maioria do povo. Rio de Janeiro.

setor social sempre teve um tratamento marginal dentro das políticas públicas no Brasil. A área de saúde não é exceção. Apesar de a maior parcela dos recursos para o financiamento das atividades da área social ter como origem aparente os orçamentos federais, tais recursos sempre tiveram como fonte as contribuições de empregados e empregadores. O governo federal destinou uma parcela muito pequena de sua receita fiscal para a seguridade social e saúde. Ao contrário, na maioria das vezes, retirou recursos da seguridade social para financiar investimentos em outras áreas.

Essa política é coerente com a visão dominante do papel do Estado brasileiro, consolidada a partir do governo Vargas. O Estado é encarado como uma alavanca para propiciar o desenvolvimento capitalista, e assume diretamente a execução de grandes obras de infra-estrutura (rodoferroviária, portuária, etc.), além de financiar diretamente a indústria de base, elemento indispensável, segundo essa concepção, para fornecer o alicerce necessário ao acúmulo de capitais, considerado motor de um futuro e próspero capitalismo brasileiro.

A consequência óbvia desse modelo de desenvolvimento foi o atrofiado financiamento de atividades de interesse social e coletivo. Dessa forma, o ônus de criar um sistema de seguridade social ficou sobre os ombros dos trabalhadores que, já na década de 1920, criaram as Caixas de Aposentadoria e Pensões e, posteriormente, os Institutos de Aposentadoria e Pensões, unificados em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Somente muito recentemente o papel do Estado "empreendedor/empresário" começou a ser debatido, ainda assim maquiado pelo discurso "modernizador" do governo Collor.

#### **PAPEL DO ESTADO**

A universalização do acesso e a equidade na atenção estão em xeque, embora permaneçam presentes no discurso oficial. De qualquer modo, pensar em uma revisão dessa política passa necessariamente pela definição clara de alguns pontos: qual deve ser o papel do Estado; quais as prioridades e quem as define; e, como consequência, onde serão alocados os recursos disponíveis.

A área social (e dentro dela a saúde) é efetivamente prioritária? Nesse caso, os recursos do orçamento fiscal da União, somados aos dos estados e municípios, devem financiar parte importante dos gastos da seguridade social, o que não vem ocorrendo.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1992 define em seu artigo 28, parágrafo 3º, que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, excetuando-se o seguro-desemprego, devem ser gastos com saúde. Considerando-se a previsão orçamentária de 1992 para a seguridade social de US\$ 51.4 bilhões, e retirando-se o valor de US\$ 3,2 bilhões, referente ao seguro-desemprego (Fundo de Amparo do Trabalhador – FAT), restariam US\$ 48,2 bilhões. Trinta por cento desse total representa um montante de US\$ 14,4 bilhões para o Ministério da Saúde. (Os valores do orçamento federal têm como base o mês de abril. Para esse mês o dólar médio foi de Cr\$ 260,73, valor utilizado para os dados apresentados acima).

Na realidade, no entanto, US\$ 2,3 bilhões do total estão distribuídos entre os ministérios de Ação Social (US\$ 950 milhões), Educação (US\$ 1,17 bilhão) e Trabalho e Previdência Social (US\$ 88,4 milhões). Ou seja, o valor destinado ao Ministério da Saúde representa 24,2% do orçamento da Seguridade Social (US\$ 12,4 bilhões).

O saneamento básico é definido na Lei 8.080 como ação suplementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e financiado com recursos de outras fontes (artigo 32, parágrafo 3°) e é ilegal sua inclusão no orcamento do Ministério da Saúde.

A Constituição federal (artigo 200) e a Lei Orgânica da Saúde – LOS (artigo 6°) definem com clareza o que são as ações "típicas", do SUS, detalhando mesmo as atribuições comuns e específicas de cada esfera de governos (artigos 15 a 18 da LOS).

#### PROPOSTAS PARA A CONFERÊNCIA

Diante desse quadro, mais do que nunca é necessário retirar da 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde propostas que apontem para uma reversão da tendência histórica de distanciamento entre discurso e prática das políticas de financiamento da área de saúde.

Como contribuição ao debate, apresentamos pontos que, uma vez cumpridos, representarão aporte substancialmente maior de recursos à seguridade social e ao Ministério da Saúde.

- 1. Garantia de comprometimento de, no mínimo, 10% da receita fiscal com a seguridade social, e deste orçamento, pelo menos 30% destinado ao Ministério da Saúde (e não ao "setor de saúde").
- 2. Fiscalização rigorosa da arrecadação dos recursos do Finsocial. O repasse dos recursos arrecadados pela União para a seguridade social deve cumprir rigorosamente os prazos da lei (a cada dez dias). Outro impasse que exige rigorosa fiscalização é aquele advindo da

contribuição sobre o lucro das empresas.

- 3. Pagamento das dívidas do governo federal com a seguridade social.
- 4. Redução imediata da sangria representada pelo pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) com recursos do Orçamento da Seguridade Social.
- 5. Além da necessária transparência nas investigações das fraudes e na divulgação dos valores devolvidos aos cofres públicos, constituição de uma comissão de acompanhamento permanente do Conselho Nacional de Saúde, que analise as investigações, e implantação, no menor prazo possível, de efetiva participação dos trabalhadores na gestão da seguridade social.

## Gasto total em saúde segundo a esfera de governo e setor privado — 1989

Origem do gasto	dólar/per capita/ano	% do PIB
Federal	50,04 (55%)	2,27
Estadual e municipal	11,39 (12%)	0,51
Privado	30,25 (33%)	1,40
Total	91,68 (100%)	4,18

Fonte: Médici, André. 1991

#### Gasto com saúde em alguns países Valores em dólar *per capita* e porcentagem do PIB — ano de 1987

País	dólar/ per capita	% do PIB
Etiópia	3,9	3
Chile	65,5	5
África do Sul	75,6	4
Brasil	80,8	4
Colômbia	86,8	7
Argentina	95,6	4
Guatemala	123,5	13
Uruguai	131,4	6
Itália	724,5	7
Suécia	1710,5	11
EUA	2594,2	14
Suíça	3199,5	15

O financiamento atrofiado para atividades de interesse social e coletivo é consequência do modelo de desenvolvimento vigente em nosso país

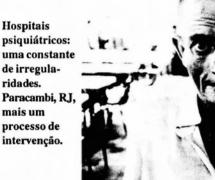
> 6. A economia informal é outra fonte incalculável de evasão de receitas. Os cálculos variam entre 13% e 50% do PIB, e seus reflexos mais graves incidem exatamente sobre as contribuições para a seguridade social, utilizam os serviços de saúde mas não contribuem enquanto cidadãos. Evidentemente, não existem soluções milagrosas, porém, é necessário e urgente que sejam criados mecanismos de controle frente às diversas áreas atingidas, a partir do crescimento

posição frontalmente contrária a qualquer reforma tributária que tenha por objetivo jogar ainda mais sobre os trabalhadores a responsabilidade de custear benefícios básicos, direitos elementares de uma sociedade que já atingiu o grau de desenvolvimento econômico do Brasil.

9. A 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde deve definir critérios transparentes para o repasse dos recursos destinados a investimentos em obras e instalações, reformas, ampliações, etc., evitando assim que continuem em vigor critérios tão condenáveis como os atuais.

10. A Lei Orgânica da Saúde (8.080) prevê o acesso aos serviços de informática e base de dados dos

J. R. Ripper/Imagens da Terra





da economia informal no País, principalmente para aquelas que dizem respeito à seguridade social e saúde do cidadão brasileiro.

7. Sugerimos a proibição total de qualquer desconto de tratamento de saúde no Imposto de Renda, como forma de universalizar-se verdadeiramente o sistema. Não aceitamos a idéia do SUS para os pobres, dando aos que podem pagar a opção de descontar seus gastos no Imposto de Renda.

8. É fundamental que tomemos

ministérios da Saúde e Trabalho e Previdência Social. Portanto, cabe a estes ministérios viabilizarem o cumprimento da lei.

11. Mais importante que todas essas medidas para o incremento dos recursos para a seguridade social e saúde é a retomada do crescimento econômico com o fim da recessão.

#### A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO SUS

Por lei, todos os recursos destinados à saúde devem ser centralizados no Fundo Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) defende que este fundo seja orcamentário, contábil e financeiro, sob a gestão do Ministério da Saúde.

O acompanhamento e a fiscalização da execução orçamentária do Fundo ficam a cargo do Conselho Nacional de Saúde, que deverá se estruturar melhor para executar a tarefa, até mesmo com a assessoria especial, conforme a necessidade.

Genericamente defendemos que fiquem no nível federal apenas os recursos necessários para: manutenção da máquina administrativa; desenvolvimento científico e tecnológico da área de saúde; fiscalização e controle de qualidade de equipamentos, medicamentos e imunoderivados; produção de medicamentos básicos, através da Central de Medicamentos (Ceme), etc.; apoio técnico a estados e municípios; e controle de endemias e epidemias ou surtos esporádicos.

O restante dos recursos deve ser transferido a estados e, principalmente, municípios, responsáveis pela prestação direta de serviços. De acordo com a Lei 8.142, provisoriamente, 70% dos recursos seriam transferidos a municípios e 30% aos estados.

#### O REPASSE AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

O artigo 35 da Lei 8.080 define que a transferência dos recursos federais a estados e municípios será feito de maneira direta e automática. Entretanto, como o artigo ainda não foi regulamentado, foram criados critérios 'provisórios', que mudam completamente o sentido da lei e só se referem a uma parte dos recursos do orçamento do Inamps, e não do conjunto dos recursos do Ministério da Saúde.

É na área ambulatorial que ocorrem as mudanças mais profundas. Foi criada a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que será um fator de ponderação para o volume dos recursos repassados aos estados que, multiplicado por sua população, vai determinar o valor global que cada unidade da Federação receberá para atendimento ambulatorial.

Várias críticas têm sido feitas em relação a essa forma de pagamento, dentre as quais se destacam:

- 1. a UCA não diminui as desigualdades regionais na distribuição dos recursos e, ao mesmo tempo, não superou os problemas financeiros dos estados mais desenvolvidos:
- 2. representa um sistema de compra de serviços públicos e privados, com pagamento por procedimentos, estimulando seu incremento, determinando na prática a persistência de um modelo de atenção à saúde, sabidamente falido e caro, principalmente em um país onde se gastam 90 dólares per capita por ano, além de ser contraditório com toda a proposta de descentralização das ações, ferindo a autonomia dos municípios na organização dos Sistemas Locais de Saúde;
- 3. o pagamento de ações individuais e curativas consolida o problema mencionado no item anterior. Já foi dito que no Brasil é a tabela do Inamps que define o modelo assistencial hegemônico;
- 4. definição de valores da UCA sem levar em conta o perfil epidemiológico, demográfico e outros critérios do artigo 35 da Lei 8.080.

Todavia, apesar de a proposta ter sido colocada em execução no início de 1991, em julho a maioria dos estados ainda não estava organizado (ou não tinha a decisão política de estar) para seguir as novas determinações legais.

#### PROBLEMAS ADICIONAIS QUE **NECESSITAM SER SUPERADOS**

O principal obstáculo a ser transposto na política de financiamento do SUS, garantido um volume de recursos satisfatórios, é a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, que define a transferência regular e automática dos recursos, segundo a combinação dos seguintes critérios: 1. perfil epidemiológico da região; 2. perfil demográfico da população; 3. características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; 4. desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior: 5. níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais; 6. previsão do plano quinquenal de investimentos; e 7. ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo.

Enquanto o artigo 35 não for regulamentado e permanecerem as exigências da Lei 8.142 para a municipalização efetiva dentro do SUS, os estados também devem cumprir as exigências legais para receber as transferências dos recursos federais, criando os Fundos Estaduais de Saúde, os Conselhos de Saúde paritários, etc.

# proposta

Assinatura anual: 4.500. Número avulso: 1.200,

Se preferir faça sua assinatura pelo telefone 7 (021) 285-2998 - ramal 405

**団FASE** 

Rua Bento Lisboa, 58 - Catete - Rio de Janeiro - RJ - 22221 - Tel. (021) 285-2998

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Nanismo

Pesquisa realizada entre estudantes de 7 a 17 anos da Grande Recife revelou que 12% sofre de nanismo, um percentual quatro vezes superior ao aceitável pelos nutricionistas nessa faixa etária. Entre mais de cinco mil crianças de 25 escolas da rede estadual na Grande Recife, pesquisadores constataram deficiências de até nove centímetros na altura e nove quilos no peso em relação à medida padrão para a faixa etária. Além de constatar o mal causado pela pobreza e a desnutrição, a pesquisa revela ainda que a merenda escolar apontada como solução nacional para o problema - vem atendendo a menos de 10% das necessidades nutricionais dos estudantes, vítimas do baixo rendimento escolar e altos índices de repetência. Fonte: Súmula, nº 38, janeiro/91, Fiocruz

Finalmente, os recursos humanos representam um dos mais graves obstáculos à municipalização. É imprescindível que criemos mecanismos para contornar o problema. A disparidade salarial entre os níveis federal, estadual e municipal tende a inviabilizar o Sistema.

Em relação à formação de recursos humanos, o quadro também é desalentador. Os municípios e parte dos estados não dispõem de pessoal habilitado para promover a necessária mudança no modelo assistencial, condição indispensável para o êxito do SUS. A União e os estados que puderem devem priorizar o investimento em formação e reciclagem de recursos humanos, apoiando tecnicamente os municípios.

Mozart de Oliveira Jr. é secretário de Saúde de Timóteo (MG). Maria Luiza Jaeger é secretária de Saúde de Porto Alegre (RS). Gilson Carvalho é secretário de Saúde de São José dos Campos (SP). Edmilson Leão é secretário substituto de Saúde de São José dos Campos (SP). Eles integram a Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).



Os planos de saúde pública no Brasil têm sido vítimas de descontinuidade administrativa, ineficácia e manipulações políticas. O Sistema Único de Saúde (SUS), uma proposta abrangente, corre o risco de se inviabilizar, frente aos projetos da privatização, tão incentivados pelo atual governo brasileiro

## SAÚDE PÚBLICA **POLÍTICAS DESCARTÁVEIS**

Mariska Ribeiro

ineficácia da saúde pública no A Brasil de hoje não se apóia tão-somente na falta de recursos financeiros decorrente da crise econômica sem precedentes por que o País está atravessando, geradora, por sua vez, de um quadro de deficiências de recursos técnicos e humanos indispensáveis a um mínimo de qualidade no atendimento à população. Não se pode ser também creditada, apenas, à desmotivação dos já insuficientes funcionários, face aos baixos salários e à desvalorização profissional de que são vítimas. Embora todas essas circunstâncias componham o "relevo" do quadro dramático por que se representa hoje a rede oficial de saúde, é preciso olhar atentamente o fundo, onde outro desenho se repete contínua e insistentemente, cobrindo toda a extensão do quadro.

O desenho de fundo reflete políticas públicas bem traçadas, quase sempre coerentes com as aspirações de justiça social e modernidade, formuladas a partir de assessorias progressistas de insuspeitada competência. Apesar disso, não se atualizam em práticas capazes de reverter o relevo, ou seja, em ações concretas que se traduzam em benefícios reais para os usuários dos serviços médicos da rede.

Não se trata de nenhuma constatação nova o fato de que as administrações públicas se constituem na maior parte das vezes em estratégias eleitorais, capazes de favorecer interesses políticos e de garantir a ascensão ao poder ou a manutenção dele. Esse caráter de 'degrau' confere aos cargos públicos uma condição privilegiada de 'palco' ou 'pódium', onde é preciso mostrar 'performances' e exibir troféus. Não é de se estranhar, portanto, que a cada gestão as políticas públicas, formuladas em função dos interesses da população como um todo, sejam alienadas desses fins para coadjuvar ou justificar um conjunto de atuações voltadas mais para o efeito pirotécnico que possam produzir do que para atender a quem precisa e faz jus a elas.

#### **DESCONTINUIDADE ADMINISTRATIVA**

No Brasil, como qualquer observador um pouco mais atento pode perceber, é impensável que um administrador dê continuidade à política, programa ou projeto iniciados por aquele que o precedeu. Grande parte do período de qualquer nova gestão gasta-se em desmanchar os rastros do antecessor, desfazer vestígios, apagar lembranças do grupo que saiu do poder. Não há critério de escolha entre o

que deu, estava dando ou iria dar certo e o que, na realidade, já comprovara sua ineficácia. É preciso trocar tudo de lugar, de mesas e cadeiras até funcionários do primeiro ao terceiro escalões, porque as novas equipes deverão ser completamente descomprometidas com as idéias e programas da gestão anterior e, sobretudo, porque a "dança das cadeiras" facilita o clientelismo e favorece interesses partidários. Rei morto, rei posto, esqueça-se tudo, recomece-se do nada, terra arrasada, zero no velocímetro.

Sobre as marcas apagadas é preciso imprimir características pesintransferíveis, impressões digitais daqueles que agora ocupam o poder. Nesse afă perde-se, às vezes, metade de um período de governo e gasta-se a outra no que se chama de fase de adaptação, reconhecimento de terreno, levantamento de prioridades, o que conduzirá a planejamentos, reestruturações, desenhos de novos projetos. Tudo isso sob as bênçãos de uma burocracia estatal cada dia mais emperrada, onde o tráfico de influências é prática rotineira e assimilada por todos.

#### TRAMPOLIM ELEITORAL

Quando termina um tempo de governo, sem que, obviamente, se tenha concluído qualquer projeto, os sucessores assumem, imbuídos das mesmas intenções, apoiados nos mesmos mecanismos que transformam as administrações em uma acumulação de fracassos, descartando as propostas modernas contidas nos documentos e inviabilizando qualquer esforço ou ação coletiva de implantação dessas propostas. Embora esse processo não seja privilégio das administrações na área de saúde pública, a questão se torna bem mais grave quando estão em jogo seres humanos, sempre em condições de fragilidade, muitas vezes em situações-limite entre vida e morte.

Nos últimos seis anos o Brasil

teve cinco ministros da Saúde. Nos estados, é sabido que o cargo de secretário é quase sempre trampolim e mola para aspirações ao Legislativo, o que leva os titulares a raramente concluírem os mandatos, desincompatibilizando-se antes para concorrer a cargos eletivos. Não é de se admirar, portanto, o estado de calamidade pública em que se encontra hoje esse setor governamental. No entanto, não se pode acusá-lo de não ter sido capaz de produzir, nos últimos anos, políticas progressistas e revolucionárias no sentido de modernizar-se e de aumentar a eficiência.

#### **EXEMPLOS CONCRETOS**

Podemos tomar aqui como exemplos o Sistema Único de Saúde (SUS) - que se constitui em uma política abrangente que propõe modificações substanciais em todo o funcionamento da rede pública oficial do País - e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), também uma política moderna, capaz de responder às aspirações de pelo menos metade da população. O improfícuo esforço de implantação dos dois programas são ilustrações primorosas do quadro que pretendemos descrever acima.

Para definir a filosofia do SUS. transcrevemos as palavras de um dos criadores e principais defensores, dr. Hésio Cordeiro, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj):

"A gestão do Sistema Único estabelece que o órgão federal único (Ministério da Saúde) terá como atribuição primordial a de políticas nacionais, eximindo-se da execução direta das ações finais, que serão atribuição dos municípios e dos estados, quando se tratarem de ações regionais ou estaduais de referência. Portanto, a descentralização é assumida como princípio administrativo, cabendo aos estados apoiar, assessorar e coordenar o Everaldo Rocha / Imagens da Terra

Uma constante da falência de políticas de saúde: profissionais em greve atendem emergência

processo de municipalização".

"(...) Outro aspecto importante é a implantação das formas de controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde, de Conselhos Comunitários dos distritos e unidades de saúde. As competências e as composições dos conselhos deverão ser estabelecidas pelas leis orgânicas municipais" (Hésio Cordeiro. A municipalização da saúde na estratégia para o Sistema Único de Saúde. In: "O Município e o Sistema Único de Saúde", IBAM, 1990).

Apesar desse otimismo, o que se viu nos últimos dois anos foi que a crise em que há muito tempo vem se debatendo a saúde pública brasileira atingiu o ponto máximo com o esfacelamento das estruturas de poder literalmente implodidas pelo SUS, que ora se arrasta na tentativa de soerguer-se sob as ruínas das políticas anteriores. Entre os resultados da crise está a deterioração das instalações médicas, sacrificando em quantidade e qualidade o atendimento ao público e inviabilizando os já precários cuidados primários à saúde - consequências inevitáveis do emperramento da máquina burocrática, do arrocho salarial e do cada vez mais baixo percentual de verbas destinadas à saúde.

A descontinuidade administrativa na área da saúde pública é mais grave pois o que estão em jogo são seres humanos, muitas vezes em situações--limite entre vida e morte

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### **Tuberculose**

No Rio de Janeiro, pelo menos uma pessoa morre por dia de tuberculose, lamenta o pneumologista Germano Gerhardt, da Fundação Ataulfo de Paiva, que há dez anos descobriu que a tuberculose poderia ser curada após seis meses de tratamento, através da ação conjunta de três tipos de antibióticos. Esse tipo de tratamento, que começou no Brasil, é atualmente adotado em todos os países desenvolvidos. Segundo Gerhardt, até o ano passado os casos de tuberculose vinham diminuindo a uma velocidade de 4.5% ao ano. "Mas os números mostram que a doença já aumentou em São Paulo e no Rio, provavelmente devido ao impacto da aids, que torna o indivíduo mais vulnerável à doença", destaca Gerhardt, lembrando que o mesmo está ocorrendo nos Estados Unidos. "O problema é que a força da tuberculose no Brasil é seis a oito vezes maior que nos países desenvolvidos".

Fonte: JB, 19/8/91



Vida na
periferia,
situação-limite:
Ana Miranda
contraiu
leptospirose
em enchente no
Rio de Janeiro

#### A QUESTÃO DOS RECURSOS

O SUS é uma antiga reivindicação das forças progressistas dentro da saúde pública, programado com a intenção de racionalizar recursos financeiros, espaciais e humanos, alocando-os sob a responsabilidade única das prefeituras municipais, e de aumentar os canais de participação popular nas decisões sobre a utilização desses recursos. No entanto, até o momento, ele continua criando mais impasses do que apresentando soluções, porque, como todos os programas governamentais de largo espectro, sofre impactos políticos tão graves quanto os já assimilados, de ordem burocrática e financeira.

Um desses impactos diz respeito à função repassadora de recursos atribuída a algumas secretarias estaduais, o que permite a manipulação das verbas segundo interesses partidários. Outro diz respeito à não-promoção da isonomia salarial entre funcionários federais, municipais e estaduais, todos agora incluídos numa mesma rubrica de atribuições e competências. Essa questão levou o novo sistema a enfrentar enorme insatisfação por parte dos profissionais de saúde das áreas estadual e municipal, cujos salários são mais baixos que os da área federal e discrepantes também entre si. Essa insatisfação, somada às más condições técnicas de trabalho, vem resultando na eclosão freqüente de greves, tão ineficazes quanto 'invisíveis' por parte da população — descrente e desesperançada em relação a serviços que se habituou a receber só em casos de emergência — e das autoridades — supostas de apostar na falência da saúde pública em função do já amplamente confessado desejo de privatizá-la.

Até aí poderíamos considerar que essas são questões inerentes ao interjogo das forças democráticas. Entretanto, como todo o processo se faz acompanhar da dinâmica anteriormente descrita, ou seja, substituições, mudanças, interrupções e recomeços na gestão do programa, tem-se a impressão de que muito tempo ainda nos separa da implantação definitiva do SUS, agora ameaçado de falência total face aos projetos de privatização da saúde.

#### **SAÚDE DA MULHER**

Um outro exemplo de inoperância administrativa, mais seriamente comprometido do que o SUS, é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Ele foi criado em 1985 no âmbito do Ministério da Saúde como resposta a pressões do movimento de mulheres que, desde 1975, alertava in-

sistentemente para a necessidade de uma atenção específica a este segmento da população.

Por ter o caráter de resposta a um movimento social, o PAISM apareceu como um sopro de modernidade entre as políticas públicas vigentes, até mesmo porque sua formulação contou com a ativa participação de equipes de organizações não-governamentais (ONGs) com larga experiência de trabalho junto às mulheres pobres do País. A proposta era bastante abrangente, capaz de promover a saúde ginecológica das mulheres por meio de práticas educativas, preventivas e terapêuticas.

Bem aceito pela classe política e aplaudido pela sociedade civil, o Programa, entretanto, desagradou a Igreja Católica porque trazia, entre os propósitos, a implantação de ações destinadas a promover o planejamento familiar. E esse voto contrário foi fatal para seu destino. Há seis anos o PAISM se arrasta de fracasso em fracasso, já virou PAISMC - porque se acrescentou a ele a criança -, voltou a ser PAISM e nada aconteceu. Só não foi completamente extinto em função da ação vigilante do hoje já desativado Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e dos conselhos estaduais correlatos.

A saúde pública brasileira não precisa de boas idéias, posto que já as tem. Elas existem, estão por aí, perdidas em gavetas ou em documentos esquecidos que alguém não leu por falta de tempo ou curiosidade. Ela precisa, sim, da vontade política de atender efetivamente os usuários. Precisa da superação de vaidades pessoais em benefício de uma dose maior de espírito público. Precisa, sobretudo, ser devolvida a seu verdadeiro proprietário, a cujo serviço se deve, respeitosamente, colocar — o povo brasileiro.

Mariska Ribeiro é coordenadora do Projeto "Educação de Mulheres para a Saúde" do IDAC — RJ.



## **COLEGIADOS DE SAÚDE** E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Miriam Suzete de Oliveira Rosa

proposta de participação surge no discurso oficial a partir dos anos de 1960, numa tentativa de canalizar a mobilização popular para atuar em áreas sociais restritas, buscando superar a marginalidade em que se encontravam parcelas da população, através de medidas compensatórias.

Na saúde, a participação inicialmente se expressa na extensão da cobertura dos serviços básicos, sem modificações essenciais em sua estrutura, com a população usada como recurso adicional. Nessa fase, prolifera o número de treinamento de voluntários de saúde, aumentam os programas comunitários que empregam mão-de-obra gratuita em mutirão, construção de fossas, postos de saúde, poços, etc. Dessa forma, o termo participação parece ser, sabiamente, manipulado e utilizado para determinados programas, com a finalidade de agregar a população marginalizada a um serviço de saúde que mantêm toda uma situação de reprodução, tanto da força de trabalho, como do saber técnico instituído.

Medicina simplista. A ampliação numérica da rede de serviços e equipamentos de saúde nas periferias das cidades, a utilização da população como executora de algumas tarefas e o estabelecimento de métodos simplificados nos atendimentos das populações de baixa renda aumentaram significativamente o número de atendimentos, sem, garantir, contudo, a

Nas instâncias colegiadas de saúde há muita ambigüidade sobre o efetivo papel da participação popular, que muitas vezes serve apenas para legitimar o poder e a ação de controle do Estado

"corretos" pelo padrão de saúde oficialmente aceito. Passam a tratar os outros usuários com métodos tão autoritários quanto os já vivenciados no interior dos serviços de saúde que já utilizaram.

Participação e Estado. Na década seguinte, a participação começa a surgir e fazer-se presente no dis-

Marcelo de Oliveira / Imagens da Terra



COM

qualidade e a resolutividade dos serviços prestados. Tudo isso facilitou o acesso geográfico aos serviços, mas não reduziu a inacessibilidade cultural e social para a população a quem estão destinados. Os próprios beneficiários passam a ser mão-de-obra não pensante de uma medicina simplista, reproduzindo, através de técnicas mecânicas acriticamente aprendidas, comportamentos considerados curso do Estado, no intuito de consolidar e manter a hegemonia exercida sobre a classe dominada e apropriar-se dos movimentos populares que reivindicam a participação, na tentativa de caracterizá-la como algo concedido.

A diferença entre a proposta de participação no contexto da política desenvolvimentista da década de 1960 e a atual é apontada como aquela que trata da participação no sentido de "formar parte de", isto é, facultar o acesso a determinado serviço, enquanto que esta reporta-se a "tomar parte em", o que significa que os indivíduos participam quando incorporados ao grupo que pode definir o que deverá ser realizado.

Os canais oficiais de expressão da população no setor de saúde passam a ser oferecidos a partir de 1984, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que criam as Instâncias Colegiadas de Saúde.

Na prática, esses colegiados têm as mais diversas composições: uns restritos à figura do secretário de Saúde, prefeito e demais "autoridades"; outros, com representações populares paritárias e até majoritárias, dependendo muito do nível de organização e mobilização da população local.

A esses colegiados é dado, através dos discursos institucionais, um poder de decisão sobre o planejamento e a gestão dos serviços de saúde que de fato não possuem, pois não há alteração na forma de financiamento dos serviços, e as verbas para o setor, além de restritas, ficam muito aquém das necessidades, além de definidas, ainda, por muitos centros de poder do Estado.

Essas propostas de participação popular no interior das instâncias institucionalmente criadas expressam o poder e a ação de controle do Estado sobre os mecanismos de participação, orientando as formas de mobilização que interessam. Estabelece-se, a partir daí, a idéia de que mobilização popular é um ação coletiva, liderada pelo aparelho de Estado e limitada a resolver problemas imediatos de disfunção institucional, detectados por uma administração local que, por se ver restringida no financiamento do setor, apela para recursos extras, através do grupo populacional que utiliza os esses serviços.

O aumento do acesso geográfico aos servicos de saúde não reduziu a inacessibilidade cultural e social da população a quem estão destinados

Ambigüidade. É importante alertar que a participação social é uma proposta ambígua, que pode ter o objetivo tanto de fortalecer o saber e o poder popular, como de fundamentar programas de manipulação das classes oprimidas.

A vivência sistemática, fora do espaço formal da prestação de serviços, nos colegiados de saúde, proporciona um processo coletivo de aprendizagem, porque reduz as distâncias existentes entre os que representam o saber institucionalmente constituído e os segmentos populares. Obriga a todos a tratarem de igual para igual problemas que fogem da "competência do saber especializado dos profissionais", mas não do conhecimento de vida dos setores po-

#### Hanseníase

SAÚDE NO BRASIL HOJE

De acordo com estimativas da Divisão de Hanseníase do Ministério da Saúde, este ano deverão ser registrados aproximadamente 30 mil novos casos da doença no País, já que a média nacional de crescimento encontra-se em torno de 5% ao ano. O índice de prevalência de 1,8 por mil habitantes é considerado alto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Conforme o último levantamento feito pelo Ministério, em 1989 existiam 266.578 casos, e naquele mesmo ano foram registrados mais 27 mil casos, o maior número historicamente observado.

Fonte: Súmula nº 41, abril/91, Fiocruz

pulares, desmistificando, assim, o endeusamento dos profissionais de saúde.

Os problemas de saúde expressos pelos setores populares necessitam muito mais que meros procedimentos técnicos; exigem posições e opções políticas que revertam em ações transformadoras, não setoriais.

A participação popular nas Instâncias Colegiadas de Saúde gera um processo de educação que desenvolve a consciência crítica dos sujeitos históricos nele envolvidos, e desperta o sujeito coletivo para a conquista de seus direitos. Para tanto, exige-se dos movimentos populares e dos "profissionais progressistas" que participam desses foros que assumam com criticidade o uso do espaço do Estado que lhes é concedido, vivenciando a ambigüidade de estar taticamente dentro do sistema e manterse estrategicamente fora, para apreender, com ele e dentro dele, novas formas de resistência ao projeto domesticador das minorias que se encontram no poder. O resultado desse processo coletivo pode capacitar a sociedade a intervir nas políticas públicas com poder decisório, para definir as prioridades de investimentos e as metas para atender as reais necessidades apontadas pela maioria da população, construindo, na prática, o controle social como um direito de cidadania.

Miriam Suzete de Oliveira Rosa é enfermeira sanitarista, mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e supervisora de Infra-Estrutura e Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Texto parcialmente extraído da dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1989) sob o título: "Educação em Saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia?", da mesma autora.



Assistência

profissionais

da CCPY -

microscopista

- e funcionária da SUCAM

na área:

médica e

Inicialmente, em relação ao contato com doenças infecciosas, a população yanomami sofreu a ocorrência de surtos localizados e esporádicos. O quadro epidemiológico se alterou profundamente a partir de 1987, com a invasão dos garimpeiros. Dois impressionantes depoimentos, de um médico e de um antropólogo, mostram a gravidade da expansão da malária nessa população indígena

## HISTÓRIAS QUE OS MÉDICOS **DEVIAM APRENDER A CONTAR**

István Van Deursen Varga

e a gente não se raoni, a gente se sting". A frase está na porta da sala de reunião do gabinete do coordenador regional da Fundação Nacional de Saúde, em Boa Vista, Roraima, espaço que representa a atribuição institucional da saúde pública de um bom pedaço da Amazônia. Suas perspectivas de trabalho estão permanentemente voltadas para este incêndio que parece passar da sociedade à mata: sertanista e policial federal tocaiados por garimpeiros em pleno território yanomami; ameaças de todo tipo a profissionais envolvidos com os projetos de saúde e a desintrusão da área; violência e miséria do garimpo; a malária já na periferia de Boa Vista; os serviços públicos de saúde da região sucateados; a falta de profissionais qualificados; os entraves da burocracia política (ou da política burocrática) mesmo no engajamento dos poucos disponíveis. Com tudo isso, os holofotes

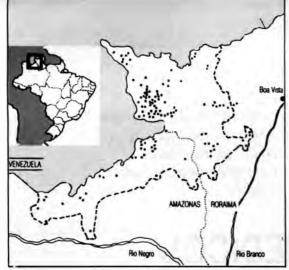
da mídia e da opinião pública nacional e internacional.

Conta-se que esse incêndio é mesmo amazônico: como Porto Velho (RO), Rio Branco (AC) aparece na TV Globo, coberta de fumaça das queimadas, impedindo os aviões de pousarem no aeroporto; seringueiros e sindicalistas nesse fogo tão real, de bala. A malária já aparecendo também na periferia de Manaus e o cólera subindo pelo Purus e pelo Javari.

Alguns médicos, que descobriram o Brasil nas décadas de 1970 e 1980, entenderam que seus pacientes seriam mestiços, pés-descalços, iletrados, amazônicos. E deram-se conta de que quase todos habitam no campo ou na mata, ou de lá ainda guardam algumas caras (e tristes) recordações. E que eventualmente poderiam mesmo conceder em contar certas coisas que de lá podem-se, às vezes, enxergar, embora invisíveis do lado de cá. Alguns dizem que o próprio Brasil parece fazer um pouco mais sentido visto daquele lado.

O resultado é que alguns médicos, enfermeiros, biólogos, laboratoristas (à parte, os antropólogos e fotógrafos mais veteranos nessas andanças) fizeram a opção de atraves-





Território dos Yanomami no Brasil

sar esse grande vau dos trópicos, a fronteira do "desenvolvimento" nacional, ao encontro da boa parte do país que está mesmo do outro lado.

Shabori (pagé) Davi Yanomami, da aldeia Demini (RR), diz que o que nós, médicos, procuramos no detalhe do microscópio, com a ajuda do hekura (os espíritos-guias), os shabori yanomami enxergam no planeta. O desprendimento das emanações mortíferas da xawara (desordem que gera doença), provocadas pelo revolvimento do subsolo

- as seguras profundezas em que Oname (herói mítico) as colocou desde o princípio de todas as coisas - tem se mostrado um dos sinais mais visíveis da gigantesca perversão de planos e entes cósmicos que os nabe (brancos), com sua civilização de consumo febril, impõem ao planeta e aos que nele habitam.

Pode ser que a latitude cultural não nos obstrua tão completamente o campo visual, e que o país, enfim, descubra suas cores e as perceba belas. Que os hekura consigam trazer à terra, em suas próximas caçadas celestes, muitos médicos brancos para conterem essa parte da expansão da xawara: cerca de 30% da população yanomami sobrevivente à mortandade massiva do período 1987-1990 (em que foi eliminada perto de 20%, que, em 1988, a Funai estimava em 9.910) está nesse momento acometida pela malária. São mais de 100 óbitos entre os Yanomami, registrados de janeiro até a primeira semana de outubro de 1991. Há trabalho para muitos médicos brancos.

#### **DISTRITO DE SAÚDE YANOMAMI**

De certo modo o sistema de saúde do País padece, além de todos os outros, de um mal teórico-metodológico: pensar em saúde pública significa pensar em população, e pensar em população significa sempre fazer estatística. E essa matemática estatística consegue ser especialmente eficiente e perversa quando transforma as pessoas e suas histórias em números imparciais, impassíveis.

Nada mais perverso que reduzir um genocídio às tabelas e gráficos de "controle" e aos protocolos do uniforme numérico disciplinado. Nada mais adequado para domesticar as gritantes diferenças sociais e culturais que marcam um país como o Brasil do que a normatização

#### PROPOSTA DE CAPÍTULO SOBRE ASSISTÊNCIA DE SAUDE PARA O NOVO ESTATUTO DO INDIO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), de novembro de 1988, estabeleceu os princípios e diretrizes fundadores de um sistema de atenção à saúde a populações indígenas articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS) do País. Desde então sucessivos eventos multiprofissionais e multi-institucionais têm servido como foros de discussão e amadurecimento de um modelo geral de organização desses serviços.

A proposta que se segue pretende, de um lado, contribuir com os debates em curso no Congresso Nacional acerca do Estatuto do Indio (lei 6001/73), especificamente no que concerne ao capítulo da saúde; de outro lado, com sua divulgação às vésperas da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Chamamos a atenção para a total omissão da problemática da saúde indígena na lei orgânica da saúde, cujo papel seria o de instrumentalizar a efetiva implantação do SUS. Essa proposta, apresentada durante a 1ª Conferência Estadual de Saúde de Roraima (outubro de 1991), é fruto de uma síntese realizada, a partir de experiência de implantação do Distrito Sanitário Yanomami, das contribuições contidas nos documentos finais da 8ª CNS, do VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (Câmara dos Deputados, maio de 1989) e da proposta para discussão do Núdeo de Direitos Indígenas (setembro de 1991).

Artigo — E assegurada às sociedades indígenas a assistência integral à saúde, consideradas as situações epidemiológicas e as

especificidades sociais e culturais de cada sociedade, através da Fundação Nacional de Saúde ou órgão federal similar que a substitua e com a participação do órgão indigenista.

Parágrafo - A Fundação Nacional de Saúde constituirá uma Comissão Intersetorial de Saúde do Índio para: traçar as diretrizes de uma política de assistência à saúde das comunidades indígenas; deliberar acerca da compatibilidade de quaisquer projetos de saúde para área indígena, que venham a ser propostos, com relação a essas diretrizes; zelar permanentemente pelo pleno cumprimento das mesmas; promover articulações de nível central com outras instâncias do Poder Público envolvidas no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo - A Comissão Intersetorial será composta por um representante da Fundação Nacional de Saúde que a presidirá, um representante do órgão indigenista, um conselho de representantes de comunidades indígenas voltadas ao diálogo nacional, um representante do Ministério Público Federal, um representante do Congresso Nacional e um representante de organizações da sociedade civil voltadas à questão indígena, sendo tais representantes indicados, respectivamente, pelo dirigente das instituições representadas.

Parágrafo - Como instâncias de planejamento e execução dos projetos referidos no parágrafo primeiro serão estabelecidos distritos especiais e autônomos de saúde, de configuração e delimitação que considerem tanto o território habitado quanto a rede de relações intercomunitárias e de relações estabelecidas com a sociedade envolvente por cada comunidade indígena.

Os distritos especiais e autônomos de saúde terão as seguintes características:

 I – Delimitação funcional não necessariamente coincidente com as áreas municipais adjacentes;

II – Organização interna diferenciada que considere a organização social, a situação sanitária e as necessidades, tradições e práticas de saúde de cada comunidade indígena;

III - Programação própria que considere as características e prioridades de cada área indígena, visando inclusive a ampliação e consolidação da organização interna do distrito, de maneira a criar condições para sua autonomia gerencial;

 IV – Dotação de recursos e equipamentos, segundo as necessidades de cada área indígena;

 V – Metodologia autônoma de vinculação com os demais níveis de direção do Sistema Único de Saúde.

a) A definição sobre as características discriminadas no parágrafo anterior para cada distrito especial caberá à Comissão Intersetorial de Saúde do Índio.

b) A direção dos distritos especiais será exercida por um colegiado do qual participarão representantes das respectivas comunidades e dos órgãos prestadores de serviços. Além

central, de gabinete, da própria capacidade de diagnose propiciada pelo trabalho em campo, pelo convívio pessoal direto entre os interlocutores do sistema e a população usuária.

No caso de povos indígenas como o Yanomami, ainda relativaisolado đa sociedade envolvente e ocupando um território contínuo (condição indispensável à sua sobrevivência e reprodução biológica, social e cultural enquanto Yanomami) que atravessa divisas intermunicipais e interestaduais, fica ainda mais patente a necessidade de se estabelecer um campo de atuação para o sistema de saúde que coincida com aquele delimitado pelos próprios determinantes da saúde da população assistida.

István Van Deursen Varga é médico, sanitarista, e assessora a CCPY no Projeto de Saúde Yanomami desde 1988.

destes, terão necessariamente assento nesse colegiado profissionais com conhecimento técnico específico da área, de familiaridade e confiança das próprias comunidades, sob indicação expressa das mesmas. Compete ao colegiado assim formado:

I - Elaborar o planejamento estratégico e a respectiva programação de atividades do distrito;

II - Deliberar acerca das propostas de participação de outras instituições nas atividades de atendimento, definindo os meios mais apropriados para o planejamento e execução dos respectivos proje-

III - Definir os mecanismos de avaliação e controle de todas as atividades desenvolvidas no distrito;

IV - Coletar, centralizar, organizar e manter atualizadas as informações acerca da situação sanitária de cada comunidade e acerca do desempenho das programações, instituições e equipes envolvidas, remetendo-as periodicamente à direção da Fundação Nacional de Saúde;

 V – Zelar pelo reconhecimento e valorização das tradições e práticas de cada comunidade, organizando e criando dispositivos que estimulem a troca de conhecimentos e a efetiva integração entre as diversas equipes e os agentes das próprias comunidades;

VI – Exigir da Fundação Nacional de Saúde, no papel de representante da União, o cumprimento das medidas necessárias para a garantia de bom desempenho dos programas de atendimento propostos.

#### ENTREVISTA / BRUCE ALBERT

## O CORPO É UMA BOLA DE CRISTAL PARA SE LER O ESTADO DA SOCIEDADE E DO MUNDO

O antropólogo Bruce Albert, francês vinculado à ORSTOM e radicado atualmente na UnB, em Brasília, falou a Beto Ricardo, do CEDI, em março de 1990, sobre suas impressões da situação dos Yanomami e o contexto da ação emergencial de saúde. Bruce Albert conhece os Yanomami desde 1979, fala a língua e já realizou três anos de pesquisa e uma tese de Doutoramento.

Qual a situação que vocês encontraram quando chegaram na área yanomami depois da invasão garimpeira? Encontramos uma cena dramática, com a impressão de que era um campo de refugiados: habitações tradicionais abandonadas, todos moravam em barracas de lona. Uma favela no meio do mato. Todos estavam doentes de malária com índice de infestação de 73 a 90%, dependendo da aldeia, o que equivale a um colapso total na vida social e econômica do grupo. Havia também muita desnutrição. Morreu 15% da população, ou seja, se pensarmos no Brasil, 21 milhões de pessoas em dois

Isso provocou uma catástrofe psicológica. Todos diziam: "estamos acabando", "Os Yanomami vão morrer". Estão com a morte do povo deles na cabeça. "Fala lá pro chefe dos brancos que se os garimpeiros voltam aqui vamos todos morrer, vamos sumir".

Por que a invasão garimpeira numa área tão grande desestrutura a vida yanomami?

A invasão massiva dos garimpeiros tem o efeito de uma bomba epidemiológica e ecológica. De um lado, eles destruíram todos os recursos naturais de que os Yanomami dependem para sobreviver, poluíram os rios, afugentaram a caça, numa degradação ecológica que significa que os Yanomami estão privados da maioria dos recursos para sua sobrevivência. Em nível de proteínas, eles dependem aproximadamente de



70% da caça, o que provoca desnutrição.

Há hoje uma grande infestação de malária. Tivemos três ou quatro casos entre 1984 e 1986 e atualmente 300 ou 400 pessoas foram vítimas no último mês. Todos ficam deitados nas redes e não se faz mais nada, nem procuram comida.

A vida deles parou, muitos morreram. Eles ficam na expectativa de saber se vai acabar tudo de vez ou parar esse desastre.

Eles estão numa amargura assustadora, que se demonstra num novo ritual que incorporaram há cerca de dois anos, que é o caxiri fermentado. Antes eles não usavam bebida fermentada, mas agora pegam litros de álcool dos garimpeiros ou na farmácia do posto, e colocam dentro do caxiri. Obviamente ficam todos totalmente bêbados e desabafam a agressividade contra os brancos. Isso aconteceu várias vezes no tempo em que estivemos lá. É um choque psicológico-cultural intenso.

Qual a extensão da crise sobre o conjunto dos Yanomami, visto que 40 a 50% deles têm contato direto com os garimpeiros?

Emergência: Bruce Albert auxilia embarque helicóptero

Isso se alastra. Não é necessária convivência direta, por exemplo, para a malária se espalhar. Basta a interação que as comunidades yanomami têm entre si para a doença se espalhar em todo o território.

Toda a vida familiar e social está desestruturada pela mortalidade. Entre 30 e 40% das pessoas que sobreviveram no Paapiú, cada um perdeu de um a cinco parentes diretos. Isso significa um trauma psicológico e econômico. A família é uma unidade de produção quase autônoma. Se falta um pai ou uma mãe, as crianças ficam em estado particularmente ruim.

A permanecer esse quadro por mais um ou dois anos, o que vai acontecer? Os Yanomami estão nos primeiros contatos. Nessa situação a população sofre um decréscimo muito grande no começo, na linha dos outros contatos.

Nas áreas mais acessíveis vai ser possível se organizar um pouco de assistência de saúde, possibilitando uma baixa de população muito importante. Vão sobrar essas ilhas que são destinadas à sobrevivência. Foi planejado para isso. Cercaram as ilhas que são destinadas à sobrevivência. O resto vai ser apagado do mapa do planeta, como outros povos — os Ticuna, por exemplo.

Não acredito que os Yanomami vão desaparecer: vai haver uma baixa populacional horrenda e vão sobrar ilhas. Perto do século XXI a gente poderia se dispensar de uma conquista como as dos séculos anteriores.

É a crônica de uma tragédia anunciada, nos moldes tradicionais. Não mudou nada.

Tirando os garimpeiros, qual a extensão da crise e as linhas para recuperação? No Paapiú, depois de um mês de trabalho, a vida voltou mais ou menos ao normal. É uma prova de que pode ser recuperada, implantando saúde e assistência, pois nessa área até mais ou menos 30 km ao redor da pista foi esvaziada de garimpeiros.

Mas isso implica diversas ações: deslocamento para malocas; relação de confiança; tradução da medicina branca para eles e vice-versa — um trabalho mais de antropólogo, não só de médicos. É importante compatibi-

Entre os Yanomami não bastam só dinheiro e planos para uma assistência médica correta. A tradução cultural recíproca e a adaptação às regras sociais são indispensáveis

lizar os dois diagnósticos, do xamã e do médico, e decidir quem intervém, quando e onde, para que a assistência médica não se transforme numa força de aculturação, de agressão à sua cultura. Pode ser totalmente pernicioso se a assistência médica minar a importância do xamã, que é total para os Yanomami. Por isso o trabalho de "tradução" é muito importante: como ligar os dois diagnósticos e as duas opções de cura.

Entre os Yanomami há uma distinção: o xamã é encarregado de localizar a causa da doença e tem uma medicina caseira, com planta, que é destinada a curar os sintomas, com ervas, banhos.

Tive que fazer a adaptação cultural, colocando o trabalho médico

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Malária

Nos últimos cinco anos, o número de casos subiu de 390 mil para 570 mil (em 1990 houve uma redução em relação ao ano anterior, quando foram registrados 600 mil casos). Ano passado, 49.584 casos foram registrados só em Ariquemes, a 198 km de Porto Velho (RO), que ainda enfrenta um surto da doença. Este ano, já existem 18 casos confirmados de malária em Macapá (AP) e 14 em Araçatuba, distante 545 km a noroeste de São Paulo. De janeiro a setembro de 1991 foram registrados 1,3 mil casos de malária contra 1,6 mil no ano passado. Anualmente, mais de 450 mil brasileiros são atingidos, principalmente na região amazônica; Rondônia é hoje o recordista de casos (cerca de 228 mil por ano). Surtos de malária estão atingindo também várias populações indígenas do País.

Fonte: Súmula, nº 21 (abril/88) e 41 (abril/91), FSP (26/9/91) e JB (14/10/91)

nessa categoria, para não chegar a dar um ippon na assistência, baseada numa pretensão científica que pode ser danosa. "Você trata da causa e a gente trata de baixar a febre e tratar os sintomas" é a orientação.

Não bastam só dinheiro e planos para se fazer uma assistência médica correta. É necessária sempre essa tradução cultural recíproca e também uma adaptação às regras sociais, em particular no que se refere à mobilidade, seja no indivíduo ou nas inter-relações das comunidades. Tem que se acompanhar a vida da aldeia, morar nas malocas por um tempo e se deslocar com eles, a fim de estabelecer relação de confiança. Isso acontece no mundo inteiro com proietos de saúde.

Constantemente os tecnocratas se queixam de que a "população alvo" - como eles chamam poeticamente isso - são resistentes à imposição da ciência assistencial. Os médicos e enfermeiros, de modo geral, agem como se a sociedade yanomami tivesse virado um grande hospital, sem considerar suas atividades e horários. Tivemos muito desses problemas, na tentativa de ajustar essas coisas.

Os Yanomami fazem distinção entre os médicos que moram na maloca — os que penduram a rede — e aqueles que vêm só para dar remédio ao redor da maloca e vão embora - os médicos a jato. Esse tipo de assistência é como cinema mudo: o médico chega, "pula em cima" dos índios, faz uma série de coisas que eles não entendem, enfia um monte de coisas goela abaixo e vai embora. Imagine extra-terrestres chegando aqui na Terra...

Para os Yanomami a questão da saúde não é como para nós — uma coisa quase de oficina, de consertar e trocar peças -, mas um fenômeno social completo. O corpo é uma bola de cristal para se ler o estado da sociedade e do mundo permanentemente. A comunidade toda está implicada na doença de um fulano, porque foi uma agressão de outro grupo, de outros seres. Por isso a saúde é um indicador de como o grupo se relaciona com essas coisas potencialmente agressivas ao seu redor.





SAÚDE EM IPATINGA

## **UM DESAFIO PARA** A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Maria Thereza Azevedo

Em Ipatinga, cidade mineira localizada na região do Vale do Aço, a participação da população em todos os setores da vida pública se transformou em fórum de debates, troca de experiências e projetos avançados, onde a população discute, conhece, se envolve e decide

numa comprida fila. Sente dores, não sabe dizer onde, não sabe dizer porque. Não sabe se os remédios que toma valem alguma coisa. Não sabe também o que o médico sabe a seu respeito. Tudo é muito misterioso e obscuro, até a letra do médico. Chega zonzo no guichê. A funcionária agitada o despacha apressadamente sem enxergá-lo. Sentindo-se meio invisível, ele continua seguindo a fila. Chega a sua vez. Chamam-no pelo nome. Um nome que lhe soa falso. – Será que sou eu?

O paciente espera com paciência,

E depois pensa: "Não sei se é o jeito como falam meu nome, ou se meu nome é falso mesmo".

Olha em volta, para ver se tem um lugarzinho para sentar, descansar um pouco, mas não tem.

Naquela sala, só tem uma cadeira, a do doutor.

O médico pergunta-lhe o que sente. Uma pergunta mecânica, talvez por hábito da profissão.

O paciente não sabe direito o que responder. E o médico tem ares de quem sabe tudo a seu respeito, mesmo sem lhe dar atenção. Da mesa mesmo, o médico entrega a receita e despacha o paciente dizendo:

O próximo.

ssa situação de descaso, descompromisso, marasmo e ignorância, provocada pelo velho e caótico sistema brasileiro de saúde pública, que atinge todos os envolvidos, aos poucos vai sendo substituída por uma relação de confiança, compromisso, aprendizagem e conhecimento, fruto de um intenso trabalho desenvolvido por administrações comprometidas com o movimento popular.

Em Ipatinga, cidade mineira localizada no Vale do Aço, a população é quem decide, junto com a administração, o próprio destino. Desde o orçamento da prefeitura, através de um Congresso Municipal de Prioridades Orçamentárias, onde são acolhidas e votadas as prioridades do ano, por delegados eleitos em assembléias populares nas suas regiões, até as diretrizes políticas que nortearão cada ação. Nessa administração, a cidade se transformou num fórum de debates, com troca de experiências e projetos avançados.

#### **IPATINGA**

A cidade nasceu com a construção da Usiminas, usina siderúrgica que produz três milhões e quinhentas mil toneladas de aço por ano para a fabricação de carros, eletrodomésticos, navios. São treze mil pessoas que trabalham por turnos em aciarias, coquerias, laminação, altos fornos.

Logo que a empresa se expandiu, o sonho da possibilidade de emprego se espalhou entre os desempregados do País. Milhares deles desembocaram em Ipatinga com família e tudo. Em caminhões lotados, encheram e incharam a cidade, em busca de melhores condições de vida. Muitos não conseguiram emprego, e sem condições de voltar aos lugares de origem, foram ficando. Surgiram, então, as favelas, as ocupações desordenadas em espaços sem saneamento, água, luz. Nessa época, Ipatinga foi a cidade que mais cresceu no Brasil. Cresceu sem se desenvolver. De 50 mil habitantes em 1970, pas-



Visitadoras prestam informações sanitárias

sou para 150 mil em 1980, e 200 mil em 1990. Uma parte da população, formada principalmente pelos funcionários da Usiminas, vive na cidade planejada, e outra maior parte vive na cidade que cresceu desordenada. Além do inchaço da cidade, que provocou falta de infra-estrutura básica, há sérios problemas de degradação ambiental que, segundo dados do Centro Tecnológico de Minas Gerais (Cetec), apresentam altos índices de poluição atmosférica, hídrica e do solo.

A Usiminas é responsável pela maior parte das emissões atmosféricas, como dióxido de enxofre, material particulado, monóxido de carbono e afluentes líquidos que são lançados no rio Piracicaba. A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa), responsável pelo abastecimento de água e tratamento de esgoto, lança todo o esgoto coletado, *in natura*, no ribeirão Ipanema, que corta toda a cidade.

#### SAÚDE E DOENÇA, DETERMINADAS PELO MODO DE VIDA E MEIO AMBIENTE

Partindo da compreensão de que a saúde ou a doença tem caráter histórico e social e o processo de ambas ocorre no coletivo, e a partir da relação que este coletivo estabelece com o meio em que vive, nada mais coerente do que as pessoas buscarem juntas entender o que acontece à sua volta, detectarem as causas que determinam as doenças e procurarem as soluções, que, na grande maioria, estão no comportamento social.

Ipatinga tem em seu perfil sanitário, de um lado, as doenças típicas do desenvolvimento, causadas pelo processo de industrialização - a forma de trabalhar e viver determina a forma de adoecer e morrer -, como as crônico-degenerativas, cardiovasculares, stress, e também a violência, os acidentes. Do outro lado, estão as doenças da. pobreza, causadas pela falta de saneamento básico, de informação, moradia precária: são as infectocontagiosas e parasitárias. E, além disso, há ainda a poluição ambiental, que causa várias doenças.

#### PARTICIPAÇÃO POPULAR

A população, que sempre esteve à margem do processo de organização da sociedade, sem acesso às informações, serviços, decisões, está construindo hoje, junto com a Secretaria de Saúde, um novo modelo para a cidade, baseado nos princípios

do Sistema Único de Saúde. O primeiro passo foi a criação das comissões locais de saúde, compostas por representantes da população e profissionais da área. Apoiadas também pelas pastorais de saúde, as comissões estiveram presentes e atuantes em momentos fundamentais para as conquistas e avanços no setor, como na elaboração da Lei Orgânica do Município e na instituição do Conselho Municipal de Saúde.

#### SAÚDE COMO UM DIREITO

Com o propósito de intensificar as ações de saúde no município para que a população se aproprie dos serviços que são oferecidos e participe efetivamente dos projetos realizados pela Secretaria, foi lançada recentemente a campanha Saúde como um direito, que está atingindo todos os bairros da cidade e atuando em vários espaços, com várias atividades.

Nos postos de saúde, mães são orientadas e aprendem a usar a alimentação alternativa como solução para a nutrição e o baixo peso das crianças. Aprendem, por exemplo, que a folha da mandioca contém mais nutrientes do que o arroz branco. E buscam juntas, orientadoras e mães, novas receitas e formas de preparar os alimentos.

Na escola, além de palestras, projeções de vídeo, espetáculos de teatro sobre cuidados com a saúde, as crianças são atingidas pelo projeto *Poesia*, de combate à cárie dentária através da prevenção. Todos os alunos são atendidos e acompanhados no controle da cárie e motivados aos cuidados com os dentes.

Nos estabelecimentos comerciais a Vigilância Sanitária realiza vistorias para verificar a qualidade e o prazo de validade dos produtos alimentícios, promove cursos de treinamento para os que manipulam os alimentos e orienta os comerciantes sobre formas de armazenamento dos produtos e higiene do estabelecimento.

Nas casas, uma equipe de visita-

dores transmite informações e orientam os moradores sobre o tratamento do lixo, a utilização da água e como se precaverem de determinadas doenças.

Em praças de cada bairro, onde o projeto está atuando, é realizada uma feira, onde cada tema tem uma barraca. Com a participação de toda a Secretaria, com música, dança e muita conversa, as pessoas aprendem como evitar a dengue e prevenir a cárie.

Nessa campanha, os locais de trabalho não escapam da vistoria. Uma equipe visita as fábricas periodicamente, medindo ruídos e analisando as condições ambientais a que estão submetidos os trabalhadores, que são orientados sobre os riscos a que podem estar expostos.

Em todas as áreas farto material pedagógico incentiva a população a

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Cólera

A pouca cobertura ou a inexistência de uma rede de distribuição de água tratada e de canalização de esgotos, somada às más condições de saúde e higiene em que sobrevivem milhões de pessoas hoje no Brasil, nas favelas, "alagados" e bairros pobres que se formam nas periferias das regiões metropolitanas, criam as condições ideais para a proliferação do cólera no País. E como a doença é transmitida também de pessoa a pessoa (além das águas e alimentos), mesmo as regiões onde moram classes mais favorecidas e que contam com sistemas de saneamento eficientes estão ameaçadas pela doença. O Brasil tem mais de 700 portadores do cólera que não apresentam sintomas. Segundo Baldur Schubert, presidente da Comissão Nacional de Combate ao Cólera, para cada doente existem de oito a dez portadores que não apresentam sintomas mas podem contaminar outras pessoas. Noventa e nove por cento dos casos registrados no País encontram-se no Alto Solimões/AM.

Fontes: Súmula nº 41, abril/91, Fiocruz, e O Globo, 2 e 3/9/91

buscar e transmitir as informações. E vídeos sobre saúde, com linguagem acessível, estimulam o pensamento crítico e o debate.

#### **MUDANCAS**

Para o prefeito Chico Ferramenta, a participação popular na administração pública de Ipatinga é a maior e mais importante obra realizada até hoje. Só assim a população pode tomar consciência de que o espaço público e todos os serviços prestados à comunidade pertencem a cada cidadão.

A Secretária de Saúde, Leda Lúcia Couto, médica sanitarista, acredita que os avanços que estão ocorrendo em Ipatinga se devem muito à participação da comunidade. "Mas estamos apenas começando", ressalta. "Todos nós estamos crescendo muito com esse processo", diz, emocionada, a médica Alzira Jorge, que coordena os trabalhos com a comunidade. "É uma troca muito rica, e é impressionante como as relações das pessoas se modificam a cada dia".

Creuzinha, enfermeira de um dos postos de saúde, fala que agora vê um sentido para o trabalho que faz, sente os resultados e observa as respostas a curto prazo. E nota que as pessoas que frequentam os postos se mostram mais confiantes, mais donas de si, não têm mais o receio de se expressarem.

Esse processo tem demonstrado que a participação da população nas decisões políticas altera profundamente a qualidade das relações, do comportamento, dos serviços, as soluções. Isso é um grande passo para que a saúde pública deixe de ser aquela coisa cinzenta, de corredores sombrios, filas enormes, pessoas indiferentes e descompromissadas, um lugar de doenças, para se transformar num espaço de saúde.

Maria Thereza Azevedo é jornalista, e coordena o Projeto "Síntese de Comunicação Integrada" em Timóteo (MG).



## RELIGIOSIDADE E SAÚDE POPULAR

A partir do estudo de caso envolvendo a religiosidade católica mariana, o artigo procura contribuir para a compreensão da cultura popular em torno da saúde. Condição indispensável para a eficácia de ações educacionais, pastorais e outras

Selina M. Dal Moro



stas notas são resultado do trabalho conjunto de alguns estudiosos do Instituto de Teologia e Pastoral de Passo Fundo (ITEPA) e da Universidade de Passo Fundo (UPF). Eles têm se voltado às questões da cultura, religiosidade e saúde popular, motivados, de modo especial, pelo compromisso de atuação na área da educação, pastoral e saúde preventiva junto às camadas populares e, especialmente, com os grupos organizados da região do Planalto Riograndense.

A constatação de que quase todo o ato de fé dos crentes marianos
vinha acompanhado de pedidos de
cura, preces e promessas voltadas
para recuperação ou proteção da
saúde despertou a necessidade de
se buscar compreender, de forma
científica, a relação entre o fenômeno da religiosidade e da saúde,
a partir da compreensão do próprio crente — em outros termos,
no âmbito da cultura popular.

## CONTEXTO E FINALIDADE DOS ESTUDOS

O foco de análise foram as práticas de saúde, educação e religiosidade popular, que ocorrem na área de abrangência das duas instituições envolvidas, as regiões norte e nordeste do estado do Rio Grande do Sul. Parte das investigações foi realizada em zonas urbanas periféricas, principalmente na Vila Hípica, localizada a norte de Passo Fundo. As observações foram realizadas por agentes sociais (de pastoral, saúde ou educadores populares), que se integraram ao processo de estudos.

Dentro do contexto urbano-periférico amplo, a Vila Hípica apresenta uma formação bastante recente (década de 1970). A população ali radicada traz a marca da transição do modo de vida rural (com seus valores religiosos, culturais) e de organização social, para um modo de vida condicionado ao

#### **CURA, EXORCISMO E PROSPERIDADE**

A revista Tempo e Presença destaca aqui uma correlação importante: a notória conexão do tema da saúde para além da religiosidade católica com as expressões pentecostais, destaque para o Pentecostalismo Autônomo e cultura brasileira, movido pela tríade cura, exorcismo e prosperidade. O tema é analisado por José Bittencourt Filho (Cedi), na edição nº 259 de Tempo e Presença.

meio social, identificado como periferia urbana. Em termos genéricos, faz-se importante assinalar que as práticas de religiosidade popular, nesse ambiente social, apresentam-se como produtos da necessidade da preservação da vida e saúde. Apesar de contestadas por autoridades civis (profissionais de saúde) e religiosas, por serem consideradas mágicas e supersticiosas, essas práticas, no entanto, além de reproduzirem a tradição cultural dos grupos subalternos, representam também uma alternativa "médica" para a preservação da saúde, que se encontra ameaçada pela ausência ou ineficiência das instituições oficiais.

As razões dos estudos vinculamse, em primeiro lugar, à necessidade de desvelar a problemática da saúde em torno da religiosidade mariana. Religiosidade e saúde são elementos destacados nas preocupações e no universo simbólico das camadas populares. Cabe, pois, desvelar como interferem na formação de sua concepção de mundo.

Em segundo lugar, aprofundar a compreensão sobre a cultura subalterna ou popular é condição indispensável para a eficácia das ações educacionais, pastorais e de saúde, desenvolvidas com os grupos populares.

#### **RELIGIOSIDADE E PRÁTICAS** DE SAUDE POPULAR: **DESVELANDO OS DEPOIMENTOS**

Dentre os elementos que compõem o universo simbólico dos grupos subalternos e que permitem analisar a relação entre saúde e religiosidade popular, destacam-se os dados referentes às condições sociais, entendidas pelos grupos entrevistados como caóticas, ininteligíveis e desordenadas, e aos rituais utilizados nas práticas sociais, religiosas e de saúde. Embora não se avance na análise, a seguir apresentam-se alguns elementos sobre essas duas categorias (de análise).

Desordem social. As observações feitas nos diversos grupos subalternos demonstram que as manifestações religiosas e as práticas de saúde não podem ser compreendidas de modo isolado, mas no contexto maior, onde se travam as relações sociais e onde eles próprios buscam a sobrevivência. A doença, em muitos casos, possui relação direta com a ordem social da qual faz parte o subalterno. Os conflitos e contradições sociais, materializados nos baixos salários, desemprego, falta de condições de saúde e de alimentação, alto índice de violência, interferem na estrutura pessoal e rompem com a segurança existencial, provocando a desarmonia, a fragmentação da consciência e, como consequência,

Acima das condições sociais de existência, no entanto, na ótica dos entrevistados, são as forças do mal que atuam sobre o corpo humano e sobre a casa onde moram. Segundo eles, essas forças são as principais responsáveis pelas doenças que existem ou podem existir na família. A atitude de constante vigilância é condição necessária para se protegerem e impedirem que as mesmas se apossem dos seus corpos ou de suas casas.

Religiosidade e saúde são elementos destacados nas preocupações e no universo simbólico das camadas populares. Cabe, pois, desvelar como interferem na formação de sua concepção de mundo

O popular busca, em primeiro lugar, em caso de doenca, o controle das forças do mal. Na verdade, a preservação ou recuperação da saúde constitui-se no anseio maior. É esse anseio que se manifesta na criação e uso dos rituais de controle das forças negativas.

Ritual. O ritual exerce um poder simbólico de dominação e manipulação das forças do mal, isto é, relaciona-se com o mistério. Caracteriza-se pelo poder de entrar em contato com as forças supranaturais positivas, as únicas que podem se opor às supramateriais negativas. O universo e formas de rituais existentes são inúmeros. Aqui apenas identificam-se alguns componentes significativos, pre-

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### Dengue

Até o final de 1990, a dengue atingiu cinco estados brasileiros: Rio de Janeiro, Ceará, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Alagoas. Todos os números disponíveis pela Sucam/Funasa demonstram o crescimento acelerado do número de casos com a chegada do verão, pois a alta temperatura acelera o processo de transformação da larva em mosquito adulto. Ao contrário do que muitos pensam, a fêmea prefere depositar seus ovos em água limpa. Segundo Sérgio Arouca, médico sanitarista, estudos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) indicam a necessidade de combate ininterrupto ao mosquito durante cinco anos.

Fonte: Súmula nº 38, fevereiro/91, Fiocruz

O ritual relaciona-se com o mistério e caracteriza-se pelo poder de entrar em contato com as forças supranaturais positivas

> sentes em muitos ou em quase todos os rituais.

Em primeira mão, destaca-se a fala do suplicante, que lhe permite expressar seus problemas - dos mais elementares até os dramas mais íntimos. A fala é talvez o componente mais importante do ritual, na medida em que liga o suplicante ao "sacerdote" (pastor) e lhe possibilita explicitar a problemática pessoal e social. Nos vários depoimentos, torna-se claro que a ação do sacerdote é sempre posterior à fala do doente.

O toque físico do sacerdote no corpo do suplicante e o uso de ervas são outros componentes constantes do ritual. Cumpre aqui assinalar o caráter sagrado do ambiente, onde se realizam os rituais. Respeito e silêncio são condições necessárias para o rito, atitudes requeridas de todos os participantes. A cura condiciona-se, sobretudo, à fé irrestrita do suplicante, elemen-

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### **Esquistossomose**

Vale do Paraíba é recordista. De cada mil casos de esquistossomose registrados no estado de São Paulo, 700 ocorrem na região do Vale do Paraíba, onde a doença existe desde a década de 1950. Segundo Cristiano Marques, da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), a região registra uma média de dois mil casos por ano. Rios e valas que recebem o esgoto in natura são os principais focos para o desenvolvimento da larva transmissora da doença.

Fonte: Súmula nº 41, abril/91, Fiocruz



o fundante do ritual e, por conseguinte, da cura.

A reza envolve três aspectos as orações específicas do benzedor sobre a doença, as orações populares, como o Pai-Nosso, rezado em comum, e o receituário imposto pelo benzedor como forma de penitência -, que constituem-se em mais um elemento do ritual. Para o suplicante, a oração é assumida e realizada como um dos meios através dos quais o "sacerdote" torna presentes as forças supranaturais capazes de realizar a cura.

Por último, o emprego dos números cabalísticos (3-7-9-40), presentes nos fatos observados, mostra o campo do misticismo que envolve o ritual da bênção. As receitas quase sempre indicam: tomar xarope três, sete ou nove vezes; fazer oração durante três, sete, nove ou quarenta dias. O misticismo está no inconsciente dos diversos grupos culturais e é transmitido via tradição oral. A comunicação entre o paciente e o curandeiro ou o benzedor - o "sacerdote" - é medida e facilitada por essa crença comum.

#### INICIANDO A CONCLUSÃO

Os elementos aqui apontados, especialmente os rituais e práticas socializadas de religiosidade, indicam que os subalternos construíram uma pedagogia da saúde e que, para a preservação dela, tal pedagogia é "eficiente" e indispensável. O que não se pode fazer é manipular os rituais de domínio popular de forma parcelada sem compreender o processo maior onde o popular se encontra. Além disso, as práticas religiosas populares para a saúde indicam que a compreensão popular de saúde ultrapassa a mera distinção entre saúde e doença. Imbute-se no núcleo dessas práticas uma compreensão maior do humano. Ao realizá-las envolve-se a totalidade da pessoa doente e o resultado é a devolução da harmonia pessoal em forma de saúde.

Selina M. Dal Moro é professora e pesquisadora, e integra a equipe de pesquisa do Instituto de Teologia e Pastoral de Passo Fundo (ITEPA), da Escola de Teologia e Espiritualidade Franciscana (Estef) — Porto Alegre — e da Universidade de Passo Fundo (RS).



## **ENTREVISTA / DAVI CAPISTRANO FILHO**

## A SAÚDE NÃO PODE OBEDECER **AS REGRAS DE MERCADO**

F. Otoni / CEDI

O acesso aos serviços de saúde não pode estar condicionado ao poder de compra das pessoas. A saúde deve ser encarada, antes de tudo, como um direito inerente à condição de cidadão, assegurado na Constituição e de responsabilidade do Poder Público, que deve fazê-lo por meio de políticas formuladas em conjunto com a população. Esta é a filosofia adotada pela Prefeitura de Santos (litoral paulista). Em entrevista à Tempo e Presença, Davi Capistrano Costa Filho, secretário de Higiene e Saúde e secretário de Governo do município, explica as experiências de uma administração popular na área de saúde. Participação popular, aids, saúde mental, atendimento domiciliar são alguns dos temas tratados. Médico sanitarista, Davi Capistrano possui longa trajetória de luta em defesa da saúde pública. Hoje ele é secretário-geral do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e integrante da comissão organizadora da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Entrevistador: Antônio Eleilson Leite

Após três anos de administração, qual é o diagnóstico da saúde hoje em Santos?

O quadro geral é marcado por um avanço muito grande na rede básica de serviços de saúde, que tem a denominação, em Santos, de policlínicas. São vinte policlínicas atualmente em funcionamento. Mas, por outro lado, há uma crise de leitos hospitalares, pelo fato de a grande maioria dos hospitais ser privada e ter se descredenciada junto ao Inamps.

No que diz respeito à questão de recursos, herdamos a Secretaria de Saúde com um orcamento de menos de 6% do total do município, e neste ano temos mais de 14%.

Em relação ao quadro epidemiológico, estamos com um progresso no controle da mortalidade infantil e da expansão da aids.

Aliás, Santos é recordista em casos de aids no Brasil.

É verdade. Santos figura nas estatísticas como a cidade que tem maior incidência de aids no País. Mas talvez isso decorra do fato de funcionar efetivamente a busca de casos e de não se



ocultar a realidade. Não acredito que haja grande diferença em número de casos entre Santos e Rio de Janeiro, por exemplo. Só posso atribuir a relativa baixa incidência de aids no Rio de Janeiro ao fato de que lá não se notificam os casos como em Santos. Isso não quer dizer que o problema seja menos grave aqui; estou apenas relativizando essa liderança isolada e um pouco incômoda.

Como é a participação popular na Secretaria de Saúde?

Ainda em 1989, nos primeiros meses da administração, juntamente com sindicatos de trabalhadores e sociedades de melhoramento de bairros, promovemos um encontro popular de saúde. Em 1990, realizamos a 1<sup>a</sup> Conferência Municipal de Saúde. Nesse contexto criou-se o Conselho Municipal de Saúde, aprovado pela Câmara Municipal, com normas de funcionamento e composição definidas pela conferência. O Conselho é paritário e deliberativo.

O Conselho Municipal, portanto, é gestado no interior da administração. A Prefeitura incorpora a iniciativa dos movimentos? Como se dá essa relação?

É uma relação bastante complexa, porque a pressão do movimento pela reforma do sistema de saúde no Brasil introduziu na Constituição de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas da maioria dos municípios o princípio do controle social e da participação popular. Isso virou lei, isto é, o próprio Poder Público tem a obrigação de chamar as entidades

Nos primeiros meses da administração promovemos um encontro popular de saúde

Grande parte da população considera avanços parciais como suficientes

A saúde não pode ser pensada como iniciativa de uma categoria profissional apenas

O acesso à saúde está na dependência da quantidade de dinheiro que você tem no bolso do movimento popular para constituir esses conselhos porque, do ponto de vista da Constituição e das demais leis, eles têm poder deliberativo: podem aprovar ou rejeitar, a cada trimestre, as contas das várias instâncias do Sistema Único de Saúde, por exemplo. Por outro lado, as administrações democráticas têm interesse político de estimular a participação popular e o controle social.

Agregaria a isso outra questão: na medida em que houve melhoria na qualidade de serviços e aumento muito grande na oferta dos serviços públicos de saúde, paradoxalmente há um certo refluxo da participação, como se uma grande parte da comunidade já considerasse esses avanços, que são parciais, pelo menos na apreciação da administração, suficientes.

Isso ocorre em virtude da característica que os movimentos populares têm de serem mais um canal de protesto do que de elaboração de políticas?

Mais de protesto e de reivindicação. Ou seja, o movimento tem vigor para reivindicar, por exemplo, a construção de uma unidade de saúde em um bairro, mas quando aquilo é alcançado, passa a funcionar razoavelmente bem, as pessoas se acomodam, deixam de comparecer regularmente às reuniões, etc. Este é um problema que deve ser considerado.

Entre as atividades concretas do trabalho de saúde em Santos, chama muito a atenção o acompanhamento domiciliar de profissionais. Como se dá essa atividade?

O princípio desse trabalho é que cada policlínica — a unidade básica de saúde — se responsabiliza pela promoção de saúde numa determinada área geográfica da cidade, que pode ser um bairro ou um conjunto de bairros.

É o médico família?

Não só o médico, mas uma equipe de trabalho multiprofissional. Saúde, hoje em dia, não pode ser pensada como iniciativa de uma categoria profissional apenas. Também não é só família, mas a comunidade como um todo. Naquele bairro ou região, a policlínica é responsável por tudo: escolas, qualidade dos alimentos que são vendidos em bares, restaurantes, supermercados, padarias, etc, qualidade da água, saneamento, esgotos e equipamentos de lazer.

Além do acompanhamento médico e sanitário, a Prefeitura presta alguma ajuda material às famílias carentes?

Damos uma cesta básica de alimentos para as famílias necessitadas e procuramos mobi-

lizar os recursos da sociedade, porque trabalhamos com o princípio da solidariedade. Entendemos a própria Constituição federal, quando diz que a saúde é um direito de todos, como a materialização desse princípio. Ou seja, a saúde está fora da regra de mercado. As pessoas não vão ter acesso aos serviços de saúde dependendo da quantidade de dinheiro que tenham no bolso. A Constituição assegura isso às pessoas como um direito inerente à sua condição de cidadão. Portanto, se é assim, o conjunto da sociedade tem que ajudar cada uma das pessoas a enfrentarem os momentos de dificuldades.

Nesse contexto de acompanhamento domiciliar se inserem os Núcleos de Atenção Psicossocial?

É o mesmo princípio. Aliás, passamos a desenvolver esse trabalho em outras áreas — começamos por Santos —, como a de saúde mental, pela sua própria especificidade. Qualquer que seja o diagnóstico etiológico da causa da doença mental, o resultado é a

#### SAÚDE NO BRASIL HOJE

#### **Aids**

O número de aidéticos no País subiu para 20.472. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil ocupa agora o quarto lugar em casos de aids no mundo (até julho, o País estava em terceiro). A Tanzânia ultrapassou o Brasil em número de casos, com 21,6 mil aidéticos. O país com índice mais elevado de aidéticos continua sendo os Estados Unidos, com mais de 200 mil, seguido de Uganda, com 22 mil.

A transmissão sexual é responsável por 63% dos casos no Brasil, dos quais 50% entre bissexuais e homossexuais e 13% entre heterossexuais. A estimativa do governo é de que 700 mil pessoas são portadores do vírus HIV, mas não apresentam os sintomas da doença. Já registram-se oficialmente 13 mil casos no País, com crescente incidência entre as mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde, a proporção, que era de uma aidética para cada 30 homens, passou a ser de uma para cada nove. As mulheres podem transmitir aids para os filhos através da amamentação em proporção maior do que se imaginava, de acordo com um estudo divulgado por médicos que trabalham em países africanos.

Fontes: FSP, 11/10/91, Súmula nº 38, janeiro/91, Fiocruz e O Globo, 30/8/91

ruptura do laço do doente com a sociedade. Por isso, paralelamente a alguma medida terapêutica em relação à causa do distúrbio, temos que agir sobre a consequência. É preciso, portanto, reintegrar a pessoa à sociedade, e a sociedade, por sua vez, deve aceitá-la do jeito que ela é - uma pessoa diferente -, e não rejeitá-la, segregá-la num manicômio, que é uma espécie de prisão perpétua sem sentença.

Foi motivada por essa filosofia que a Prefeitura interveio na Casa de Saúde Anchieta?

A Casa de Saúde Anchieta era o manicômio da cidade. Fizemos a intervenção para desmontar esse equipamento e criar o substituto, que são os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Na verdade, estamos num processo de desmontagem da Casa de Saúde Anchieta - hoje ela tem menos da metade dos leitos que tinha quando fizemos a intervenção porque o NAPS da zona noroeste garante que praticamente ninguém daquela região precisa ser internado atualmente com diagnóstico de doença mental. O NAPS mantém os pacientes na comunidade com o apoio de profissionais, psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Quer dizer que a Prefeitura de Santos está fazendo, na prática, aquilo que o projeto do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG) prevê, ou seja, a extinção progressiva dos manicômios?

A idéia do deputado Paulo Delgado foi inspirada em nossa experiência. Como projeto de uma cidade, o nosso é pioneiro. Não digo isto com satisfação porque preferia que houvesse centenas de projetos desses em andamento no País. No entanto, esperamos em 1992 poder dispensar manicômios, pois está comprovado que não surtem efeitos. Não adianta segregar o paciente, já que isso agrava a sua situação enquanto doente mental.

O Projeto Tantā, desenvolvido na Casa de Saúde Anchieta, é resultado desse esforço de reintegração do deficiente mental à sociedade? O Projeto Tantā é uma das iniciativas desse novo programa de saúde mental. Trata-se de um programa de rádio humorístico-musical, com reportagens, feito pelos próprios pacientes, como forma de estimulá-los — com atividades artísticas - e restabelecer-lhes o laço social. Utilizam-se os recursos do rádio, vídeo e, conforme previsto, a televisão. São programas que, por um lado, põem os pacientes em contato com a comunidade e, por



Projeto Mural psicoterapia pela arte nas ruas

outro, ajudam a sacudir a opinião pública. Aliás, as iniciativas da Casa de Saúde Anchieta e dos NAPS contam com ampla participação da população.

As iniciativas de atendimento aos portadores de aids e o programa de prevenção de novos casos em Santos têm gerado experiências também pioneiras?

No trabalho com aids desenvolvemos quatro frentes principais. A primeira é a prevenção da transmissão por via sexual, que é predominante no Brasil, mas não o é em Santos, onde o que mais contribui para a disseminação é o uso de drogas injetáveis. A segunda frente de trabalho é a luta contra a disseminação do vírus pela via do uso de drogas injetáveis.

A propósito, o tratamento que a Prefeitura de Santos vem dando a viciados em drogas injetáveis vem sofrendo uma séria resistência por parte da Justiça. Como explicar isso?

Nossas experiências têm esbarrado numa profunda incompreensão do Ministério Público, promotores e também do Judiciário, pelo menos dos juízes da cidade. Todos tendem a considerar as formas usadas por essa luta como incentivo ao uso de drogas, apesar de serem as formas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e utilizada em todos os países desenvolvidos, como, por exemplo, orientar o usuário de drogas para que tenha uma seringa só para si, não partilhá-la, lavá-la com água sanitária entre uma e outra aplicação, etc. Não podemos ser hipócritas: apesar de sermos contra, uma parcela significativa da sociedade faz uso de drogas injetáveis, e é nossa obrigação, enquanto responsáveis pela saúde pública, pelo menos minimizar o resultado do uso, impedir que a pessoa adquira uma doença que não tem cura atualmente. Lamentavelmente,

O manicômio é uma espécie de prisão perpétua sem sentença

Esperamos em 1992 dispensar manicômios, pois está comprovado que não surtem efeitos



Manifestação em frente à Casa de Saúde Anchieta para doentes mentais

esse trabalho nos valeu um processo que está em andamento na Justiça.

A terceira diz respeito ao tratamento das

pessoas que já são portadoras do vírus ou

que já tenham desenvolvido a doença. Mon-

tamos o Centro de Referência, e somos res-

ponsáveis pelo atendimento não só dos

portadores do vírus e pacientes de Santos co-

mo os de outras cidades vizinhas da Baixada

Santista; montamos, até mesmo, uma enfer-

maria-dia para minimizar a falta de leitos

dariedade aos portadores ou pacientes que

não precisem ficar internados em hospitais,

mas não podem ficar ao relento, no meio da rua. Para isso montamos a Casa de Apoio e

Solidariedade ao Paciente com Aids (CA-

SA), que tem recebido ajuda de grupos co-

E, por último, temos que dar apoio e soli-

E as outras duas frentes de trabalho?

hospitalares para isso.

munitários e sindicatos.

internar em hospital

Estamos amadurecendo um domicílio, uma série de serviços que hoje obrigam a pessoa a se

projeto para prestar, a

A CASA comporta apenas vinte pacientes. Certamente este número está bem abaixo da demanda.

Não diria que está muito abaixo, porque não temos a intenção de fazer da CASA um depósito. Ela é um lugar de passagem, onde a pessoa fica por um certo tempo, enquanto buscamos reintegrá-la à sua família, encontrar outra alternativa que não seja ficar ali. Não queremos instituições do tipo manicômio, nem para idosos, nem para pacientes com aids ou deficientes mentais.

Outra prioridade da Prefeitura é a saúde do trabalhador. Como vocês encaminham essa demanda: no local de trabalho ou acompanhamento domiciliar nos bairros?

As duas coisas. No entanto, as grandes empresas da Baixada Santista ficam fora do município de Santos e não temos acesso a elas enquanto poder público municipal. Santos é uma cidade de comércio, serviços, bancos, escolas e pequenos estabelecimentos industriais, construção civil e porto, que não é uma empresa no sentido típico. No porto, montamos uma unidade específica de saúde para os trabalhadores, com projeto especial para atendimento de casos de acidentes de trabalho. Em relação aos demais serviços, procuramos fazer inspeção nas empresas, mudar as condições de trabalho e dar assistência através da rede de policlínicas.

A rede ambulatorial de Santos está praticamente adequada à demanda. Mas vocês têm problemas na rede hospitalar. Como isso será resolvido?

De duas maneiras. Em primeiro lugar, pretendemos construir um hospital público municipal. Por outro lado, agora estamos amadurecendo um projeto para prestar, a domicílio, uma série de serviços que hoje obriga a pessoa a se internar em hospital. Isso aliviará a pressão de demanda por leitos públicos que hoje existe. Essa experiência será muito positiva, porque a pessoa atendida em casa fica livre do risco de infecção hospitalar. Além disso, o custo do tratamento será menor porque toda a despesa de hotelaria que envolve a internação hospitalar - roupa de cama, limpeza do quarto, comida, etc. é provida pela própria família do paciente. E mais: emocionalmente, ele estará melhor em casa do que em hospital.

Todas essas experiências da Prefeitura de Santos têm sido socializadas ou mesmo reproduzidas por outras administrações populares do PT?

Vários encontros tem havido, e não só participamos de todos os que ocorrem pelo País, como muitos têm se realizado em Santos. Também temos sido procurados por pessoas que querem conhecer de perto o trabalho que vem sendo desenvolvido, como por exemplo, o da saúde mental. Realizamos neste ano uma oficina de trabalho com representantes de quase todos os estados. Na área de aids recebemos muitas visitas de autoridades e estagiários.

Antônio Eleilson Leite é professor de História, diretor de Comunicação do Centro de Estudos e Formação para a Juventude (Cefej) e coordenador do Setor de Distribuição do CEDI.

emocionalmente menos desgastante

A pessoa atendida em

infecção hospitalar, o

custo do tratamento é

casa fica livre de

menor e



Num país marcado pela estruturação do Estado a serviço do capital privado e, ainda, onde o mercado regula 53% da riqueza nas mãos de 1% da população, é tarefa democrática discutir o sentido do público e do privado

# O ESTATAL, O PRIVADO E O PÚBLICO

**Emir Sader** 

Na medula do raciocínio liberal imperante se encontra a oposição entre estatal e privado. O primeiro termo representa a usurpação dos espaços de liberdade individual, provocando a luta pelo Estado mínimo, forma de respeitar a esfera privada, aquela da liberdade, da individualidade, da democracia. Nessa oposição, os signos valorativos são evidentes: negativo o primeiro, positivo o segundo. Quanto menos Estado, melhor, porque mais liberdade e - depois que se esgotou o Estado keynesiano como fonte de dinamismo econômico - mais eficiência.

Aceitar essa polarização é somar-se ao liberalismo ou, então, permanecer na defensiva em relação a um Estado gerado pelas classes dominantes para potencializar a acumulação de capital. Afinal, esse Estado se estendeu para gerar a infra-estrutura básica que o capital privado não tinha interesse em desenvolver, embora necessitasse dela como condição indispensável para seu desenvolvimento.

Esse Estado se aparelhou para normatizar um capitalismo que, deixado a seus próprios mecanismos, se torna passível de crises incontroláveis, devido à busca inesgotável para maximizar os lucros por parte do capital. As estruturas básicas se ampliaram para dar emprego a setores que o capitalismo privado não abri-



ga, assumir custos da reprodução da força de trabalho, poupando-os ao capital privado.

É inegável que a administração pública abriga hoje uma quantidade de funcionários superior à que necessita para desempenhar suas funções. Ela funciona como desemprego disfarçado, absorvendo mão-de-obra excedente, e as empresas privadas se encarregariam de absorvê-la, para só em seguida ser liberado outro contingente. Essa seria a forma equilibrada de resolver o problema, barateando o Estado.

Estado privê. Bastaria isso para caracterizar esse Estado como capitalista. E no Brasil ele cumpriu, bem ou mal, todas essas e outras tarefas classicamente atribuídas ao Estado capitalista. Quando a disponibilidade desse Estado para financiar políticas sociais — nas condições atuais de tributação e de utilização dos recursos públicos — se esgotou, faliram, junto com ele, as funções de empregar parte da força de trabalho que o setor privado não abriga, realizar políticas

de saúde, educação, seguridade social, transporte, habitação, relativamente subtraídas aos critérios de mercado.

A campanha pela desestatização é extremamente funcional para as classes dominantes, por várias razões:

a) permite desviar para o Estado as responsabilidades pelo processo inflacionário, centrando-o nos gastos com pessoal e com o desempenho das estatais (quando dois terços dos gastos do orçamento para 1992 são com os juros da dívida pública com capitais privados);

b) possibilita a transferência de patrimônio público, acumulado com recursos da sociedade, para empresas privadas;

 c) dirige para o Estado os ônus de irracionalidade capitalista, que tem no mercado capitalista seu epicentro.

Ao diagnosticar o Estado como o "império do mal" e opô-lo ao espaço privado, automaticamente se faz a apologia deste, fazendo-o passar pelo que não é e deixando os que se opõem a ele na difícil situação de arcarem com o peso de funções estatais definidas conforme a lógica do grande capital privado nacional e estrangeiro. Ganhos materiais e ideológicos brutos são líquidos e certos numa operação dessas por parte das classes dominantes.

Mas, e se os termos do problema não fossem apenas esses? E se o jogo não se resumisse à oposição entre estatal e privado?

Liberalismo e democracia. Na realidade, o liberalismo e a democracia nasceram e se desenvolveram como troncos diferentes na história do pensamento e na vida concreta das sociedades. Ao considerar que a esfera privada é o reino da liberdade, por definição, o liberalismo se opõe a tudo o que o limite. Quanto mais reine de forma ilimitada a esfera privada, maior liberdade. E o liberalismo passou a incluir nessa esfera o direito de propriedade, embora para seu fundador, John Locke, esse direito estivesse limitado apenas

ao que o homem trabalhasse diretamente e não através da exploração do trabalho alheio.

Ao Estado caberiam apenas funções suplementares, ligadas à proteção da propriedade, quando esta estivesse ameaçada, após o que retornaria à sua função de reserva. Para debilitar ainda mais seu poder de intervenção — porque disso se trata na luta pela liberdade —, a preocupação maior do liberalismo é com a divisão do poder estatal, a limitação e controle, a defesa da esfera privada.

Para a teoria democrática, as coisas se colocam de maneira diferente e antagônica ao liberalismo. A luta maior da democracia não é pela existência de menor poder na sociedade, mas pela existência de mais poder, is-

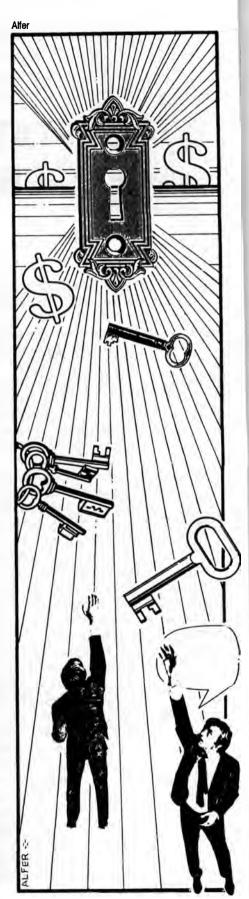
Esse Estado se estendeu para gerar a infra-estrutura básica que o capital privado não tinha interesse em desenvolver, embora necessitasse dela

to é, pela socialização do poder. Se o liberalismo reivindica o indivíduo e o contrapõe à sociedade, a teoria democrática reconcilia o indivíduo com a sociedade fazendo dela o produto de um acordo dos indivíduos entre si. Como diz Norberto Bobbio: "o primeiro extrai o singular do corpo orgânico da sociedade e o faz viver, ao menos por uma larga parte de sua vida, fora do ventre materno, pondo-o no mundo desconhecido e pleno de perigos da luta pela sobrevivência; a segunda o reúne aos outros homens, a ele semelhantes, para que da união deles a sociedade seja recomposta, não mais como um todo orgânico, mas como uma associação de indivíduos livres". (Norberto Bobbio. Liberalismo e democracia, Brasiliense, São Paulo, 1988, p. 47)

Em outras palavras, a teoria democrática tem como objetivos o autogoverno, a emancipação dos homens, pela socialização do poder. Para isso se apóia na visão de que os homens são iguais entre si, apesar das diferenças, enquanto o liberalismo acredita que os homens são desiguais, apesar das semelhanças. Para os democratas são injustas as desigualdades porque os homens são mais iguais do que desiguais, enquanto para os liberais todas as propostas de diminuição das distâncias sociais não se justificam porque os homens são mais desiguais do que iguais. Assim o liberal tenta colocar em evidência não o que os homens têm em comum enquanto homens, mas o que têm de diferente enquanto homens - daí seu individualismo. O democrata, por sua vez, tende a evidenciar não o que distingue os homens enquanto homens, mas o que eles têm em comum enquanto homens - daí o privilégio pela associação de homens livres.

A liberdade do liberalismo é negativa, com resultado de um Estado que governe o menos possível. Fecham-se os olhos para as relações de poder que permeiam a vida cotidiana regida pela mercantilização capitalista. A teoria democrática luta por uma liberdade positiva, por um Estado em que o poder esteja o máximo possível nas mãos dos cidadãos. Nessa polarização, Bobbio distingue que os que estão por cima preferem a primeira opção - a liberal -, enquanto os que estão por baixo optam pela segunda – a teoria democrática. Essa oposição atualiza para ele a diferenciação entre direita e esquerda, que recobre as duas alternativas - a que aceita, convive e justifica as crescentes desigualdades entre os homens e remete os destinos de cada um à lógica do mercado, e a que assume a luta pela justiça social e pelo direito das grandes maiorias ao acesso à cidadania.

Falsa oposição. Se para o liberalismo a luta se restringe à oposição entre o estatal e o privado, é porque não concebe uma liberdade coletiva, uma convivência harmônica entre os homens, uma associação de



homens. E não pode concebê-los, porque a matriz da vida social para ele é o mercado, onde reinam o antagonismo entre as pessoas, o triunfo de uns às custas da derrota de outros, a liberdade de uma minoria em detrimento da sujeição da maioria.

A democracia supõe o abandono da falsa oposição estatal/privado. Se existe uma esfera estatal, é a do cumprimento de funções supostamente nacionais, assumidas como prolongamento dos interesses do capital privado, por tecnocratas e burocratas separados da sociedade e aparentemente opostos a ela. As empresas estatais brasileiras, enquanto produzem bens e serviços que, na sua esmagadora maioria, se dirigem ao grande capital privado, nacional e estrangeiro, a preços altamente convenientes - para este último -, preenchem perfeitamente os requisitos do que seja uma esfera estatal. Os órgãos normatizadores do Estado, enquanto colocam em prática, conforme os interesses do capital privado, isenções, subsídios, créditos, perdão de dívidas, uma política tributária que recai sobre os que ganham menos e os que não sonegam, cumprem o que se espera da esfera estatal.

Público e privado. E se ao privado não se opusesse o estatal, mas o público? O público se opõe ao privado em duas acepções: ao que é próprio de cada um e ao que é secreto. O público corresponde à idéia coletiva de prosperidade, de socialização da propriedade e do poder. Empresas controladas pela sociedade, dirigidas democraticamente pela sociedade em seu conjunto, são públicas, nem estatais, nem privadas. A proposta de utilização de recursos da Previdência Social e do BNDES para criar cooperativas de trabalhadores que passem a ser proprietários coletivos das empresas a estatizar é um exemplo do tipo de empresa pública.

A empresa pública pode abranger diferentes tipos de propriedade — todas elas fora do critério que norteia a propriedade privada como entidade soberana, que decide por seus critérios de lucratividade o que deve ser feito e o que deve deixar de sê-lo, como deve ser feito, para quem e até onde. A empresa pública está expressamente limitada pelos interesses sociais, aos quais ela se deve essencialmente.

A esfera pública se opõe, assim, à privada e à sua extensão disfarçada na esfera estatal. Não há democracia sem que o centro da vida social esteja na esfera pública, condição de emancipação dos indivíduos, da igualdade, justiça e liberdade. Uma sociedade regida pelas leis do mercado - atualmente um mercado oligopolizado, dominado pelo grande capital monopolista nacional e estrangeiro - é uma sociedade à sua imagem e semelhança: de luta de todos contra todos, de desigualdades crescentes, de valorização dos mais fortes e exclusão dos mais frágeis, de concentração cada vez maior da riqueza e do poder nas mãos de minorias sempre mais restritas em número e mais poderosas em força. Em suma, uma sociedade capitalista como a nossa.

O público se opõe assim ao privado, como domínio da socialização dos indivíduos, de sua livre associação coletiva sobre o primado dos interesses privados. Opõe-se ainda ao privado, conforme a máxima de Kant, segundo a qual "todas as ações relativas ao direito de outros homens, cuja máxima não é conciliável com a publicidade, são injustas".

Dessa maneira, a democracia depende da extensão da livre decisão dos homens sobre todas as esferas da vida. Da livre decisão de ter ou não ter filhos — a livre disposição de seu corpo, que inclui obrigatoriamente o direito ao aborto — às decisões sobre o trabalho, educação, saúde, condições de vida. Para isso, é indispensável abrir os espaços estatais à democracia, lutando pela criação da esfera pública. Tornase indispensável, segundo Bobbio, que se vote no maior número de lugares

Não há democracia sem que o centro da vida social esteja na esfera pública

possíveis: administração pública, empresas estatais e privadas, escolas e universidades, igrejas, órgãos do Judiciário, Forças Armadas. (Durante a ditadura militar e neoliberal de Pinochet, um órgão de oposição propôs a privatização das Forças Armadas, ironicamente, mas como forma de ajudar a desvendar a farsa daquele processo, além de ser um avanço positivo no barateamento do Estado. A propósito: para que servem as Forças Armadas? Para dar golpes contra a democracia, como na URSS e Haiti recentemente e, há não tanto tempo, no Brasil, Argentina, Chile, Uruguai, para não ir mais longe?) Tudo com total transparência e conhecimento público, suprimindo os segredos nas atividades com projeção social. E, obviamente, a liquidação de todas as formas de polícia secreta, diplomacia secreta, segredo das empresas, etc.

Democratizar é um verbo reflexivo. Uma sociedade se democratiza ou ninguém a democratiza por ela. Democratização se opõe, portanto, à lógica egoísta do capital privado — que é hoje o grande capital privado monopolista e financeiro —, que se sobrepõe aos homens, sua vida, sua liberdade. Como recorda Eduardo Galeano, quanto mais livre o capital, mais prisioneiro o homem.

Por isso, quem não quiser falar de democracia e de esfera pública, que se cale sobre a desestatização, a liberdade das pessoas, os direitos de cidadania. Siga refugiando-se numa suposta esfera de liberdade e de democracia representada pelo mercado — resumo de mercado capitalista controlado por aqueles que, no Brasil, sendo 1% da população, detêm 53% da riqueza.

Emir Sader é professor de Sociologia da USP, autor do livro recém-lançado "A transição no Brasil".



### **VIVA O TRABALHO VIVO!**

É preciso romper com o fetiche do capital, que cerca o trabalho de uma razão instrumentalizadora, onde o trabalho vivo, humanamente gerado, é submetido dialeticamente pelo trabalho morto - o capital -, seu dependente

Wolfgang Leo Maar

esde o *Utopia*, de Thomas Mo-Drus, o trabalho é usado para associar a realização de um ideal político à atividade humana. Lembre-se apenas de que nos campos de concentração, judeus e opositores do regime encontravam um lema posto pelos nazistas: "O trabalho liberta" ("Arbeit macht frei"). Cinismo supremo esta associação de trabalho e liberdade! Pretendia-se a um só tempo renovar a necessidade da expiação, da culpabilidade dos condenados quem mandou não trabalharem! -, apelando simultaneamente ao 'remédio' prescrito por este tão feliz casamento entre ética puritana e espírito do capitalismo, que é como Max Weber enxergava a subsunção da força de trabalho ao capital.

#### TRABALHO E LIBERDADE

Apesar dos nazistas, é isto que se pretende aqui: destacar a necessidade do vínculo entre trabalho e liberdade. Em outros termos, é claro! Não aquele trabalho explorado, expropriado, desumanizador, que impele o homem a ser mercadoria. Mas trabalho como momento mediador essencial do homem no mundo, pelo qual se forma como homem em sua maioridade política. A sociedade capitalista liberal descobre paradoxalmente esse momento formativo do trabalho, que a filosofia clássica mantém vivo para além dos limites do humanismo burguês-liberal, até hoje, pelo marxismo.

A democracia só pode existir em uma esfera pública baseada no trabalho vivo. Socialismo é isto!

Particularmente no Brasil, até ontem cravado na escravidão, o tema não é dos mais prestigiados. O desprestígio decorrente do trabalho forçado abarcou qualquer forma de trabalho entre nós. Trabalho é assunto de tese de sociologia, vinculada às reivindicações de 'trabalhadores', mas não é relacionado com a política como plano constitutivo, de formação da cidadania, como, por exemplo, ocorreu nas democracias liberais do cidadãoburguês.

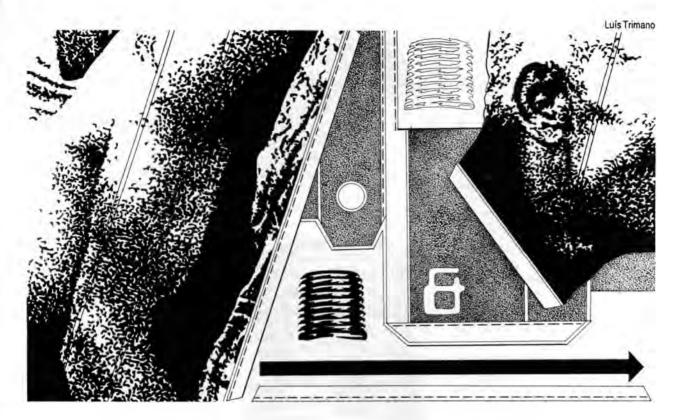
#### POLÍTICA E TRABALHO NO BRASIL

Aqui é inevitável recorrer às 'idéias fora do lugar' de Roberto Schwarz: o ideário liberal baseado na força de trabalho livre parece descentrado numa ordem escravocrata. A formação pelo trabalho, índole essencial do estado liberal, soa como Beethoven em noite de carnaval. E no entanto – conforme assinala o próprio autor -, a interpretação deve ser justamente o contrário: as idéias liberais, de tão fora do lugar, até parecem 'estrangeiras' entre nós, a partir da realidade social cindida por força do trabalho entre a massa de escravos e a elite dos homens livres, abismo produzido com a expropriação total pela via do trabalho escravo frente àquele

nos moldes da força de trabalho capitalista.

A base do argumento de Roberto é a realidade do trabalho, suas condições reais na formação social da ex-colônia transformada em país dependente. É tão grande o contraste, a dificuldade de integração conjunta num 'nacional', que as idéias liberais soam falsas de imediato. Some-se a isso o fato de que a falsidade sentida era efetiva: a integração nacional se dava com o 'de fora', estrangeiro; as idéias liberais serviam ideologicamente para ocultar a barbárie da escravidão nativa frente ao conjunto que se apresentava para fora como nação. Ao mesmo tempo, criavam uma 'desculpa' para a dominação do populacho, excluído, porque, afinal, só "trabalhava como bestas de carga". Sua exclusão era consolidada culturalmente, no plano das idéias... Verdade invertida: o trabalho deforma; aquele, coisificador, expropriado!

Explicam-se assim as dificuldades históricas da reflexão sobre a questão do trabalho em sua relação com a formação política no Brasil. E, por que não ousar com o teorema inverso? Não se explicariam também dessa maneira as dificuldades em romper — até mesmo no plano das intenções políticas sustentadas teoricamente, como deveriam ser as dos partidos transformadores — o fosso entre massa e elite, as dificuldades de um projeto 'nacional'? A partir da



pouca sedimentação material, da escassa base real — que poderia existir, por exemplo, a partir da estrutura do trabalho, das forças produtivas concretamente atuantes e das relações de produção — é difícil sustentar os propósitos de democracia, de ordem institucional pública, de políticas sociais.

Democracia tornou-se quase lugar-comum; socialismo, nem tanto. Porém democracia e socialismo constituem um nexo politicamente inevitável: a mediação está na abordagem adequada do ser humano no âmbito do trabalho como relação essencial e fundante na formação social. Para isso é preciso romper o cerco do fetiche do capital.

Para não ser vazio, o discurso deve ser contextualizado. Ao menos três temas têm relações com o trabalho tal como aqui proposto: educação, democracia e meio ambiente.

#### TRABALHO E EDUCAÇÃO

A grande discussão da educação hoje decorre do vínculo óbvio entre desenvolvimento e capacitação da força de trabalho, ao se acelerar a Particularmente no Brasil, até ontem cravado na escravidão, o tema do trabalho não é dos mais prestigiados. O desprestígio decorrente do trabalho forçado abarcou qualquer forma de trabalho entre nós

chamada 'terceira revolução industrial'. De fato, na produção contínua que substitui a seriada fordista, a divisão social do trabalho sofre transformações; o trabalhador é exigido em caráter mais global, embora ainda seja evidentemente subordinado a uma estrutura heterônoma. Sem entrar em maiores detalhes, interessa aqui indagar: se o desenvolvimento exige mais educação, como mais educação influencia o desenvolvimento?

As economias industriais não valorizam a sobrequalificação: a educação se subordina às necessidades de reprodução da formação social com suas polaridades. Para se ter uma idéia, na Alemanha de hoje, com uma formação média de mão-de-obra qualificada em torno

de onze anos, seria possível universalizar o ensino universitário. Mas isso não interessa, não por causa do custo econômico, mas político.

No plano das relações entre economia e educação da força de trabalho, se estabelece uma dialética entre trabalho morto - o capital e o trabalho vivo, pois aquele depende em sua reprodução deste. Esta é a equação fundamental demonstrada por Marx sob aquela velha face da contradição entre forças produtivas e relações de produção. O desenvolvimento industrial exige um pensamento criativo e, por essa via, acaba produzindo também um potencial crítico. Constituem-se pólos de afloramento das contradições. pontos de dinamismo transformador, na medida em que se pretende produzir massa de trabalhadores cada vez mais qualificados, produzindo, também, lateralmente à capacitação maior, uma possível maior 'formação civil': melhores fontes de informação, comunicação mais fácil, mais tempo livre, fomentando crítica, resistência e mobilização.

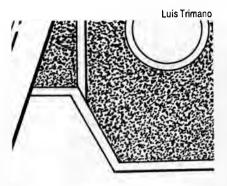
Evidentemente os ingredientes dessa força viva de trabalho com potencial crítico-subversivo são subordinados à dominação da mídia e da indústria cultural, que pretende levar ao conjunto da sociedade os referenciais da força de trabalho castrada na produção. O fetiche do capital é condição máxima para sua própria sobrevivência.

Contra essa tendência, é necessário desenvolver políticas culturais de valorização do trabalho vivo, entendido como força viva unidimensional, totalmente administrada. Isso não é fácil: basta dizer que a onipresença ideológica do capital como valor é responsável pelo fim da experiência do socialismo real no Leste europeu.

Marx sabia que não bastava apenas mudar de mãos a propriedade dos meios de produção, mas era necessário transformar profundamente as forças produtivas. No caso, significa criticar a ciência em seu amálgama com o capital, a principal forma da ideologia no capitalismo industrial tardio. Mantida como principal força produtiva, essa 'ciência-capital' obstruiu a dialética entre força de trabalho viva e morta, mantendo até nos países do socialismo apenas nominal as mesmas relações sociais capitalistas. O resto foi apenas questão de tempo.

#### **DEMOCRACIA E TRABALHO VIVO**

Em que termos a democracia é um valor universal? Esta, que foi uma solução verdadeira nos tempos da ditadura, hoje carece de base material para fundar sua universalidade. A democracia precisa ao menos se referir ao âmbito de uma esfera pública que não seja, como hoje, dominada essencialmente pela mídia, pela ciência-tecnologia industrial nos moldes da ideologia do capitalismo industrial tardio e da reificação total que o fetiche do capital lança sobre as relações sociais. Por essa via, por exemplo, os mecanismos de representação política - tornados exemplos concretos da democracia acabam sendo apenas sucedâneos com objetivos manipulatórios das le-





As idéias liberais, de tão fora do lugar, até parecem 'estrangeiras' entre nós, a partir da realidade social cindida por força do trabalho, entre a massa de escravidão e a elite dos homens livres

gítimas reivindicações da força de trabalho viva. Como desmistificar esse ambiente?

A resposta está no âmbito de esferas públicas pautadas sobre o trabalho enquanto produtor vivo, de que a reprodução do capital depende em sua acumulação, e que constitui o seu núcleo dinâmico. Isto exige uma cultura política desfetichizada em relação às formas atuais da força de trabalho científico-tecnológica, em que a racionalidade instrumental se impôs à dialética entre trabalho vivo e morto, ocultando aos próprios homens o potencial crítico de sua atividade. A formação de vontades gerais po-

lítico-institucionais precisa ser referida ao plano de esferas públicas alternativas, críticas, condicionadas ao trabalho no que represente de atividade criadora, produtora dos homens a partir do intercâmbio permanente entre natureza e sociedade, cuja consciência é obstruída pelo fetiche do capital. Para Oskar Negt, da mesma geração frankfurtiana de Habermas, mas ainda socialista, esta seria uma "economia política do trabalho vivo", que Marx planejava escrever após O Capital - a "economia política do trabalho morto".

#### VIDA E TRABALHO VIVO

Apenas com a perspectiva do trabalho vivo é possível realçar no nexo homem-natureza o duplo caráter, pelo qual a natureza não surge apenas como dominada, mas mantendo também uma vinculação viva com os sujeitos do trabalho, que assim fazem parte da natureza, são também seres naturais. Além da 'dominação' da natureza - efetivada no potencial criativo, na produção de coisas, na objetificação da natureza como 'segunda natureza' pela atividade produtiva dos homens -, se impõe um 'respeito' à natureza como vínculo vivo, permanente condição para a produção social, cuja história, nessa medida, faz parte da história da natureza.

Estes seriam os fundamentos para se criar um concepção de desenvolvimento crítica à degradação do meio ambiente, observada numa economia exclusivamente centrada na perspectiva do trabalho morto, do capital como processo formativo social. Também aqui o trabalho vivo deve formar.

Wolfgang Leo Maar é professor de Filosofia da Universidade Federal de São Carlos.



# "ESPERANDO CONTRA TODA ESPERANÇA..."

**Zwinglio Mota Dias** 

A crise do socialismo real, a guerra do Golfo, os impasses da economia internacional, a questão da preservação do meio ambiente e a pauperização crescente e ameaçadora do Terceiro Mundo marcam de forma trágica e indelével a última década do século XX.

Talvez a mudança mais significativa no plano sociopolítico é a que se refere à orientação axial dos conflitos que, durante várias décadas, marcaram a vida na maior parte do tempo deste século. Se até há pouco as relações Leste-Oeste foram dominantes, iniciamos a última década com a supressão dessa orientação. O conflito fundamental de interesses se dá agora com a mudança do eixo Leste-Oeste para o Norte-Sul. Se antes as divergências ideológicas primavam, encobrindo e/ou disfarçando as questões econômicas de fundo, agora o disfarce desapareceu: o conflito entre ricos e pobres tornou-se evidente. O Norte rico procura defender-se do Sul pobre. O conjunto das questões sociopolíticas, ecológicas, culturais, econômicas, etc. agora é aberto, sem disfarces nem encobrimentos ideológicos possíveis de manipulação.

O desafio para as igrejas. Esta nova situação coloca questões candentes e cruciais para os cristãos e suas organizações históricas — as igrejas. O fim da Guerra Fria, com a debacle do sistema dito "comunista", e o incremento do neolibe-

"As duas próximas décadas podem ser definitivas para a humanidade. A reestruturação das relações em nível mundial entre o Norte e o Sul é um dos compromissos cruciais para o futuro da humanidade."
Willy Brandt

"Não há dias novos em nosso almanaque, porque vivemos num mundo mais fechado do que o do pior materialismo, um mundo no qual não esperamos que Deus faça algo novo... Portanto, não nos atrevemos a descobrir o novo que Deus está fazendo e a segui-lo." Miguez Bonino

ralismo como expressão mais sofisticada, em nível ideológico, do sistema capitalista decretam o fim inapelável da forma constantiniana de Igreja e convocam todos os cristãos a uma nova compreensão, já anunciada na Reforma, mas nunca de facto assumida historicamente, do papel da Igreja de Cristo no meio da História. Durante a divisão do mundo entre livre (ocidental, cristão) e comunista (oriental, ateu), as igrejas foram chamadas (e a maioria delas sucumbiu ao canto da sereia capitalista) a desempenhar um papel importante na defesa dos valores (ou antivalores) capitalistas contra as propostas do mundo comunista. Até mesmo criaram e articularam agências de cooperação internacional para o desenvolvimento do chamado mundo pobre (o Sul), de modo a somar esforços com o sistema capitalista para enfrentar/sustar o avanço das idéias socialistas que emanavam do mundo comunista.

Atualmente fica evidenciada a aliança de grande parte das igrejas do mundo ocidental com os valores que subjazem ao projeto capitalista de sociedade. Por outro lado, as novas perspectivas para o futuro da humanidade, junto ao fato de que o cristianismo está emigrando para o meio dos pobres, coloca para as igrejas o desafio de aceitarem a necessidade de uma avaliação de seu papel histórico até aqui, assumirem o fim da era constantiniana e tomarem novos rumos frente a uma conjuntura onde, cada vez mais, os cristãos vão sendo contados entre as massas de pobres, presentes principalmente nos países do Terceiro Mundo (América Latina e África, principalmente). Ou seja, torna-se evidente a necessidade de uma eclesiologia distinta daquela forjada a partir da aliança da Igreja com o Estado (era constantiniana) e repetida, com inúmeras variações, a partir de então.

Recuperando a Missão. Segundo a revelação bíblica neotestamentária a Igreja é produto da ação livre do Espírito de Deus no meio da História. Infelizmente as concreções históricas da Igreja, provisórias e limitadas, nunca foram assumidas enquanto tais. Pelo contrário, foram sempre tomadas como expressões finais da operação do





Se antes as divergências ideológicas primavam, encobrindo e/ou disfarçando as questões econômicas de fundo, agora o disfarce desapareceu: o conflito entre ricos e pobres tornou-se evidente

Espírito. O que equivale dizer que as instituições eclesiásticas que conhecemos são, na verdade, caricaturas da Igreja de Cristo, presentes no meio da História.

A presente conjuntura mundial que vivemos, no entanto, por sua gravidade impele hoje os setores conscientes dessas igrejas a serem críticos do processo de reorganização socioeconômica da ordem mundial que estamos experimentando. Mais que nunca esses setores estão sendo chamados a recuperar sua dimensão política de denúncia da nova situação histórica que reordena o mundo a favor dos ricos e de anúncio (mais uma vez) da utopia do Reino presente no meio dos pobres.

Nesse contexto é interessante lembrar o conceito calvinista da pia conspiratio, que o reformador de Genebra aplicou à Igreja. Assim se chama a comunidade dos que, chamados por Cristo, decidem semear sinais do Reino de Deus entre os homens com o propósito de influenciar e transformar toda a so-

ciedade. A tarefa da Igreja, partindo de uma atitude concreta para com os problemas graves que afetam o mundo, deve ser de compromisso total com a transformação das sociedades dentro das quais surge. Pois a Igreja é chamada a se tornar "povo de Deus" no processo da História. Paulo é muito claro ao falar da Igreja como o "Corpo de Cristo" entre os homens. Isso significa que a Igreja cuida de dar continuidade aos atos de salvação de Deus no curso da história da humanidade e que estes atos têm a ver com o plano histórico de Deus em relação aos homens nas suas situações culturais, sociopolíticas e ideológicas concretas.

Como expressão da humanidade a Igreja é também e simplesmente "mundo", com a novidade - frente ao resto da humanidade - de ter consciência e ser capaz de celebrar o futuro já. Isto pode-se concluir a partir da perspectiva bíblica que caracteriza Cristo como "povo", como um ser coletivo no qual está sendo realizado o processo pleno de salvação de todos os homens e de cada indivíduo. O significado da função exercida por Cristo está expresso numa linguagem de fortes tons políticos e sociológicos (o corpo místico de Cristo) que não permitem à Igreja, se ela realmente for fiel às suas origens no Novo Testamento, omitir-se das responsabilidades sociopolíticas. Ou como assinalou J. B. Metz: "Segundo Pascal, sempre é Getsêmani, sempre dormem todos. E Cristo está sempre em agonia... Procuremos não fazer parte daqueles que dormem em Getsêmani, para não terminarmos por nos converter, em que pese o nosso sempre exaltado nível de desenvolvimennuma classe especial analfabetos: os analfabetos da sensibilidade frente à dor do mundo".

Zwinglio Mota Dias é teólogo, pastor da Igreja Presbiteriana Unida do Brasil e secretário-geral do CEDI.

# O QUE FICA DA **VISITA DO PAPA?**

Pedro A. Ribeiro de Oliveira

Se a primeira visita papal foi um sucesso, esta foi, sob vários aspectos, decepcionante: público muito menor do que o esperado, ínfima repercussão no clima do País, desinteresse da mídia e um papa abatido, incapaz de repetir os gestos espetaculares da primeira visita (os dois vultuosos cheques tiveram menor impacto do que um anel...). Se ainda é forte o carisma da figura papal, enfraqueceu-se o de Wojtila.

Para avaliar a visita, é preciso considerar nosso estado de depressão. O Brasil empobreceu, está perdendo a autoconfiança e - o mais grave — a miséria deteriora o tecido social e o moral das bases populares.

Mas isso não explica tudo: hoje é outra a situação da Igreja Católica no Brasil. Em 1980, seu episcopado tinha posição clara em defesa dos direitos humanos, apesar do regime de Segurança Nacional. A visita do papa era esperada como o momento da decisão: ver de qual lado ele ficaria. Agora já não havia expectativas. Face à posição moderada do episcopado, que só empresta sua voz para condenar o que todos condenam, sem tomar partido, o papa não poderia ser diferente. Seus discursos repetiam um pensamento que vem desde Leão XIII: é preciso construir uma sociedade justa convertendo os poderosos e evitando que a organização popular acabe trazendo mais problemas.

O que ficou? Sentimos que quem nos visitou não nos escutou,



Segunda visita papal: público menor, discursos sem profetismo, baixo impacto, poucos gestos espetaculares, sinal de seca na Igreja

não nos olhou nos olhos, não conversou conosco. Ao contrário da primeira vez, os discursos não foram alterados durante a viagem. O papa calou-se sobre temas que nos tocam fundo. Nossos bispos, nossas comunidades, nossos centros de defesa dos direitos humanos lutam pela vida dos condenados, mas não ouvimos uma palavra contra a pena de morte. Silêncio sobre o assassinato de Marçal Guarani, que o saudara em 1980. Silêncio total sobre os mártires que tombaram na nobre luta pela justica social. Nenhuma referência às CEBs: falou de comunidades eclesiais, mas nunca acrescentou a elas o distintivo "de base".

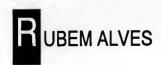
É verdade que a palavra papal é tão ambivalente, que sempre se presta a diferentes interpretações. Somos todos contra a "invasão" da terra: dos índios, dos posseiros, das reservas extrativistas e florestais... O que defendemos é a ocupação da terra para se trabalhar. Se os conservadores lembram as condenações à teologia de caráter marxista, diremos com orgulho que o papa se considera um teólogo da libertação... Mas não é assim que se faz uma avaliação séria.

A comparação entre as duas visitas mostra que os bispos nomeados por João Paulo II foram aos poucos tirando a vitalidade da Igreja. Ele encontrou um episcopado obedientíssimo, que não lhe traz preocupações, mas incapaz de assumir um discurso profético que sacuda esta sociedade entorpecida pela miséria e pelo cinismo dos poderosos. Invertendo antigo ditado: "quem semeia calmaria, colhe seca". E a Igreja Católica do Brasil vive hoje sua estação de seca.

Mas os sertanejos nos ensinam que seca vem e passa; ela não destrói a vida que sabe resistir sob as cascas ressequidas. E a Igreja tem seiva boa correndo nas CEBs (que preparam o 8º Encontro Intereclesial), nas pastorais populares, nas dioceses que avaliam a caminhada para tomar novo impulso, no ecumenismo pela base, nas religiosas e religiosos inseridos na pastoral popular...

Virá a primavera na Igreja, e a vida desabrochará numa árvore frondosa, onde as aves do céu virão aninhar-se.

Pedro A. Ribeiro de Oliveira, leigo católico, é professor de Sociologia da Religião na UFJF e Uerj, e membro da equipe de assessoria do Instituto de Estudos da Religião (Iser).



### **AS DUAS IMAGENS**

Parece ser doideira ter medo de espelhos. Vidro polido, que reflete imagens, coisas inocentes, irreais, não. existentes, basta virar o espelho para a parede para que desapareçam, nunca mais. Existem só dentro do espelho, mas espelho não tem dentro. O dentro do espelho é só um truque de mágico, uma brincadeira que a luz faz com os nossos olhos. Se lá dentro não existe, lá dentro não mora nada. Se não mora nada, nenhum mal nos pode fazer...

Se tão inofensivos, por que o medo? Diz a crendice popular que "espelho quebrado, sete anos de azar...". Como se o espelho fosse entidade poderosa, com poderes para se vingar daqueles que lhe fazem mal. Os sabidos iluminados dirão que se trata de superstição popular. Coisa da ignorância. Que me expliquem então os cuidadosos rituais com que Edgar Allan Poe os cercou, estudando os lugares onde poderiam ser colocados, para que mal não nos fizessem! E Borges confessou que os espelhos o amedrontavam. Dizia que era por seu poder de reduplicar o mundo, criando labirintos, como aqueles que existem nos play-centers, corredores e salas onde a gente se vê refletido mil vezes, num espaço multiplicado onde os caminhos e as saídas desaparecem. Para Borges, eu acho, o terror do espelho estava associado à loucura: este poder para transformar o mundo numa infinidade de imagens fantasmagóricas. Mas ele não considerou um terror maior que este: que a reduplicação não é só coisa que acontece de fora para dentro - nosso rosto real repetido no lá dentro que não existe. Muita gente

suspeitou do contrário: que o espelho tem o poder de reduplicar, aqui fora, aquilo que aparece lá dentro. Como se fôssemos espelho do espelho... Ah! Não entenderam. Chamo então o Riobaldo prá me ajudar. "Ah! Aqueles tempos eu não sabia, hoje é que sei", diz ele. "Que para a gente se transformar em ruim ou em valentão, ah! basta olhar um minutinho no espelho — caprichando de fazer cara de valentia ou cara de ruindade...".

Os espelhos não são tão inocentes quanto parecem. Relata-se o caso de um aborígene que caiu morto ao ver sua imagem refletida num espelho. E Picasso tem um desenho, não sei o nome, de uma ninfa destruindo um monstro com o seu espelho: foi ver a sua feiúra e cair morto na hora. (Imaginei que esta seria uma arma terrível para pôr fim às brigas de marido e mulher: bastava que um, no auge da fúria do outro, lhe mostrasse um espelho. Ou seria um fulminante ataque cardíaco, ou um assassinato ou, quem sabe, uma enorme risada...)

Eu mesmo tive uma experiência esquisita. Faz muito tempo havia um programa na TV Cultura, o "Super-Grilo", onde eu aparecia de vez em quando. Mas como era um programa transmitido ao vivo, eu nunca tinha tido a oportunidade de me ver. Acontece que eles resolveram reprisar um dos programas, e eu resolvi me ver... Pois não pude dormir aquela noite, de espanto e estranheza. Não que eu fosse feio demais. Mas é que aquela imagem, que todos diziam estar ótima — eu era daquele jeito mesmo! —, não combinava com uma imagem de mim

Marta Strauch

mesmo que eu carregava num espelho invisível, atrás do meu ombro direito. Pois todo mundo faz isso. Narciso e sua fonte moram bem aqui do lado. Foi uma sensação de estranheza, de que eu não era quem eu era, que a minha alma era diferente da imagem.

Acho que foi coisa parecida que aconteceu com o tal aborígene: morreu de susto. Nunca se tinha visto. a não ser na sua própria fantasia. Quando se viu percebeu que ele era outro... E odiei o vídeo. Já notaram que, nos vídeos, todos estão muito bem, menos nós? É que o vídeo, este espelho com memória (os espelhos de vidro são desmemoriados; basta que a gente se afaste para que eles se esqueçam...), não reduplica. Reduplica, sim, o cabelo, a cara, a roupa, os gestos. Mas não é isso que queremos. Queríamos mesmo é ser como a bela imagem que existe no espelho da nossa fantasia. Há uma Outra imagem que passeia, como alma do outro mundo, entre os interstícios das imagens especulares. Por isso que não é possível ficar diante de uma objetiva de uma câmera fotográfica sem fazer pose, ainda que seja a pose de não fazer pose. A pose é o movimento sutil do corpo pelo qual nos esforçamos por fazer coincidir a imagem real com a imagem desejada. Era isto o que o Riobaldo aconselhava, como magia para transformar um covarde em valentão. Faça pose de valentão. Quem se vê valentão, fica valentão. Estapafúrdia sugestão para os filósofos que se ocupam com as profundas questões do Ser: o Ser (sólido) nasce da



imagem (irreal...). Em jargão de psicanálise: nasce do Desejo.

E assim vivemos, nesse espaço de espanto, entre a imagem reduplicada do espelho, visível, e a imagem invisível, desejada do coração. Mora também a imagem de um Outro, eu também, o meu Desejo. Por isto que todo encontro com o espelho é um diálogo entre duas imagens: a da realidade e a do sonho... Como disse a Cecília:

"Entre o desenho do meu rosto e o seu reflexo, meu sonho agoniza, perplexo. Ah! Pobres linhas do meu rosto, desmanchadas do lado oposto, e sem nexo! E a lágrima do seu desgosto sumida no espelho convexo!"



## MERCOSUL: UM PLANO APRESSADO E IMPROVISADO

Sem consulta a amplos setores da sociedade civil, incluindo os trabalhadores e parte do empresariado, é lançado o projeto do Mercosul, de forma apressada e improvisada. Considerando-se as diferenças de desenvolvimento econômico entre os países parceiros, podem-se antecipar crises dramáticas em amplos setores da produção

Paulo R. Schilling

ma iniciativa pioneira nesse sentido partiu de Juan Domingo Perón, em 1953, quando esteve na presidência da Argentina: a tentativa de formação do "ABC", a integração da Argentina, Brasil e Chile, considerado como o primeiro passo de um processo muito mais amplo (a integração econômica da América Latina). Tudo dentro da visão "nacionalista latino-americana" do caudilho argentino, da idéia da "Pátria Grande" tão cara aos libertadores: "Pienso yo que el año 2000 nos va sorprender o unidos o dominados".

Perón havia conseguido a concordância de Getúlio Vargas e do general Carlos Ibañes del Campo, eleitos para as presidências do Brasil e do Chile, respectivamente.

Entretanto, como relata o presidente argentino em seu histórico discurso na Escola Nacional de Guerra (11/11/1953), Vargas não conseguiu cumprir o prometido. Com minoria no Congresso e com um entreguista declarado no Ministério de Relações Exteriores (João Neves da Fontoura), a política nacional de Vargas foi sistematicamente bloqueada, o que desestabilizou seu governo e levou o líder populista finalmente ao suicídio.

Iniciativas fracassadas. Como toda novidade que surge na Europa,



o Tratado de Roma e seu fruto, a Comunidade Econômica Européia (CEE), teriam versão subdesenvolvida neste lado do Atlântico. O Tratado da Zona de Livre Comércio (ALALC) foi firmado em 18/2/60. Integrada inicialmente pela Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Equador e Venezuela, a ALALC transformou-se em ALADI, porém continuou a representar um papel insignificante no processo de integração econômica do subcontinente.

Com influência ideológica bastante distinta (originada nos goverprogressistas de Salvador Allende, generais Juán José Torres e Velasco Alvarado, no Chile, Bolívia e Peru, respectivamente), o Acuerdo di Integración Subregional Andino foi firmado em 26/5/69. Os participantes eram Bolívia, Colômbia, Chile, Equador e Peru (a Venezuela ingressou posteriormente em 1973). Com a queda dos três regimes reformistas e a substituição por ditaduras declaradamente pró-imperialistas, desapareceu a tendência progressista no Pacto Andino.

Em dezembro de 1960, surgiu o Mercado Comum Centro-Americano, constituído por El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicarágua e Costa Rica. Em meados de 1973, o Sistema de Livre Comércio do Caribe transformou-se na Comunidade del Caribe (CARICOM).

Por toda uma série de causas diversidade no nível de desenvolvimento econômico entre os paísesmembros, disputas mesquinhas de interesses nacionais e das classes dominantes, falta de um planejamento integrador efetivo, etc -, o avanço conseguido foi mínimo: em seu conjunto, as transações intra-região dos vários conjuntos não alcançam atualmente 10% do comércio exterior dos países-membros.

A proposta do Mercosul. Esse fracasso, relativo à ALALC/ALADI, levou a Argentina e o Brasil a intentarem maior integração de tipo bilateral. As negociações protagonizadas pelos governos Sarney e Alfonsín refletiam, no entanto, em grande parte, o desespero originado nas crises dos respectivos países, inquestionavelmente as piores da história. Posteriormente as negociações seriam retomadas a contragosto por Fernando Collor. A posição do atual presidente, anunciada em dezenas de oportunidades, era a de "integrar o Brasil ao Primeiro Mundo" e abandonar, até mesmo, o que denomina "retórica terceiromundista". Olimpicamente ignorado pelos integrantes do seleto "G-7", sequer levado a sério pelo presidente Bush (que o goza, apelidando-o de "Indiana Jones"), Collor retomou as negociações de Sarney por absoluta falta de alternativa.

Carlos Menem, apesar de aparecer como grande defensor da integração, jogou de forma desleal. Para fazer média com Washington, mandou dois barquinhos à guerra do Oriente Próximo, colocando o Brasil sob o fogo cerrado dos belicistas da Casa Branca e do Pentágono. E pior ainda - dolarizou a economia da Argentina, arquivando praticamente a soberania do país.

Isso significa um obstáculo muito sério, possivelmente intransponível à integração. A adoção de uma moeda comum, ou, pelo menos, a paridade entre as moedas dos países integrantes de um mercado comum é o acerto mais difícil de se conseguir. Até agora, às vésperas da vigência plena de "Europa 92", a Inglaterra ainda veta a medida.

Imagine-se a moeda argentina umbilicalmente ligada ao dólar e, consequentemente, totalmente à mercê das decisões do FED (o banco central norte-americano). Todo o comércio da região integrada ficaria submetido à manobra do sistema financeiro norte-americano, aquela que, em 1986, desvalorizou o dólar em mais de 40%.

Outra prática – essa dos dois presidentes – que inviabiliza por completo o projeto do Mercosul é a acelerada abertura das fronteiras econômicas que se verifica. Atenção: abertura para todos. Collor, emulando Dom Juan VI, fala em segunda abertura dos portos. Na Argentina, as tarifas já estão reduzidas a um mínimo irrisório: 22% para os produtos manufaturados com similar nacional; 11% para os intermediários e zero para insumos, com uma média ponderada - segundo Fernando Porta – de cerca de 9%.

A adoção de uma moeda comum ou, pelo menos, a paridade entre as moedas dos países integrantes de um mercado comum é o acerto mais difícil de se conseguir

È óbvio ululante que a abertura para todos é a negação do mercado comum. Isso significa abertura de fronteiras econômicas entre os países-membros e, até mesmo, manutenção (como está ocorrendo na Europa, com os subsídios aos produtos agrícolas e as medidas contra os carros japoneses) e reforço das fronteiras externas do conjunto. Caso contrário, qual a vantagem de participar num projeto integracionista?

Requisitos prévios. O estabelecimento de um mercado comum pressupõe uma série de requisitos prévios, fundamentais para seu bom funcionamento. Em primeiro lugar macroeconomias estáveis nos países a serem integrados. Os governos de Sarney/Collor e Alfonsín/Menem poderiam reivindicar o título mundial de instabilidade econômica: campeões em inflação, recessão, colapso dos serviços sociais, degradação dos salários, improvisações grosseiras na condução das políticas econômico-financeiras (somente Menem lançou treze planos), corrupção, etc. Em resumo, lançaram Brasil e Argentina a um passo do caos total. Se esses governantes fracassaram de forma tão ampla na adminis-

Se Collor e Menem fracassaram de forma tão ampla na administração dos respectivos países, que confiança podem merecer como condutores de um complexo processo de integração econômica?

> tração dos respectivos países, que confianca podem merecer como condutores de um complexo processo de integração econômico?

Improvisação. Chega a causar arrepios a maneira improvisada, apressada, irresponsável com que estão sendo conduzidas as etapas prévias do Mercosul, sem consulta aos trabalhadores, nem mesmo a amplos setores do empresariado - bem ao estilo pirotécnico de Collor e Menem. The Economist ironiza a pretensão dos governos do Cone Sul de porem em funcionamento até 1/1/95 o mercado comum, quando a institucionalização do mesmo nos países europeus, inquestionavelmente muito melhor instrumentados e equilibrados, levou 35 anos e ainda deverá apresentar toda uma série de problemas.

"O Tratado de Roma, modelo



para os latino-americanos, foi assinado em 1957, e a Comunidade Econômica Européia (CEE) está longe de sua versão final .(...) Os quatro países do Mercosul esperam formar um mercado comum sob um regime de tarifas externas comuns até 1995. Será uma carreira ...".

Considerando as diferenças de desenvolvimento econômico entre Brasil e Argentina (nem falar dos outros dois parceiros), podem-se antecipar crises dramáticas em amplos setores da produção. Assim, parece evidente que no que se refere à indústria de base e de transformação mais sofisticada, o Brasil (ou melhor, as transnacionais estabelecidas no País) levará uma grande vantagem, lançando à falência milhares de empresas argentinas e centenas de milhares de trabalhadores ao desemprego.

Em contrapartida, a agricultura e a agroindústria dos três estados do sul do Brasil - Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná – que, por questões de clima, produzem o mesmo que a Argentina, porém em muito piores condições em razão da excelência do solo no país do Prata), deverão sofrer um enorme impacto.

Para evitar que o caos que se verifica atualmente em nossos países se regionalize, o mínimo que se deveria exigir é que os planos do Mercosul fossem postergados por vários anos, amplamente debatidos e modificados pelos movimentos populares dos distintos países e, finalmente, implementados por governos efetivamente capazes e responsáveis, comprometidos com soluções soberanas e socialmente justas.

Paulo R. Schilling é economista, e assessora o Projeto Especial Dívida Externa, do CEDL



Amanecer es la revista ecuménica más completa de Nicaragua. Publicada bi-mensualmente en español, inglés y italiano, complementa la reflexión cristiana con información actualizada, análisis, testimonios, entrevistas y documentación sobre la realidad nicaragüense y centroamericana, desde la perspectiva ecuménica y de la opción por los pobres.

Subscribase Hoy...

### amanecer

#### Reflexión cristiana en la nueva Nicaragua

Publicación del Centro Ecuménico Antonio Valdivieso



Boletín de suscripción ---

Nombre (First name)

Apellidos (Last name)

Dirección (Address)

Ciudad (City)

Pals (Country)

Les ruego me suscriban a la Revista AMANECER y/o me envíen los números atrasados que señalo en la lista adjunta. El importe lo haré efectivo mediante giro bancario emitido a nombre y dirección de:

#### CENTRO ECUMENICO ANTONIO VALDIVIESO APDO. 3205 Managua, Nicaragua

Valor de suscripción: Nicaragua: U\$ 10. América Latina U\$ 25. Europa v Norteamérica: U\$ 30. Otras regiones: U\$ 35. Las suscripciones se hacen por años completos y naturales, enviándose los números ya publicados del año en que se abre la suscripción.



### HAITI

# "HÁ UM GENERAL ROUBANDO A DEMOCRACIA DO POVO"

#### HAITI

Área: 27.750 km<sup>2</sup>. População: 5.523 000 (1988). Cerca de 1 milhão de haitianos vivem nos EUA, muitos deles ilegalmente. Capital: Pourt-au-Prince. Línguas: o francês é oficial: cerca de 80% da população, entretanto, fala o criolo, mistura de francês seiscentista com dialetos africanos, inglês, espanhol e palavras indígenas. Religião: a maioria da população segue o catolicismo, religião do Estado; o vudu, religião de origem africana, é largamente praticado, especialmente nas áreas rurais. Forma de governo: República. Composição étnica: cerca de 95% da população é de ascendência africana: os outros 5% são mulatos. Taxa de crescimento demográfico: 1,9% (est. 1988). Distribuição demográfica: 26% de população urbana (1987). Renda per capita: US\$ 360 (1988). Produto Nacional Bruto (PNB): 2,2 bilhões (1988). Taxa de crescimento do PNB: -0,3% (1988). Economia: 34,2% do PNB vem da agricultura (café, açúcar, banana, milho, arroz), pesca e silvicultura, 23,5% da indústria (principalmente montagem de produtos reexportados para os EUA, como equipamentos eletrônicos, brinquedos, equipamentos esportivos etc.) e 17,7% do comércio (1986); o turismo e as remessas dos haitianos residentes no exterior representam importantes fontes de divisas para o país. Inflação: 4,1% (1988). Força de trabalho: 2.350.302, sendo 66,2% na agricultura, silvicultura e pesca, 5,7% na indústria, 13,4% no comércio e 1% na construção (1988). Natalidade: 36 por 1.000 hab. (1985). Taxa de fertilidade: 4,5 filhos por mulher (1984). Mortalidade: 13 por 1.000 hab. (1985). Expectativa de vida: 53 anos (homens); 54 (mulheres) (1980-1985). Saúde: 1.397 hab. por leito de hospital (1982); 6.539 por médico (1985). Mortalidade infantil: 107 por 1.000 nascimentos (1985). Analfabetismo: 62,4% (1985). Educação: 3.991 escolas primárias e secundárias (1983/84), com matrícula total de 928.400 alunos (1986/87). Ensino superior: uma universidade, com 4.600 alunos (1986). Parcela do orçamento nacional gasta com a educação: 1,2% (1983). Fonte: Almanaque Abril 1991.

esde o golpe militar, ocorrido no último dia 29 de setembro, mais de 500 pessoas foram mortas no Haiti. Enquanto isso uma missão da Organização dos Estados Americanos (OEA), depois de recomendar aos países-membros que suspendam as relações com o Haiti, tenta convencer os golpistas liderados pelo general Raul Cedras - a devolverem o poder ao presidente deposto Jean-Bertrand Aristide, atualmente exilado na Venezuela.

Desde a queda do ditador Jean-Claude Duvalier - mais conhecido como Baby Doc -, o país sofre o oitavo golpe. O primeiro presidente eleito democraticamente depois de 29 anos de ditadura foi Aristide, mais conhecido como Titide, que, entre a campanha e a posse, sofreu pelo menos três tentativas de assassinato.

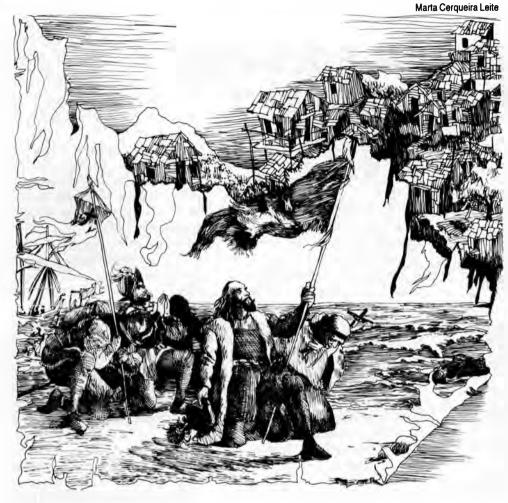
Até o momento Estados Unidos, Canadá e a Comunidade Européia suspenderam ajuda ao Haiti. A OEA já avisou aos golpistas: "O não-reconhecimento da manifestação coletiva do Continente em favor da reintegração de Aristide provocará o total isolamento do país e poderá ser seguido de uma intervenção militar". O Pentágono enviou um contingente de marines para a base americana de Guantánamo (Cuba).

A Junta Militar proibiu manifestações de rua e reuniões políticas em todo o país. Também impôs censura à imprensa. Aristide disse, na Venezuela, que os militares golpistas não têm apoio do povo. Assinalou ainda que "há um general roubando a democracia do povo". Não é só, Titide prevê um massacre geral. Não é à toa que a ministra da Informação de seu governo, Marie-Laurence Joselyn-Lassegue, tenha afirmado que pelo menos mil pessoas já morreram, vítimas da repressão militar.

Na realidade, Aristide foi deposto logo após ter proposto a aposentadoria de altos oficiais que eram potenciais candidatos a golpistas. Ele levou recrutas ao oficialato, passando por cima do sistema de promoções militares, e ainda criou uma milícia de trezentos homens, sob chefia da presidência e que não obedecia ao comando das Forças Armadas. Ao assumir o poder, Aristide declarou fazer justiça econômica e uma limpeza das autoridades corruptas e os remanescentes da ditadura Duvalier. Não teve tempo para efetuar a missão.

O novo homem forte do Haiti, general Raul Cedras, havia sido promovido no dia 7 de fevereiro, pelo próprio Aristide, a chefe do Estado-Maior do Exército. Cinco meses depois foi nomeado comandante das Forças Armadas. Hoje ele preside a Junta Militar de governo junto com os coronéis Alix Silva e Henri Robert Marc Charles. Segundo fontes oficiais, o líder do golpe já começa a recuar; afinal, ele está sob forte pressão da OEA. Esta chegou a afirmar que as novas autoridades do Haiti se arriscam a enfrentar até mesmo uma intervenção militar, caso não permitam a restauração de Jean-Bertrand Aristide no poder e o retorno da democracia ao país mais pobre do hemisfério ocidental

Extraído do boletim do Serviço Informativo sobre a América Central - SISAC.



SALMO 90

## **DEUS ATRÁS DE DEUS**

Walter Altmann

m 1992 estaremos "celebrando" os chamados 500 anos de evangelização nas Américas. Para quem está comprometido com o povo, em particular com as populações indígenas e negras do Continente, só poderá ser uma celebração penitencial, a partir da plena consciência dos crimes históricos hediondos perpetrados freqüentemente em nome da "civilização cristã". É no contexto de uma atitude penitencial e de busca de um novo relacionamento com as populações massacradas e oprimidas

que pretendemos refletir sobre o salmo 90.

Lembramo-nos de uma palavra do chefe xavante Aniceto: "O branco já rouba a nossa terra. Agora não quer deixar a gente ter o céu" ("Populações Indígenas — aquelas que devem viver", In: Revista Tempo e Presença nº 153, agosto-setembro/1979). Tomamos essa palavra como impulso básico para nossa reflexão. Ela nos habilita a rompermos com padrões de pensamento e idéias pré-estabelecidas há longo

tempo quanto ao significado do salmo 90. Empregamos o meio do contraste entre a palavra lapidar de Aniceto e a trágica experiência de vida que a embasa, de um lado, e, de outro, a sabedoria do salmista - ou seria melhor designarmos de a salmista, essa pessoa tão sensível para com a realidade humana? Apesar de atribuído a Moisés, libertador do povo, a autoria histórica desse salmo é desconhecida. Por isso, empregamos o termo "a salmista" por uma decisão hermenêutica, para dar expressão à consciência de que também as mulheres têm sofrido opressão, frequentemente legitimada pela fé cristã.

Para melhor entendimento do salmo, vamos dar cinco passos:

#### 1. CÉU E TERRA

A palavra de Aniceto reflete a dolorosa experiência da ruptura entre céu e terra, causada pelo avanço tecnológico e científico ocidental, conjugada com os interesses de espoliação material, que fazem da natureza mero objeto da ação e manipulação humana. Sabemos que para a cultura indígena não existe tal divisão. Ao contrário, a comunidade nativa vive em consonância com a natureza, consciente de que com ela integra um ciclo de vida, "de geração em geração", como sugere nosso salmo (v. 1 e 2).

Nossa salmista faz, por certo, uma clara distinção entre Deus, de um lado, e natureza e humanidade, de outro. Muito antes de tudo o mais, estava Deus, "de eternidade a eternidade" (v. 2). Entendemos, porém, como equivocadas aquelas interpretações que transformam essa distância, anterioridade e superioridade de Deus em um "princípio de antagonismo" entre Deus e o ser humano ou o conjunto da natureza. Sabemos que sobre os escombros da 1ª Guerra Mundial, causada pela vaidade prometéica do progresso ilimitado e pela feroz competição capitalista-nacionalista

na Europa do século XIX, o teólogo Karl Barth ocasionou uma reviravolta na teologia enfatizando "uma diferença qualitativa infinita entre Deus e o ser humano". Foi uma afirmação válida mesmo naquelas circunstâncias, mas não é adequada referente à essência da vida e da natureza, muito menos da relação de Deus para com elas.

Nosso salmo deixa claro que a distância de Deus deve ser vista junto com sua proximidade, em harmonia com tudo o mais existente, a natureza e, como parte dela, a humanidade: Deus reduz o ser humano "ao pó", e também o devolve à vida (v. 3). A chuva cai e passa; a grama cresce e seca (v. 5-6). Mas Deus é "nosso refúgio" (v. 1), em quem se pode confiar.

#### 2. "TODOS OS NOSSOS DIAS" (V. 2)

De onde vem, então, aquela ruptura entre céu e terra de que falava o xavante Aniceto?

A salmista reflete a partir de sua experiência de vida. Experimenta-a como limitada. Muito limitada, quando a compara com os montes, a terra. Extremamente limitada e passageira, quando a compara com Deus. Para Deus, mil anos são como o dia que passou. Que seriam, então, os 70 ou 80 anos que a nossos olhos não deixam de ser admiráveis (v. 10)? Os modernos conhecimentos astronômicos e biológicos por certo radicalizariam ainda mais as proporções. Como quer que seja, a salmista contava com 70 ou 80 anos. Apesar de todo o conhecimento científico e médico acumulado desde então na América Latina até hoje, isso é a experiência média apenas do povo cubano! Para a maioria dos latinoamericanos já 70 anos vão bem além do que é admirável.

No entanto, a transitoriedade da vida só se torna verdadeiramente ameaçadora quando vista na ótica da ira de Deus (v. 9). "Quem conhece o poder da tua ira? E a

tua cólera, segundo o temor que te é devido?" (v. 11). Entretanto, a salmista sabe: a ira de Deus não é parte de sua "natureza". Ela é, como o caracterizou Lutero, sua "obra estranha". Pois a salmista reconhece: atrás da ira de Deus, está nossa culpa. Talvez nos sentíssemos tentados a perguntar: que sentido nos faz a nós, civilizados e modernos, orgulhosos de nosso progresso científico e técnico, uma palavra aparentemente tão ultrapassada como "culpa"? A experiência e a sabedoria da salmista, porém, admitem: tudo quanto está oculto vem à luz, "nossos pecados ocultos sob a luz do teu rosto" (v. 8).

Lembremo-nos, de novo, da afirmação de Aniceto. Tudo quanto o progresso "branco" ocasionou tem, em sua ótica e a partir de sua experiência, um simples nome: "roubo". "O branco já rouba nossa terra". Mais ainda: roubo sistematizado e absolutizado, pois "agora não quer deixar a gente ter o céu"! Por que a expectativa de vida do latino-americano vai apenas pouco além dos 50 anos e, em muitas vezes, está abaixo dos 40? Tudo o que está oculto vem à luz! Aí estão as estruturas de roubo e apropriação de bens e recursos; aí estão os sistemas de espoliação e extermínio. Como poderiam estar em harmonia ser humano e natureza, céu e terra, criação e Deus? Tudo se transforma em "canseira e enfado" (v. 10).

#### 3. "UM CORAÇÃO SÁBIO" (V. 12)

A salmista se arrisca a clamar a Deus. Mais ainda: ela exorta Deus a que mude radicalmente. Assim. como ela não aceita um deus distanciado no sentido de ser ausente e indiferente, também não se conforma em experimentar a ira de Deus, por mais "justa" que seja. Clama a Deus: "Volta-te!". Aqui é empregado o termo bíblico costumeiro para conversão, que significar dar meia-volta (v. 13). "Até quando, ó Deus?". A salmista recorre ao "Deus atrás de Deus", ao seu amor contra a sua ira. Evidentemente, esse clamor já faz parte do que a salmista entende por "um coração sábio". Um "coração sábio" não tem nada de fatalista. Conhece a realidade e não alimenta ilusões - mas nem por isso se conforma. A salmista não se conforma nem mesmo com o próprio Deus. "Volta-te!". A situação não pode ficar como está.

Este seria precisamente o "roubo do céu", cuja atenção Aniceto nos chama: não o de contar com um deus vingativo, mas justamente com um Deus que se conformasse com o mal, a destruição, a injustiça e a morte. Esse deus conformado, a salmista reconhece, não seria Deus; seria um ídolo, mesmo que se apresentasse com o nome de Deus. Pois é da natureza e da estratégia do ídolo apresentar-se como Deus. Assim, por exemplo, se apresenta como "deus" o ídolo da riqueza contra a comunhão fraterna e dos recursos compartilhados. Apresenta-se como "deus" o ídolo do branco contra o índio. Dá-se a cara de "deus" o ídolo do machismo contra as mulheres. "Volta-te, ó Senhor! Até quando?".

Um "coração sábio" acarreta também igual "conversão" humana. Em primeiro lugar, uma conversão do entendimento, isto é, da perspectiva. Dá-nos sabedoria, ó Deus, para "contarmos os nossos dias" (v. 12). Isso não significa apenas o conhecimento de que somos passageiros e devemos morrer. Assim o viu Lutero, quando traduziu "Ensina-nos a lembrarmos que morreremos". Assim o considera também a maioria dos comentaristas. Pensamos, porém, que a sabedoria não se restringe à limitação de nossa vida, mas igualmente inclui as suas possibilidades, embora limitadas. Se não fosse assim, não teria sentido a salmista falar antes de nossa culpa nem depois de nossas obras. E é o que ela faz. "Contar nossos dias" significa



também reconhecer as chances, as possibilidades, os desafios, os momentos apropriados.

Daí que a salmista peça por bem outra perspectiva para encarar a vida: uma perspectiva de alegria e disposição a cada manhã (v. 14), tantos dias de alegria quanto os há de tribulação, tantos dias de esperança quanto os há de desgraça. A salmista retoma o tema de "todos os nossos dias" agora sob bem novo ângulo. Trata-se, precisamente, da perspectiva não dos poderosos, que estão condenados a permanecerem insatisfeitos e insaciáveis, mas da perspectiva dos pequenos, que já podem ver o mundo com outros olhos, com um "coração sábio".

#### 4. "AS OBRAS DE NOSSAS MÃOS" (V. 17)

Há entre os comentaristas quem não saiba o que fazer com os versículos 13 a 17 de nosso salmo. Pensam tratar-se de um salmo separado, considerado, então, de qualidade inferior à do trecho anterior. Lamentam-se de que o salmo 90 não tenha terminado no versículo 12. De um lado, essa interpretação se sente incomodada com a nova perspectiva, sob a qual a salmista olha a realidade com esperança e alegria. De outro, não pode admitir que nossa salmista seja tão concreta — tão materialista, poderíamos dizer.

Um "coração sábio", vá lá — assim pensam intimamente —, é coisa boa. Aceitar que vamos morrer, reconhecer nossa culpa, tudo bem e,

mesmo, necessário. No entanto, que nós tenhamos que fazer alguma coisa, isso parece confundir tudo outra vez - esse é seu jeito de ler a Bíblia. E, ademais, um pensamento tão materialista - se me permitem dizer, tão socialista: "as obras das nossas mãos", como consta ao final, tão relacionado com a práxis, tão entusiasta! Nesse caso, quem sabe não deveríamos renunciar de novo àquele "coração sábio"? Reconhecer essa tentação, porém, seria algo não piedoso; melhor, portanto, é desqualificar os versículos 13 a 17 ou, ainda melhor, tacitamente ignorá-los. Essa, obviamente, não pode ser a nossa leitura.

Nossa salmista, porém, chegou a outro tipo de sabedoria. Descobriu que um novo entendimento vai de mãos dadas com uma nova obra. "Coração" e "mãos" se requerem mutuamente. Já não em obras de destruição, de aniquilamento da natureza e de extermínio de povos indígenas, por exemplo, para erigir a civilização de carros, de estruturas de concreto e de armas tecnológicas. Mas, ao contrário, obras em que nossos filhos e filhas possam ver a glória de Deus (v. 16). Lembremonos, mais uma vez, do chefe xavante Aniceto. Nossa fé, nossa prática e nossa teologia têm que ser humanas e ecologicamente responsáveis. Semelhantemente, nossa fé, nossa prática e nossa teologia devem expressar uma dimensão igualitária e fraterna nas relações entre mulheres e homens. Por exemplo, o renomado comentarista alemão Artur Weiser ainda pensava que em nosso salmo "o problema Deus e ser humano é enfocado com integridade masculinamente corajosa e examinado na seriedade inexorável da fé até suas profundezas" (Die Psalmen. ATD 14/15. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 7ª ed., 1966, p.405).

#### 5. UM NOVO CÉU E UMA NOVA TERRA

Esta é uma profunda, fundamental e irrenunciável esperança bíblica. "Nós, porém, segundo a promessa, esperamos novos céus e nova terra, nos quais habita justiça" (2 Pe 3.13).

A promessa bíblica e as obras que dela brotam fazem uma diferença fundamental e decisiva. O estado de coisas pode mudar. Depois de 500 anos de opressão contra as populações nativas do Continente, por que não 500 anos de uma história diferente, como fruto de um coração sábio e de uma nova obra? Uma nova obra já não de destruição da natureza, mas de convivência harmoniosa com ela; já não de domínio sobre a mulher por parte do homem, mas de verdadeira parceria; já não de opressão sobre negros e índios, mas de respeito aos direitos dos povos e de construção de uma sociedade fraterna a partir dos pobres e oprimidos.

Não apenas pode mudar o estado de coisas; ele certamente mudará, de acordo com a promessa de Deus. Por isso, concluímos juntando nossa voz ao clamor e à petição da salmista: "Até quando, até quando, Deus? Volta-te! Tem pena de nós! Fortalece-nos a cada manhã! Torna-nos alegres de novo! Dá-nos um coração sábio! Promove a obra das nossas mãos — uma nova obra, contrária àquela que passou!".

Walter Altmann é teólogo, pastor da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB) e professor da Escola Superior de Teologia — São Leopoldo (RS).



### **ANISTIA AMBIENTAL PARA QUEM?**

Lais Menezes

#### CONVERSÃO DA DÍVIDA E MEIO AMBIENTE

Paulo R. Schilling, Maurício Waldman, Paulo Davidoff C. Cruz CEDI - Ed. Global São Paulo, 1991, 95 p., 14 x 21 cm

conversão da dívida externa em projetos ambientais está sendo alardeada como solução vantajosa para devedores e credores. Uma verdadeira panacéia, simples e eficaz, capaz de diminuir o endividamento das nações do Terceiro Mundo em prol da proteção ambiental.

A realidade que se esconde por trás das aparências é, no entanto, muito mais polêmica e não comporta simplificações. É enveredando pelo caminho da polêmica e da crítica que o livro Conversão da Dívida e Meio Ambiente se coloca: desvendar a realidade; desmistificar possíveis polarizações entre ambientalistas; demonstrar os interesses (desiguais) em jogo; questionar a legitimidade e a legalidade da dívida.

Fugindo aos lugares-comuns, os autores buscam levar o leitor, por meio de dados e idéias, à reflexão sobre o mecanismo da conversão da dívida, enganosamente "objetivo" e inserido na pretensa modernidade do apelo à via do desenvolvimento sustentável.

Na introdução, elaborada por Anivaldo Padilha, encontra-se a exposição do que representa o eixo central orientador do livro. O quadro engendrado pela dívida externa na América Latina gera a estagnação e a miséria, comandadas pelos mecanismos e políticas de ajuste impostos pelo FMI e

Banco Mundial. A conversão legitima uma dívida que é contestada por amplos setores da sociedade. O interesse dos bancos e governos dos países credores na conversão "não é mais do que a ponta visível de um imenso iceberg".

No capítulo "A origem, a evolução, a crise e as consequências econômicas e sociais da dívida externa", Paulo Schilling traça uma radiografia contundente do problema. Partindo da denúncia aterradora de que os governos militares (1964 a 1985) conseguiram acumular para o Brasil uma dívida 34 vezes superior a dos governos passados, o autor analisa os fatos, desmascara os mecanismos e demonstra os verdadeiros interesses em jogo.

Alerta que "ao intentar ganhar organizações ecológicas do Norte para a campanha Dívida externa versus Ecologia, os bancos pretendem, é óbvio, obter aliados em sua luta por cobrar, a qualquer preço (inclusive de milhões de vidas sacrificadas no Sul pela crise provocada pela dívida externa), os recursos que emprestaram, em forma aventureira, a governos antipopulares e corruptos".

O artigo "As oito críticas ecológicas à conversão da dívida", de Maurício Waldman, desmonta de forma incisiva e paciente os argumentos que hoje confundem a opinião pública sobre a questão. E não pára por aí, mas desvenda o significado do que denomina a "anistia ambiental" representada pela conversão da dívida, cuja parte considerável foi destinada a obras lesivas ao meio ambiente. Para o autor, a preservação am-



biental deve ser sinônimo não da criação de santuários ecológicos e sim da revisão global e estrutural do modelo de desenvolvimento em vigor.

Paulo Davidoff, no artigo "Estatização da dívida externa e conversão em projetos ecológicos", dirige suas preocupações para a política dos governos militares que, no auge da crise do sonho do Brasilpotência e do "milagre", socializaram os prejuízos através da estatização da dívida. Davidoff descreve e critica, ainda, a problemática técnica da conversão da dívida no Brasil chamando atenção para o fato de que "títulos velhos e desvalorizados da dívida externa brasileira não devem ser transformados em títulos da dívida pública interna e nem em cortes adicionais nos já combalidos gastos públicos, em troca de um alívio fictício nas contas externas do país e de ganhos reais para os banqueiros internacionais".

Em seu conjunto, o livro traça uma crítica demolidora à tese da conversão da dívida sem deixar de refletir sobre sua superação. Tratase de uma contribuição inestimável ao debate e é leitura indispensável.

Laís Menezes é economista e integrante do Projeto Especial de Meio Ambiente do CEDL

